



HAL
open science

Stratégies de diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention en psychiatrie adulte : une revue de la littérature

Paul Tassou

► To cite this version:

Paul Tassou. Stratégies de diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention en psychiatrie adulte : une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01740763

HAL Id: dumas-01740763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01740763>

Submitted on 22 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX 2 VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n° 3219

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 21 décembre 2017 par

Paul TASSOU

Né le 12 février 1989 à Nantes

**Stratégies de diminution de l'utilisation de l'isolement et de
la contention en psychiatrie adulte : une revue de la
littérature.**

Directeur de thèse :

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, Rapporteur
Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge
Madame le Docteur Camille VANNUCCI, Juge

Remerciements :

A JULIETTE :

Pour m'avoir supporté durant cette année chargée, pour ton soutien inconditionnel, ton amour et ta douceur. Cette année a été, je l'espère, la fin d'une aventure, le début d'une nouvelle et de bien d'autres encore à tes côtés.

A MA FAMILLE :

Pour l'amour dont vous m'entourez, pour votre soutien sans faille, pour votre générosité, pour votre humour et votre gentillesse.

A MES AMIS :

Pour tous les bons moments passés ensemble, pour votre ouverture d'esprit et votre soutien. Merci d'avoir été là pour moi toutes ces années durant. Pour les belles rencontres lors de ces études et notamment durant cet internat. Le chemin ne s'arrête pas là.

A TOUTES LES EQUIPES QUI M'ONT ACCUEILLI :

Merci pour votre accueil et votre gentillesse. Un grand merci aux services des Chênes, des Capucines et à l'USIP de Pau, à Carreire 4 et à l'USAA, mais aussi à l'UHSA, à l'USIP et l'UMD de Cadillac pour ces bons moments passés ensemble. J'ai grandi et appris à vos côtés tout au long de mon internat.

AU RAPPORTEUR :

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Henry Laborit, Poitiers.

Merci d'avoir accepté d'être rapporteur de ma thèse. J'ai un profond respect pour vous et ce fut un honneur d'avoir été un de vos élèves durant cette année. Merci pour vos commentaires éclairés sur mon travail. Veuillez accepter l'expression de mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY :

Madame le Docteur Camille VANNUCCI

Praticien Hospitalier,
Psychiatre, Médecin légiste,
Centre Hospitalier Spécialisé de Cadillac.

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. C'est notamment grâce à toi que j'ai confirmé mon intérêt grandissant pour la psychiatrie médico-légale. Merci pour cette bonne ambiance au travail durant cette année et ces déplacements internationaux enrichissants à tes côtés. Merci de m'avoir poussé à me dépasser et avoir cru en moi.

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Docteur en Epidémiologie,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance d'avoir travaillé à vos côtés mais j'ai apprécié la qualité de votre enseignement et vos qualités humaines. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

AU DIRECTEUR DE THESE :

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honoré de l'intérêt que vous avez porté sur mon travail. Je vous remercie pour vos encouragements, pour votre disponibilité sans faille, pour la pertinence de vos corrections et pour vos nombreux conseils avisés. Vous vous êtes toujours montrée juste et bienveillante envers moi. Le semestre passé dans votre pôle a été d'une grande richesse. Veuillez accepter l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

AU PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Coordinateur du DES de psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles Perrrens, Bordeaux.

C'est un honneur que vous ayez accepté de présider ce jury. Merci pour la transmission de votre savoir et votre gentillesse. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Introduction

I - Isolement et contention

- A. Définition
 - a) Isolement
 - b) Contention
 - c) Chambre d'apaisement
- B. Historique
- C. Epidémiologie
 - a) En France
 - b) A l'étranger

II – Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement

- A. Droits du patient
- B. Loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé
- C. Recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention de la HAS
- D. Rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté 2016
- E. Rapport du Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (CPT)

III – Facteurs modifiables pour réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention

- A. Méthodologie de la revue de la littérature
- B. Facteurs législatifs
- C. Facteurs institutionnels
 - a) Ciblage institutionnel
 - b) Modifier les pratiques
 - c) Composition des équipes soignantes
 - d) Renforcer les interactions soignants-soignés dans le quotidien du service
 - e) Modifier les pratiques institutionnelles d'évaluation des pratiques
 - f) Mettre en place des renforts et équipes d'intervention spécialisées
 - g) Utilisation des données du monitoring isolement et contention
- D. Facteurs environnementaux
 - a) Facilité d'accès à des chambres d'isolement
 - b) Environnement des patients
- E. Programme et formation des équipes
 - a) Formation des équipes
 - b) Différentes approches de gestion de crise
- F. Plan de soin individualisé et participation du patient et de ses proches aux soins
 - a) Entretien avec le patient après un épisode de contrainte
 - b) Participation des patients aux soins
 - c) Accueil du malade et plan personnalisé des soins
 - d) Implication des familles et proches

IV - Alternatives à l'isolement et à la contention

- A. Chambre d'apaisement
- B. Snoezelen
- C. Chariot confort
- D. Couverture confort

Conclusion et perspectives

Annexes

Bibliographie

Introduction :

L'utilisation des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie remonte à l'Antiquité, avec des objectifs évoluant au fil des siècles au travers de l'histoire de la prise en charge des malades mentaux, tantôt à visée thérapeutique, tantôt à visée sécuritaire. Ces mesures portent fortement atteinte aux droits fondamentaux des patients, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) et le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (CPT) l'ont d'ailleurs souligné à plusieurs reprises dans leurs différents rapports. Le point de vue des patients et de l'opinion publique à ce sujet sont très négatifs et ils perçoivent ces pratiques bien souvent comme rétrogrades et punitives. A ce jour, la Haute Autorité en Santé française ne reconnaît pas le caractère thérapeutique des mesures de contrainte, aucune étude scientifique rigoureuse n'ayant réussi à le démontrer. Elle les place comme des mesures de dernier recours face à la violence d'un patient avec pour but sa protection ainsi que celle des autres patients hospitalisés et des équipes soignantes. Pourtant, ces mesures sont en recrudescence en France depuis près de vingt ans avec une utilisation basée sur des « croyances » et un savoir empirique mais non scientifiquement démontrée.

Les pays anglo-saxons ainsi que les pays Nordiques se sont saisis de cette problématique dans les années 1990-2000. Elle est désormais au cœur des débats internationaux et fait partie des enjeux majeurs actuels de la pratique psychiatrique hospitalière. Des programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention ont déjà été mis en place à travers le monde et ils ont pu faire leurs preuves. La réduction de l'utilisation des méthodes de contrainte au sein des unités n'a pas de contrepartie négative comme on pourrait l'imaginer (l'augmentation des violences, des bris ou des blessures au sein des unités...). Au contraire, le travail de fond fait en amont des épisodes de crise permet une diminution de la violence et des blessures subies par le personnel soignant, une amélioration de la qualité de vie au travail, une meilleure alliance thérapeutique avec les patients, un apaisement global de l'environnement ainsi qu'une diminution des coûts de prise en charge des patients. Il apparaît donc légitime de se poser la question de l'intérêt du maintien de ces pratiques dans la prise en charge des patients souffrant de trouble psychiatrique en France. Un arrêt brutal de ces pratiques en France apparaît à l'heure actuelle comme peu réaliste mais la réduction de leurs usages est possible moyennant des changements de pratique.

Ce travail se décompose en quatre parties. La première dans laquelle nous définirons succinctement les concepts d'isolement et de contention, éclairés de quelques données épidémiologiques et historiques. Dans la deuxième partie, nous décrirons le cadre légal et réglementaire français actuel. La troisième partie passera en revue les données de la littérature concernant les facteurs modifiables permettant une réduction de l'utilisation des méthodes de contrainte physique en psychiatrie adulte. Enfin, les alternatives possibles à ces pratiques, seront abordées dans une quatrième et dernière partie.

I - Isolement et contention

A. Définition

a) Isolement

La pratique de l'isolement des malades mentaux remonte à l'antiquité mais aucune définition claire n'a été établie en France avant 1998 et l'Audit Clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES nouvellement appelée Haute Autorité en Santé).

Suite à des évènements tragiques dans les années 1990 dont ont été victimes des patients placés en isolement, l'ANAES reprend la circulaire n°48 du 19 juillet 1993 rédigée par Simone Veil, ministre de la santé de l'époque, afin d'attirer l'attention sur cette pratique et mentionne pour la première fois :

- que des patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées ;
- que l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale ;
- qu'il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation.

L'ANAES considère alors que tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée et qui est séparé de l'équipe de soins et des autres patients se trouve de ce fait en isolement. Cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission des établissements de santé.

En mars 2017, la HAS a publié des recommandations pour la pratique clinique de l'isolement et de la contention en psychiatrie générale dans laquelle elle établit une définition plus large et plus précise de l'isolement :

- Tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée et qui est séparé de l'équipe de soin et des autres patients.
- Toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de sa propre

chambre ou d'une pièce prévue à cet effet (chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention, etc.).

- Placer ou laisser une personne dans une chambre seule, jour ou nuit, avec la porte de sortie fermée ou bloquée, de façon à empêcher la personne de sortir.
- Lorsqu'un usager est placé seul, dans une chambre, quel que soit le moment ou la durée, dont il ne peut sortir librement.
- Le confinement involontaire d'une personne, seule dans une chambre ou dans un espace dont elle ne peut pas physiquement partir.
- Une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour une durée déterminée, d'où elle ne peut sortir librement.

La HAS précise également que l'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique et qui doit être mis en place lorsque tous les autres recours ont été inefficaces.

Ces recommandations détaillent également les modalités de mise en œuvre ainsi que la surveillance du patient placé en isolement ou en contention.

b) Contention

Il existe trois types de contention décrits dans la littérature et repris dans les recommandations de bonne pratique de la HAS de mars 2017 :

- Chimique : réduction de l'agitation psychomotrice chez un patient par l'administration de traitements sédatifs. Ce type de contention ne sera pas abordé dans ce travail.
- Physique : maintien par la force physique d'un patient par un ou plusieurs soignants dans le but d'empêcher ses mouvements libres lorsqu'il présente un risque immédiat de blessures pour lui-même ou pour autrui. Méthode généralement

utilisée en pédopsychiatrie ou temporairement en psychiatrie adulte dans l'attente de la mise en place d'une contention mécanique.

- Mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La HAS précise dans ce texte que la contention mécanique est une mesure d'exception comme pour l'isolement, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments : décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

c) Chambre d'apaisement :

Il existe peu de recommandations officielles claires quant aux espaces d'apaisement même si la HAS souligne, dans ses recommandations de bonne pratique de mars 2017, l'importance de la mise en place de tels projets dans les établissements de soins dans le but de diminuer le recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie.

Elle y définit l'espace d'apaisement comme un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient. Il est utilisé de façon volontaire, le plus souvent sur demande du patient ou sur suggestion de l'équipe soignante, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation. Le patient peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment contrairement aux espaces d'isolement. Il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc.

Un espace d'apaisement n'est donc pas une chambre d'isolement ; il n'est pas non plus à proprement parler une « alternative » à l'isolement et à la contention, car son utilisation est volontaire et doit intervenir de manière précoce, en amont de la crise.

Il s'agit donc d'une pratique moins restrictive que l'isolement ou la contention et qui s'inscrit d'avantage dans la dynamique hospitalière actuelle du respect d'aller et venir des patients en psychiatrie générale. Elle permettrait également une réduction du recours à la contention et à l'isolement même si les études à ce sujet restent peu nombreuses.

d) Historique

Les premiers écrits sur l'utilisation de l'isolement et de la contention dans le traitement des malades mentaux remontent à l'Antiquité, où déjà deux grands courants de pensée s'opposaient.

Celui de Soranos (II^{ème} siècle), qui considérait que l'utilisation de l'isolement et de la contention était un mal nécessaire pour entrer en discussion thérapeutique avec son patient agité ou dangereux. Et à l'inverse celui de Celse (II^{ème} siècle) qui estime que le malade mental est totalement envahi par la folie et que seul un traitement brutal peut avoir pour effet de faire sortir, par la peur, le patient de la folie (Postel et Quétel, 2005).

Jusqu'à la fin du Moyen Age, l'utilisation de la contrainte devient davantage une mesure de protection du malade et de son entourage qu'un outil de soins. Elle devient un recours pour protéger le patient de lui-même tout en veillant à la sécurité de la cité.

Au XVII^{ème} siècle, la France publie l'édit du « Grand renfermement » (Edit de 1656) qui autorise l'enfermement de toute personne déviante par rapport à l'ordre social (mendiants, pauvres, enfants abandonnés, femmes adultères, émeutiers et aliénés) à l'écart de la cité, exclus de la population. Cet enfermement est essentiellement à visée répressive et sécuritaire plutôt que dans un but thérapeutique.

C'est à la révolution française que Pinel (1745-1826) et son élève Esquirol (1772-1840) remettent un sens thérapeutique dans l'utilisation de l'isolement et de la contention. Pinel détaille cette nouvelle approche dans son livre « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie » paru en 1800 et a ainsi permis une différenciation entre malade psychiatrique à traiter et prisonnier à isoler et punir de ses actes.

Ces réflexions ont abouti à la rédaction du premier texte juridique, loi du 30 juin 1838, encadrant la prise en charge sous contrainte des malades psychiatriques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui dans des établissements de santé spécialisés.

A partir du milieu du XIX^{ème} siècle, la prise en charge des malades mentaux sera marquée par la remise en cause de la contention physique en Angleterre, notamment par John Conolly (1794-1866), père du « no restraint », qui abolit l'usage de la contention au Middlesex County Asylum à Hanwell. Il publie en 1856 un livre résumant sa philosophie intitulé « The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints », qui se traduit en français par « Le traitement de la folie sans contention mécanique ». Les Britanniques opposent alors leur « no restraint » au « restraint system » des asiles français. Le « no restraint » ne commencera à s'installer en France que dans les toutes dernières décennies du XIX^{ème} siècle, notamment à Saint Anne avec Valentin Magnan (1835-1916).

Il faudra attendre le milieu du XX^{ème} siècle pour que l'Europe et les Etats Unis s'interrogent ouvertement sur ces pratiques et remettent en cause leur utilité thérapeutique dans la prise en charge des patients malades mentaux dangereux.

e) Epidémiologie

Très peu d'études ont été menées sur l'isolement et la contention en France comme à l'étranger. L'assemblée nationale mentionne au Journal Officiel du 21 avril 2015 qu' « aucune statistique n'est actuellement disponible pour étayer le recours à la contention ». Le peu d'études réalisées montre une hétérogénéité sur le plan national, hétérogénéité relevée par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté dans son rapport sur l'isolement et la contention de 2016, tant sur le plan des indications cliniques que sur les modalités de mises en place et de surveillance.

a) En France

L'étude des données du Résumé d'Informations Médicales en Psychiatrie (Rim-P) de 2015 montre que 8,3% (entre 5% et 30% selon les départements) des patients hospitalisés ont été placés en isolement en France, soit près de 27 000 personnes, avec une durée moyenne de 15 jours par patient. Ce taux serait en constante augmentation depuis 2011, où il était

alors, selon cette même source, à 6,6% des patients hospitalisés. L'étude de ces données apporte des caractéristiques épidémiologiques et cliniques quant aux personnes placées en isolement avec un âge moyen 38 ans et une prédominance masculine (67% en moyenne). Les diagnostics cliniques les plus à risques d'isolement étaient les troubles schizophréniques (24%), les troubles psychotiques indifférenciés (19%), les troubles bipolaires (10%) et les troubles de la personnalité (9%). Les personnes placées en isolement étaient à 83% sous un régime d'hospitalisation sous contrainte. Il est également à noter que 50% des détenus hospitalisés (D.398 Code de Procédure Pénale) et 36% des personnes sous le régime des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat ont été contenus lors de leur hospitalisation.

Une étude française prospective (Baratta et al., 2009) largement reprise dans les revues de la littérature internationale, a étudié la mise en chambre d'isolement dans l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) sur 4 semaines. Elle retrouve une prévalence de l'isolement de 5% des patients hospitalisés ce qui correspond à 32 patients sur les 608 inclus. L'âge moyen des patients isolés était de 41 ans, le sexe ratio retrouve une prédominance en faveur du sexe masculin (60% d'hommes) et une majorité des patients étaient en hospitalisation libre (60%, contre 25% pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers et 15% pour l'hospitalisation d'office). Les diagnostics DSM-IV les plus fréquemment retrouvés étaient la schizophrénie (47%), le retard mental (19%) et le trouble de la personnalité antisociale (13%).

Une autre étude française (Guedj et al., 2004) portant sur l'utilisation de la contention au CPOA (service d'urgences psychiatriques du Centre Hospitalier Sainte Anne - Paris) a été réalisée sur 6 mois, de juin à décembre 1999 et s'intéressait à l'ensemble des cas ayant donné lieu à une contention, soit 76 pour 5 428 admissions, dans un service où la mise en chambre d'isolement n'existe pas. Son objectif était de décrire les principales caractéristiques cliniques, épidémiologiques et situationnelles, ainsi que de repérer des critères de qualité pour la mise en œuvre et la surveillance des mesures de contentions. Elle montre une prévalence d'usage de la contention mécanique de 1,4% des patients admis dans leur service, avec une durée moyenne de 120 min (entre 5 minutes et 7 heures). Le taux de contention est régulier sur la journée, superposable au taux de consultations. Les personnes contenues sont à 63% des hommes, la moyenne d'âge est de 32 ans et les patients sont à 80% sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. 8% des personnes contenues n'ont pas été

hospitalisées par la suite. Les diagnostics selon la classification CIM-10 les plus à risque de contention dans cette étude sont les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (F.19), les troubles délirants persistants (F.22) et les troubles spécifiques de la personnalité (F.60). Ils représentent à eux seuls près de 70% des contentions relevées dans ce travail. Cette étude repère trois principaux motifs de mise en contention : le refus de soins et l'inefficacité d'autres méthodes (43%), le repérage de signes avant-coureurs et la contention préventive (37%) et l'agressivité contre soi-même ou contre autrui (20%).

La prévalence de la contention de cette étude est près de 4 fois inférieure aux données de la littérature internationale concernant les mesures d'isolement mais elle a été réalisée dans un service d'urgences psychiatriques, ce qui ne reflète pas exactement les pratiques dans des services d'hospitalisation complète de secteur.

b) A l'étranger

Du fait de l'absence de loi commune internationale encadrant la pratique de l'isolement et la contention, les statistiques à travers le monde sont très hétérogènes.

L'étude la plus récente et la plus complète à l'heure actuelle est une revue de la littérature (Steinert et al., 2010) sur la fréquence et la durée d'utilisation des mesures d'isolement et de contention à l'international qui montre des résultats très hétérogènes. Cette revue a listé toutes les études parues entre 2000 et 2008 et a inclus les articles portant sur plus d'une institution ou un hôpital et qui rapportaient au moins un type d'intervention coercitive et / ou une durée moyenne de ces interventions. Les études ont été exclues si elles étaient fondées sur des échantillons non représentatifs de la population de secteur (unité de pédopsychiatrie, de gérontopsychiatrie, d'urgences psychiatriques ou médico-légale). Sur 529 articles trouvés au départ, seuls six articles ont répondu aux critères d'inclusion et concernaient quatre pays (Allemagne, Finlande, Suisse et Nouvelle Zélande). Les résultats de l'étude sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Prévalence et durées moyennes de l'isolement et de la contention dans le monde :

	Prévalence de l'isolement	Durée moyenne	Prévalence de la contention	Type de contention	Durée moyenne
Royaume Uni	0 à 0,2%	NR	2,5 à 7,3%	Physique	10 à 20min
Allemagne	3,6%	6,6h	8,0%	Mécanique	9,8h
Finlande	3,6%	22,8h	5,0%	Mécanique	11,1h
Islande	0%	0h	0%	Aucune	0h
Japon	4,9%	98h	4,1%	Mécanique	68h
Nouvelle-Zélande	15,6%	14h	6,5%	Physique	NR
Norvège	0,07%	3h	2,6%	Mécanique	7,9h
Pays-Bas	11,6%	294h	1,2%	Mécanique	1 182h
Suisse	8,7%	41,6h	3,1%	Mécanique	41,6h

Légende : En gras les résultats de la revue de la littérature. Les autres résultats étant établis à partir de données internationales à disposition des auteurs.

Un cas particulier étant l'Islande, où les mesures coercitives sont interdites depuis la fin des années 1950. Raphaël Carré explique dans sa thèse sur la contention physique parue en 2014 que cette statistique n'est pas comparable à la pratique française puisque le ratio soignant-soigné en Islande serait proche de 1, ratio s'appuyant sur une étude islandaise (Snorrason et al., 2007) réalisée dans des « unités psychiatriques de crise ». Or, de façon assez surprenante, les derniers chiffres officiels publiés par Statistics Iceland sur le recensement des

personnels de santé, montrent qu'en 2015 il y avait 3 090 infirmiers pour 325 671 habitants et donc un ratio à peu près équivalent à celui de la France de 9,5 infirmiers pour 1 000 habitants toutes spécialités confondues, chiffres publiés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dans son rapport sur les professions de santé en France au 1er janvier 2016. Le ratio soignant-soigné n'apparaît donc pas comme la seule explication à la réussite de l'abolition des pratiques d'isolement et de contention à l'échelle d'un pays.

II – Cadre légal, réglementaire et rapports concernant la contention et l'isolement

A. Droits du patient

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, écrite en 1789, est un des textes fondateurs en matière de liberté individuelle et donc intrinsèquement de liberté du patient. Dans son article 7, elle précise que « nul Homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires, doivent être punis ».

Les soins sans consentement en psychiatrie sont donc contraires à ce principe et ont donc dû être encadrés légalement, premièrement par la loi du 30 juin 1838, puis bien plus tard par la loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation qui a été précisée par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011. Cependant l'isolement et la contention ne paraissent toujours pas clairement définis dans ces articles, ces pratiques étant laissées à l'appréciation des établissements de santé et des médecins prescripteurs.

En France, contrairement aux autres démocraties occidentales, il a donc fallu attendre 2016, avec la loi du 26 janvier relative à la modernisation de notre système de santé, pour voir émerger un cadre légal encadrant la pratique de l'isolement et de la contention (article que nous détaillerons dans la section suivante) avec pour but d'uniformiser et de diminuer le recours à ces pratiques ainsi que de garantir une meilleure qualité de prise en charge des patients hospitalisés. Cette loi répond aux inquiétudes émises par le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (CPT) ou

encore le Contrôleur Général des Privations de Liberté (CGLPL) concernant l'hétérogénéité des pratiques et le respect des droits du patient lors du recours à ces mesures coercitives dans les établissements de santé mentale.

B. Loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé

Cette loi a permis d'encadrer légalement l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale. Elle précise dans son article L.3222-5-1 du Code de la Santé Publique créé par l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, que « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. »

Cette loi a également instauré, dans chaque établissement de santé mentale, la mise en place d'un registre dans lequel doit figurer, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, la date, l'heure et sa durée, ainsi que le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. La mise en place de tel registre répond à la demande faite par le CGLPL dans son rapport de 2009 suite aux premiers constats établis lors de visites d'établissements de santé mentale en France. Ce registre doit être présenté, sur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au CGLPL ou à ses délégués et aux parlementaires. Les établissements doivent également établir annuellement, avec ce registre, un rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Cette nouvelle disposition légale va donc permettre de disposer de statistiques éclairées, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, avec pour but l'uniformisation et la diminution leur utilisation.

Cette loi encadre de façon large les pratiques coercitives en psychiatrie mais ne précise en aucun cas les modalités ou les normes pour le respect du droit du patient contraint ou encore les aspects pratiques ou techniques de fonctionnement comme par exemple le nombre, la taille, l'organisation ou l'entretien des chambres d'isolements ou du matériel de contention mécanique.

C. Recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention de la HAS

Déjà citée dans les définitions, la HAS a publié en mars 2017 des recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale. Les dernières recommandations dataient de juin 1998 avec l'Audit Clinique appliquée à l'utilisation des chambres d'isolement, lui-même rédigé à partir des critères d'évaluation de l'isolement de l'American Psychiatric Association. Ces recommandations, très attendues par la communauté médicale, apportent une définition claire et précise quant à l'isolement et à la contention ainsi que des recommandations sur leurs modalités de mise en place et de surveillance. Elles précisent que si l'isolement ne peut être qu'une mesure rare, les contentions ne doivent être utilisées que pour faire face à un niveau de violence exceptionnel sachant que l'isolement n'implique pas systématiquement la contention.

Il existait auparavant cinq indications cliniques d'isolement dans l'Audit Clinique de l'ANAES de 1998. La HAS n'en a retenu qu'une seule dans ses nouvelles recommandations de mars 2017, celle de 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. L'isolement ou la contention ne doivent jamais être utilisés pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.

La HAS résume ces recommandations de bonne pratique par une liste de messages clés repris dans des fiches synthèses et précise :

- L'isolement et la contention sont indiqués en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés et contenus.
- L'isolement et la contention sont réalisés sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Cette décision doit être évaluée par un médecin dans l'heure qui suit lorsqu'elle a été prise dans une situation d'urgence par une équipe soignante.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés à l'initiation de l'isolement ou de la contention.

- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- À l'initiation de ces mesures, les indications sont limitées à 12 heures pour l'isolement et 6 heures pour la contention et doivent être renouvelées durant ce laps de temps si l'état de santé le nécessite. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures pour l'isolement. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement ou de contention, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de ces mesures et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure d'isolement ou de contention doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La mesure d'isolement est faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures et l'équipe soignante peut demander que ces visites soient effectuées plus fréquemment si l'état du patient s'améliore et permet une levée de ces mesures ou au contraire, si elle remarque une dégradation inquiétante de l'état physique ou psychique du patient.
- Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique.
- La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue dans certains cas.
- L'isolement ou la contention doivent être levés, sur décision médicale, dès que leurs maintiens ne sont plus cliniquement justifiés.
- Après la sortie d'isolement ou au retrait des matériels de contention, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe afin d'entendre et de noter les perceptions du patient sur l'épisode. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.

- À l'issue d'une mesure d'isolement ou de contention, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu pour permettre de faire une analyse de l'ensemble des facteurs de crise, de permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique. Il s'agira également d'identifier les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident.
- Chaque mesure d'isolement ou de contention doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

Une section entière est consacrée à la réalisation pratique détaillée de la contention mécanique dans la chambre d'isolement, section que nous ne détaillerons pas dans ce travail.

Une analyse soignante avec le patient à la levée de la mesure d'isolement ou de contention est préconisée dans ces nouvelles recommandations, ce qui était déjà le cas dans l'Audit Clinique de juin 1998 de l'ANAES. Elle a pour but de mobiliser les aptitudes du patient à l'autocontrôle et d'identifier, avec lui, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs ainsi que les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque d'un nouvel incident mais permet également d'entendre les perceptions du patient sur l'épisode et de s'assurer que ses droits et son intégrité physique et mentale ont été pris en compte pendant la durée de la mesure.

Point important, il apparaît pour la première fois dans des recommandations officielles françaises, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle à l'issue d'une mesure d'isolement ou de contention. Ce temps a pour objectifs principaux de mettre en place une réflexion au sein des équipes sur l'utilisation des mesures de contrainte et de faire une analyse de la dimension clinique, en recontextualisant les comportements des patients avec une diversité des points de vue. Il s'agit également de faire une analyse de l'ensemble des facteurs ayant conduits à une situation de crise et de faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient dans une dynamique de réduction d'utilisation des moyens coercitifs. Une réflexion autour des alternatives à l'isolement et la contention peut également émerger de ces temps de reprise, en retravaillant en équipe la prévention et la contenance relationnelle au travers de la disponibilité des soignants. Ce temps doit être réalisé dans les

72h après un incident mais la HAS précise qu'il est souhaitable de ne pas le faire immédiatement après. Il doit être réalisé dans un lieu calme, autour d'une table ronde ou en « U » pour faciliter les échanges et doit durer entre 1h30 et 2h00. Cette réunion doit être dirigée par un animateur et un co-animateur, si possible formés à ce genre d'exercice et impliquent les professionnels présents lors de l'épisode de contrainte mais également des personnes extérieures. Le temps d'échange doit se faire avec une écoute bienveillante, compréhensive et empathique, sans jugement de valeur.

La diminution de l'utilisation des mesures de contrainte physique n'apparaît pas comme un point central lors de la lecture de ces nouvelles recommandations, même si certaines stratégies sont tout de même mises en avant dans le texte (comme le temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle par exemple). Aucune directive précise n'est apportée quant aux changements nécessaires des politiques d'établissements à l'échelle nationale vers cet objectif. La HAS consacre tout de même un chapitre sur le recueil des données du registre d'isolement et de contention (mis en place suite à la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, précisé plus haut) dans lequel elle précise qu'il est nécessaire, pour les établissements de santé (unité de soins, services, pôles et Commission Médicale d'Etablissement), de développer une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures d'isolement et de contention à partir de ce même registre. Elle fait part de la nécessité de s'appuyer sur cette réflexion pour définir une politique visant à diminuer le recours à l'isolement ou à la contention mécanique sans réellement définir les facteurs modifiables des pratiques actuelles ou les objectifs fixés. La HAS met en avant quelques éléments importants visant la réduction de ces pratiques comme par exemple une présence soignante pluriprofessionnelle dans les unités de soins adaptée aux besoins, ou encore, une prise en charge basée sur la relation avec le patient. Des programmes de formation des équipes à la clinique et à la psychopathologie ainsi que des formations à la prévention de la violence et à la désescalade des situations de crise apparaissent également comme des éléments essentiels.

Dans cette même thématique, on note que la HAS ne consacre qu'un seul paragraphe sur la place de l'espace d'apaisement dans une recherche de désescalade de la violence et donc de diminution des pratiques de contrainte. Elle précise simplement qu'il est « souhaitable d'aménager de tels espaces dans les unités de soins », sans donner de directives claires quant aux objectifs souhaités de leur mise en place.

Dans sa conclusion, la HAS intègre dans les perspectives souhaitables, la nécessité de poursuivre un travail de réflexion aux plans régional et national sur les pratiques d'isolement et de contention mécanique afin de dégager une politique claire visant à les limiter. Dans cette perspective, elle propose la mise en place un observatoire national des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention mécanique, qui aurait pour but de participer et de stimuler la recherche à partir du recueil des données nationales concernant ce sujet. La mise en place de cet observatoire sera le sujet central de la prochaine réunion du Comité Nationale de Psychiatrie qui se tiendra le 11 mai 2017.

A la lecture de l'argumentaire scientifique des recommandations de bonne pratique, il est à noter un chapitre faisant objet d'une revue de la littérature internationale intitulée « Amélioration des pratiques : prévenir et minimiser l'utilisation de l'isolement et de la contention ». Cette revue de la littérature n'a malheureusement pas été reprise dans les recommandations de bonne pratique quant à la mise en place de stratégies de diminution de ces pratiques. Nous aborderons de façon approfondie ces éléments dans la section « Facteurs modifiables pour réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention » de ce travail.

D. Rapport 2016 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée en 2007, avec pour présidente actuelle Mme Adeline Hazan, et qui a pour mission de veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, qu'elles soient en prison, en garde à vue, dans un établissement de santé mentale, en centre de rétention pour étrangers, dans les geôles d'un tribunal, en centre éducatif fermé pour mineurs ou dans tout autre lieu dans lequel des personnes sont enfermées par la décision d'un juge ou d'une autorité administrative. Il publie chaque année un rapport spécifique sur l'isolement et la contention, qui n'a pas pour but d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours à ces mesures coercitives mais qui pointe les atteintes aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leurs consentements et établit des recommandations respectueuses de ces mêmes droits.

Le CGLPL constate grâce aux rencontres avec les interlocuteurs institutionnels, faute de données éclairées sur les pratiques, que les recours à l'isolement et à la contention sont en constante augmentation depuis près de 20 ans alors même que leur efficacité thérapeutique

n'est pas formellement prouvée. Adeline Hazan précise dans son rapport de 2016 qu'il est difficile à ce jour d'objectiver cette augmentation et d'en déterminer précisément les causes mais elle met en avant deux éléments d'évolution récente qui pourraient l'expliquer. En premier lieu, l'abandon de la formation spécifique d'infirmier psychiatrique en 1992 et donc la disparition des soignants spécialisés qui avaient choisi d'emblée le travail auprès de patients souffrant de maladie mentale et dont la formation les rendait plus proches des spécificités cliniques des troubles présentés par ces patients. En second lieu, la diminution des effectifs, qui a pu conduire à des situations de surmenage, et qui a nourri le sentiment d'une faiblesse face à la violence, faiblesse que les patients ressentent comme angoissante et qui seraient génératrice d'agressivité et de passages à l'acte violents dans les unités de soins. Le CGLPL constate également lors de ses visites une diversité des motifs d'usage et de mise en œuvre de ces pratiques qui ne résultent pas systématiquement de décisions guidées par l'état clinique du patient et peuvent être utilisées à des fins disciplinaires, de sanctions ou liées à des « cultures de services » traduisant des points de vue divergents des différents médecins ou équipes.

Dans ce même rapport, le CGLPL établit, suite à ses visites, une liste de sept atteintes générales aux droits fondamentaux des patients placés en isolement ou contention dans les établissements de santé mentale :

- Droit à la prise en charge médicale et aux soins : le CGLPL constate que les personnes en situation de crise ne bénéficient pas toujours, lorsqu'elles sont placées à l'isolement ou en contention, d'un examen médical qui doit pourtant être réalisé immédiatement afin d'éliminer une contre-indication à la mesure, ni toujours de la surveillance adéquate alors même que ces pratiques ne sont pas dénuées de risques pour le patient concerné. Il constate également que les prescriptions sont quasiment toujours anticipées avec des prescriptions avec la mention « si besoin » ou encore que le suivi médical psychiatrique quotidien n'est pas effectif notamment les dimanches et jours fériés. Il pointe également que la surveillance, le plus souvent, une fois par heure est insuffisante pour une personne en crise et qu'elle n'est pas systématiquement reportée dans la feuille prévue à cet effet.
- Droit à la sécurité : les chambres d'isolement sont parfois totalement dépourvues de sonnette d'appel ou qu'elle ne fonctionne pas ou encore que le patient ne

puisse y accéder car le bouton n'est pas accessible depuis son lit s'il y est fixé par des liens de contention. Certains patients n'ont d'autre choix que d'attendre le passage infirmier, parfois seulement toutes les deux heures, voire moins la nuit, pour obtenir à boire ou pour demander le bassin, ou, plus gravement, pour signaler un malaise ou un problème urgent.

- Droit à l'intimité : constat que le développement de la surveillance vidéo dans les chambres d'isolement diminue la surveillance physique par les équipes infirmières et que ces mêmes caméras couvrent parfois la totalité de la chambre y compris la douche ou les toilettes, supprimant ainsi toute intimité au patient. De plus, le renvoi d'images au bureau infirmier permet parfois une visibilité depuis les espaces communs permettant aux patients comme aux visiteurs de voir ce qu'il se passe dans la chambre d'isolement.
- Droit de recevoir des visites : dans la plupart des cas, le placement sous contrainte physique est assorti d'une prescription d'interdiction de visite ; les patients sont donc privés de contact avec leurs proches pendant tout le temps où ils subissent ces mesures. Cette interdiction concerne alors également la personne de confiance quand elle est désignée, ce qui ne permet pas à celle-ci de jouer le rôle qui est le sien auprès du patient concerné.
- Droit au respect de la dignité : un trop grand nombre de chambres d'isolement ne disposent pas de sanitaires et les patients placés en isolement sont obligés d'utiliser une chaise percée ou un seau hygiénique. Les patients prennent parfois leur repas sur leur lit ou à même le sol. Des odeurs et une impression globale d'insalubrité se dégage de certaines chambres d'isolement, même si elles sont maintenues dans un parfait état de propreté. Enfin, le port du pyjama en isolement de façon systématique apparaît comme humiliant et n'est pas toujours justifié par les arguments cliniques.
- Prise en compte des besoins physiologiques de mobilité : constat que la recommandation de l'ANAES visant à ce que le séjour du patient en chambre d'isolement soit interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée, n'est pas respecté. Cette absence de prise en compte des besoins d'espace, de sortie à l'extérieur et de possibilité de développer un minimum d'activités physiques, outre l'inconfort qu'elle entraîne, aggrave également les effets

secondaires de fonte musculaire ou de prise de poids, en particulier quand les mesures sont prolongées.

- Possibilité d'avoir des activités : en règle générale les patients qui sont placés à l'isolement ne bénéficient pas d'activités, qu'elles soient thérapeutiques ou occupationnelles, au moins pendant tout le temps de l'isolement strict. Les chambres d'isolement ne contiennent généralement pas d'objets permettant au patient de s'occuper comme une radio ou encore une télévision. L'ennui et la vacuité du temps sont parfois très pesants et ne vont pas dans le sens de l'apaisement pour le patient.

Le CGLPL a également établi une liste de recommandations, qui font échos aux dysfonctionnements repérés lors de visites d'établissements et permettraient une pratique des mesures coercitives respectueuse de la législation française, des recommandations de la HAS et des droits fondamentaux du patient hospitalisé. Cette liste est résumée dans l'annexe 1.

Il apparaît donc nécessaire, au travers de ce rapport, que des recommandations claires et un cadre légal précis soient appliqués dans les unités de soins afin d'éviter les dérives liées à l'utilisation des mesures de contrainte et de respecter les droits fondamentaux des patients placés sous de telles mesures.

E. Rapport du Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (CPT)

Le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (CPT) est un organisme de contrôle indépendant spécialisé, composé d'experts indépendants et impartiaux, et qui a pour but de visiter des lieux de détention dans les Etats membre du Conseil de l'Europe afin d'évaluer la manière dont les personnes privées de liberté sont traitées. Le CPT a été établi par la « Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants » du Conseil de l'Europe, qui est entrée en vigueur en 1989. Il établit régulièrement un rapport remis aux différents gouvernements afin de mettre en avant les atteintes aux droits

fondamentaux des personnes privées de liberté et d'en tirer des recommandations pour les pratiques futures.

La sixième et dernière visite en date du CPT en France s'est déroulée du 15 au 27 novembre 2015 et a donné lieu à un rapport publié le 7 avril 2017 sur le site du Conseil de l'Europe, dans lequel une section est consacrée aux Etablissements psychiatriques. La délégation a visité l'unité pour malades difficiles (UMD) d'Albi, les services de psychiatrie générale et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) au sein du centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM) de Toulouse ainsi que l'unité « UF1 » de l'hôpital de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse.

Ce rapport n'est pas accablant et au contraire fait part d'aspects plutôt positifs quant à la prise en charge hospitalière des personnes atteintes de maladies mentales dans les établissements visités.

Suite à ces visites, le CPT établit des recommandations claires quant aux mesures d'isolement et de contention, résumées dans le paragraphe 142 de son rapport de 2017 qui se rapprochent des recommandations émises par le CGLPL en 2016.

Le CPT met en avant que l'isolement et l'utilisation des moyens de contention devraient être considérés comme mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë. Il s'agit donc de mesures de sécurité qui ne peuvent pas être considérées comme des moyens thérapeutiques et dont il convient de ne jamais y recourir à titre de sanction ou pour pallier à un manque de personnel. Les recommandations émises par le CPT dans son rapport de 2017 sont résumées dans l'annexe 4.

Le CPT a publié le 21 mars 2017 un rapport spécifique aux moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes dans lequel il reprend et détaille ses différentes recommandations. Il y consacre également une section intitulée « Consignation et signalement des cas de recours à la contention » qui a pour objectif la diminution du recours aux pratiques de contrainte physique au travers d'une quantification chiffrée précise de ces mesures dans un registre spécifique (comme précisé dans la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé). Le CPT affirme qu'une consignation détaillée et rigoureuse des cas de recours à la contention peut fournir à la direction de l'hôpital un aperçu de leur ampleur et lui permettre de prendre des mesures, le cas échéant, pour en diminuer la fréquence. Le CPT considère également, au même titre que la HAS, que ces données devraient

être transmises de manière régulière à une autorité de contrôle et / ou à un organe extérieur de suivi attribué, pour obtenir une vue d'ensemble au niveau national ou régional des pratiques existantes afin de mettre en œuvre une stratégie visant à limiter en fréquence et en durée le recours à la contention. Il rejoint donc le point de vue du CGLP et du Comité National de Psychiatrie sur la nécessité de créer un observatoire national sur l'isolement et la contention dans le but de faire un constat global sur ces pratiques et de mettre en place une réflexion, à l'échelle nationale, sur les stratégies à adopter pour réduire l'utilisation de ces mesures.

III – Facteurs modifiables pour réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention

Cette revue de la littérature a pour but de mettre en avant les facteurs modifiables à l'échelle d'un établissement mais également à celle d'une unité psychiatrique, pour réduire l'utilisation des méthodes de contrainte physique que sont l'isolement et la contention. Ce sujet est au cœur des préoccupations depuis près de 20 ans dans certains pays comme les Etats-Unis ou les pays Nordiques, et cette tendance commence seulement à apparaître en France. Très peu de textes de référence issus d'une autorité de santé française donnent de stratégies claires quant à la réduction de l'utilisation de ces méthodes. La HAS a publié en septembre 2016, des recommandations « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie » dans lesquelles elle met en avant un programme composé de 15 programmes et 14 outils permettant une meilleure gestion des épisodes de violence. Certains points et outils sont en lien direct avec la thématique de ce travail et seront donc détaillés ci-dessous.

Nous allons, dans ce travail de revue de la littérature, établir une liste détaillée de facteurs modifiables, qui permettraient une réduction de l'utilisation des méthodes de contraintes physiques en se basant sur les différents textes disponibles à l'échelle internationale.

A. Méthodologie de cette revue de la littérature

Cette revue de la littérature internationale a été réalisée à partir des bases de données PubMed et Google Scholar avec la recherche des mots clés suivants : « restraint »,

« seclusion », « reduction », « decreasing », « alternatives ». Les fonctions « related articles » de PubMed et « Other articles » ont également été utilisées afin d'identifier les possibles textes additionnels. Seuls les articles écrits en français et en anglais pouvaient être inclus dans ce travail.

Ont été privilégiés, les articles paru entre 1999 et 2017 et abordant la thématique en psychiatrie adulte. A l'inverse, les articles se penchant spécifiquement sur la pédopsychiatrie, la gérontopsychiatrie, les services d'urgences ou de soins de longue durée ont donc été préférentiellement écartés. Au total, 45 articles internationaux ont été sélectionnés selon ces critères.

Les recommandations émanant d'autorités nationales de santé et les articles de loi français parus au Journal Officiel ont également été incorporés dans ce travail.

B. Facteurs législatifs

Aux Etats-Unis, la Health Care Financing Administration (HCFA) en 1999 puis la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations en 2011 ont mis en place des recommandations fédérales très restrictives à l'égard de l'utilisation de l'isolement et de la contention (Restraint and Seclusion : HCFA Rules for Hospitals). Deux études américaines (Currier et al., 2002 ; Pollard et al., 2006) se sont penchées sur l'impact des recommandations de la HCFA sur l'utilisation de la contention au sein de l'hôpital de l'université de Rochester pour la première et au V.A. hospital de Washington. Elles ont montré une diminution de plus de 50% en nombre et en durée des épisodes de contention. Ces études soulignent le fait que les modifications institutionnelles faites en amont pour préparer l'arrivée de ces recommandations, avant leurs mises en place effectives, a pu contribuer à cette forte diminution.

Une étude Finlandaise (Keski-Valkama et al., 2007) a quant à elle montré que la législation ne suffisait pas à elle seule pour réduire de manière significative l'utilisation de l'isolement et la contention en Finlande. Cette étude a eu lieu sur une période de 15 ans, entre 1990 et 2004, durant laquelle la loi a fortement changé et a encadré de manière stricte les mesures de contrainte dans la prise en charge des patients hospitalisés dans des établissements de santé mentale. Elle n'a pas permis de mettre en évidence un lien entre renforcement du cadre légal et diminution des pratiques coercitives dans les hôpitaux

finlandais participants à cette étude. Le risque pour un patient d'être isolé ou contenu n'a pas diminué de façon significative au fil des 15 années de l'étude à l'échelle du pays. Pour obtenir une diminution importante de l'utilisation des moyens coercitifs en psychiatrie, il apparaît donc nécessaire, au vu des résultats de ces deux études, de mettre en place des recommandations et objectifs clairs émanant d'une autorité de santé, accompagnant et allant dans le sens d'un cadre légal restrictif. En France, aucune étude n'a encore étudié l'impact de la loi du 26 janvier 2016 (décrite dans la partie cadre légal et réglementaire) sur les pratiques de contrainte physique dans les hôpitaux français. Nous ne disposons donc pas suffisamment de recul pour évaluer les changements effectifs liés à la modification du cadre législatif dans notre pays.

C. Facteurs institutionnels

A la lecture des textes de cette revue, il apparaît nécessaire que les directions d'établissements mettent en place des plans d'action et des stratégies visant la diminution de l'utilisation des méthodes de contrainte physique que sont l'isolement et la contention, en priorisant ces initiatives en leurs seins et auprès de tout le personnel. Comme il est rappelé dans la recommandation de référence au niveau mondial sur le sujet qu'est la « Six core strategies for reducing seclusion and restraint use » publié en 2006 par la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) aux Etats-Unis, les directives institutionnelles sont le point de départ de toute démarche visant à réduire ces pratiques. Déjà appliquées dans bons nombres d'hôpitaux américains, ces stratégies ont largement fait leurs preuves en matière d'efficacité sur le sujet (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011 ; Dow et al., 2014 ; LeBel et al., 2005). Ces changements institutionnels qui doivent être réfléchis de façon pluridisciplinaire et s'opérer par étape (Murphy et al., 2005), ont pour but de promouvoir une approche moins restrictive des soins et de mettre en action des plans allant dans ce sens. Nous allons détailler chaque point mis en avant dans la littérature internationale dans les sous parties suivantes.

a) Ciblage institutionnel

Traiter le potentiel de violence en respectant simultanément les patients et la sécurité du personnel nécessite des stratégies claires et coordonnées avec une notion très importante : celle du « leadership » ou aptitude à diriger. Le ciblage institutionnel consiste à mettre en avant et de façon prioritaire, une politique de bientraitance et des stratégies ayant pour but une réduction des méthodes de contrainte physique au sein d'un établissement. Il serait le facteur le plus influant (Dennis et al., 2003 ; Visalli et al., 2000) dans la recherche d'une réduction de ces pratiques. Les décideurs institutionnels doivent s'imposer en tant que « leaders » afin de définir une vision claire du changement espéré et des moyens à appliquer pour y arriver, cela afin d'assurer une transition vers une approche du soin moins coercitif tout en respectant la sécurité des personnels soignants. Il s'agit de la première étape vers une réduction de l'isolement et de la contention au sein d'un établissement qui doit être maintenue dans le temps pour être efficace (NASMHPD, 2006). Au travers des instances dirigeantes, le ciblage institutionnel instaure une dynamique au sein de l'établissement, impliquant personnels et patients, dont va découler des changements concrets au niveau du fonctionnement des unités. Il met en avant une approche plus respectueuse de la liberté d'aller et venir des patients, apporte des réponses en amont d'un épisode de crise et propose des alternatives concrètes à l'isolement et à la contention. Ce ciblage au sein de l'institution permet également le déblocage de fonds nécessaires aux modifications du fonctionnement de l'établissement car seuls les dirigeants institutionnels décident des différents budgets à attribuer. Point intéressant, une étude anglo-saxonne (LeBel et al., 2005) a montré que la contention représentait 23% du temps soignant, 40% du budget opérationnel d'une unité d'admission et que chaque épisode de contention pouvait coûter entre 300 et 350€. Une autre étude menée en Grande Bretagne (Flood et al., 2008), estimait à environ 125 millions d'euros le coût global de l'isolement et de la contention sur une année au Royaume-Uni. La France mène actuellement une politique de réduction des coûts en matière de santé publique, mettant parfois à mal la prise en charge des patients (réduction des effectifs soignants, réduction du nombre de lits d'hospitalisation, réduction du matériel...). Ces coûts élevés seront donc probablement un des arguments moteur des changements institutionnels à venir dans la prise en charge moins coercitive et donc moins coûteuse des patients hospitalisés en psychiatrie. De plus, la réduction de l'isolement et de la contention est également bénéfique

pour les patients, avec une diminution des blessures, mais également de plus courtes durées de séjour, des diminutions dans les traitements médicamenteux et un meilleur niveau de fonctionnement à la sortie de l'hôpital (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011).

Un grand nombre de textes met en avant la nécessité de créer des groupes de travail multi disciplinaires ou de s'appuyer sur des commissions telles que les Commissions Médicales d'Établissements concernant l'utilisation de l'isolement et de la contention dans les établissements afin de mettre en place, de piloter et de surveiller la bonne application des stratégies établies (Ashcraft et al., 2008 ; APA, 2003 ; Fisher, 2003 ; Gaskin et al., 2007 ; MHC, 2012 ; NASMHPD, 2008 ; Newton, 2010 ; Smith et al., 2005). Les médecins apparaissent dans ces textes comme des liens importants entre dynamiques institutionnelles et applications concrètes de terrain.

Le modèle développé par l'American Psychiatric Association (APA) en 2003 (« Learning from each other. Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health ») souligne l'importance de la modification des politiques d'établissement. Il y est décrit :

- la nécessité d'avoir une politique de soins centrée sur le patient, en se mettant si nécessaire à sa place,
- d'échanger sur les pratiques, notamment entre deux services ayant des prévalences de contention ou d'isolement différentes,
- d'être clair sur les rôles des médecins comme moteurs dans la politique de réduction de ces interventions,
- d'impliquer toute l'équipe dans cette politique de réduction de l'isolement et de la contention en expliquant également cette politique aux patients et à leur famille.

Les disparités entre établissements doivent être prise en compte au niveau local, départemental et régional mais également entre les différents types de services intra-hospitaliers (urgences, courts séjours, unités d'admissions, unités fermées/ouvertes, unité de réhabilitation, unités pour malades difficiles...) pour mettre en place des politiques adaptées. Une généralisation de stratégies sur le plan national, qui peuvent être applicables et efficaces dans certaines conditions, pourraient être à l'inverse inapplicables et inefficaces dans d'autres.

b) Modifier les pratiques

Même si la psychiatrie française repose sur l'acte fondateur de Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes, les méthodes de contraintes ont continué à être utilisées dans de nombreux établissements psychiatriques. Un arrêt brutal de ces pratiques paraît pour l'instant illusoire et impossible au vu de la recrudescence de leurs usages ces 20 dernières années. De façon multifactorielle, incluant les habitudes et le manque d'alternatives, le personnel soignant peut faire de l'isolement et la contention, une réponse systématique aux états d'agitation grave des patients dans certaines unités d'hospitalisation. Ce problème a d'ailleurs été soulevé dans les rapports du CGLPL et du CPT ces dernières années. La HAS (recommandations de mars 2017) et la législation française (Loi du 26 janvier 2016) l'ont également repéré et placent ces mesures comme des moyens de dernier recours, à utiliser de façon exceptionnelle dans un cadre désormais précisément défini.

Le ciblage institutionnel étant le point de départ, il doit en découler un changement de philosophie de prise en charge des patients par les soignants. Dans ce sens, il paraît important que le personnel soignant modifie ses habitudes ou ses croyances dans sa pratique professionnelle quotidienne. Il est évoqué dans une revue de la littérature (Fisher, 2003) que les facteurs culturels, les habitudes de services, les facteurs non cliniques, la perception de leurs rôles par les soignants et la philosophie des directeurs d'hôpitaux ont plus d'impact sur la réduction des taux d'isolement ou de contention que les facteurs cliniques eux-mêmes. Dans cette même revue, Fisher met en avant une campagne de prévention publique, qui a été un succès, intitulée « Les contentions sont risquées » (« Restraints have risks »), menée dans l'état du Colorado aux Etats Unis et qui a permis une nouvelle représentation de ces pratiques par les infirmiers de cet état et a donc changé la mentalité soignante à ce sujet.

Le changement culturel doit également permettre de rétablir des données scientifiques et donc de briser certains mythes concernant l'utilisation des méthodes de contrainte physique. Pour exemple, la HAS rappelle dans ses recommandations de mars 2017 qu'aucune étude à l'heure actuelle n'a réussi à démontrer un intérêt thérapeutique de ces mesures dans la gestion des épisodes violents à l'hôpital. Dire qu'il est donc nécessaire de placer un patient en isolement ou le contenir dans un but d'apaisement ou dans le but d'éviter un nouvel épisode violent n'est donc pas une donnée scientifique. Un autre exemple est l'idée que l'utilisation de la contention permet d'améliorer la sécurité et de diminuer les accidents

de travail au sein du personnel soignant. Plusieurs études (reprises dans « The Business case for preventing and reducing restraint and seclusion use » du SAMHSA, 2011), dont une menée à grande échelle aux Etats Unis (Neufeld et al., 1999) ont démontré l'inverse : le taux d'accident de travail diminuerait dès lors que l'on réduirait les taux d'utilisation de la contention.

c) Composition des équipes soignantes

La composition des équipes soignantes au sein des unités est un facteur impactant directement les taux d'utilisation des méthodes de contrainte physique. Elle semble plus influente d'un point de vue global que les caractéristiques de chaque soignant pris individuellement (Janssen et al. 2007). Il apparaît dans une revue de la littérature (Busch et al., 2000) qu'il y a un lien entre la présence de femmes dans les équipes et la diminution du recours aux pratiques d'isolement et de contention. Ce résultat est en contradiction avec une étude plus récente (Janssen et al., 2007) qui met en avant que plus il y a d'hommes travaillant dans une équipe soignante et moins elle a recours ces pratiques. Ces résultats ne permettent donc pas pour l'instant de conclure concernant un ratio idéal homme/femme à instaurer dans les équipes dans le but de réduire l'utilisation de telles mesures. Des infirmiers avec un haut niveau d'éducation ou ayant une longue expérience auraient moins tendance à utiliser des mesures coercitives (Janssen et al. 2007 ; Busch et al., 2000). Les études sur le ratio soignants/patients sont partagées quant à leurs résultats mais elles suggèrent tout de même qu'un ratio plus élevé soignants/patients permettrait une diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention (Busch et al., 2000 ; Fisher et al., 1994). Une étude américaine n'a elle, pas réussi à démontrer l'impact direct de ce ratio (Betemps et al., 1993). Un climat de confiance entre les membres d'une équipe influence les décisions en matière d'utilisation des mesures de contrainte. En effet, si le personnel infirmier a confiance dans les compétences et les capacités de l'autre, la décision d'isoler ou de contenir un patient sera probablement reportée. Si cette confiance n'existe pas, par exemple lorsque l'équipe est composée de renforts provenant d'autres unités, la décision d'isoler ou de contenir un patient peut être accélérée (Wynaden et al., 2002).

d) Renforcer les interactions soignants-soignés dans le quotidien du service

Une majorité des textes retrouvés dans cette revue aborde ce point de manière assez succincte, sans donner de recommandations précises à ce sujet. Les interactions soignants-soignés sont pourtant une pierre angulaire du travail d'amélioration de l'alliance thérapeutique avec les patients et donc primordiaux dans la recherche d'un apaisement global dans leurs prises en charge. Nous détaillerons plus bas l'importance du travail sur l'environnement direct des patients, notamment en nous appuyant sur des études qui ont montré que l'absence de communication et le manque d'interactions entre patients et personnel soignant favorise l'agressivité et la violence. À l'inverse, il a été montré que la mise en place d'une relation thérapeutique bienveillante, basée sur l'empathie, le respect et la confiance, permet une diminution des comportements agressifs (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

La présence soignante dans les unités, directement dans l'environnement des patients, a démontré un impact fort sur la réduction des situations à risque (Lewis et al., 2009). Il est nécessaire que les infirmiers passent le plus de temps possible en dehors de leurs postes de soins pour être au contact des patients. Des panneaux peuvent par exemple être placés dans les unités pour faire un rappel constant de l'importance de continuellement aller vers les patients. Cette présence infirmière, au contact des patients, permet notamment de repérer plus rapidement les prodromes d'un épisode d'agitation mais également de briser les barrières entre soignants et soignés.

Une étude finlandaise (Kontio et al., 2010) menée dans 6 unités fermées réparties dans deux hôpitaux du sud de la Finlande ainsi qu'une étude Québécoise (Gagnon et al., 2013) se sont intéressées aux points de vue des patients concernant le vécu des mesures de contrainte et leur ont demandé de proposer des améliorations concernant ces pratiques ou de suggérer d'autres alternatives possibles. Un point intéressant soulevé par ces études est la question de l'amélioration des pratiques de soins selon les patients. Ils ont pointé un aspect négatif majeur, qui était, le manque d'interactions avec le personnel soignant, y compris dans les échanges banals du quotidien. Les patients rapportaient un sentiment de ne pas être assez écoutés. Ils rapportaient que leurs avis n'étaient pas suffisamment pris en compte dans les décisions de fonctionnement du service, qui est, selon eux, un des facteurs majeurs contribuant aux incidents de violence et d'agressivité. L'écoute et la communication

soignantes ont spontanément été suggérées par les patients comme alternatives à l'isolement et la contention. Ils mettaient également en avant le manque d'activité et l'ennui au sein des unités, qui à leur sens sont générateurs d'agressivité. Ils souhaiteraient la mise en place d'activités thérapeutiques, occupationnelles, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'unité, pour se soigner mais également pour pouvoir simplement s'occuper et passer le temps qui peut leur sembler long au cours de leur hospitalisation. Ils demandaient à ce que les soignants les encouragent systématiquement à participer à des activités même s'ils sont fatigués. Ils suggéraient par exemple des activités comme la cuisine, un temps de café en groupe, la peinture, la musique, le puzzle, le jardinage ou encore la zoothérapie.

e) Modifier les pratiques institutionnelles d'évaluation des pratiques

Le débriefing d'un épisode de contrainte par l'institution peut prendre différentes formes selon les auteurs. Il s'agit là de reprendre, de façon pluriprofessionnelle et souvent avec un regard extérieur, les pratiques globales d'isolement ou de contention au sein d'un établissement ou de revenir sur certains épisodes afin de pouvoir en tirer des conclusions qui vont dans le sens d'une diminution de ces pratiques (comme le contexte clinique ou les facteurs environnementaux par exemple) (APA ; 2003 ; HAS, 2016 ; MHC, 2012 ; Scanlan, 2010). Il s'agit d'organiser au sein de l'équipe un « espace de réflexivité » pour « métaboliser » l'événement, lui donner du sens et en tirer des enseignements (HAS, 2016). Cela permettra également de mettre en avant les facteurs précipitants un tel épisode et donnera aux soignants des pistes pour envisager une meilleure gestion des épisodes de crise futurs et des alternatives possibles aux méthodes de contrainte.

Une étude nord-américaine (Donat, 2003) a été menée sur 5 ans (entre 1997 et 2002) dans un hôpital public de l'état de Virginie aux Etats unis. Elle a permis la diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention de près de 75% au sein de cet établissement. Plusieurs avancées institutionnelles ont permis cette diminution, telles que la création d'un comité de révision des cas « critiques » (Donat, 2003) qui évalue de façon administrative et clinique les dossiers des patients ayant été placés en isolement ou contention plus de 6 fois ou durant plus de 72h par mois. Ce comité est composé du directeur de l'hôpital, des chefs de pôle de l'établissement, d'un psychopharmacologue et de membres d'une équipe de conseils comportementaux. La création de ce comité a permis une diminution de la pratique de

l'isolement et de la contention. Cependant, il a été trouvé que les critères administratifs déclenchant la révision étaient trop restrictifs et il pouvait se passer parfois plusieurs semaines avant que le « cas critique » passe devant cette commission. Les critères administratifs ont donc été élargis, pour finalement être portés à 2 épisodes ou plus de 8h d'isolement ou de contention par semaine. L'efficacité de cette révision a également été mise en avant dans une autre étude américaine (Hellerstein et al., 2007) dans laquelle un « directeur clinique » de l'établissement passait systématiquement en revue tous les cas de patient ayant eu deux épisodes ou plus d'isolement ou de contention.

Dans son étude de 2003, Donat a également mis en avant l'importance de la création d'une équipe mobile de « consultation comportementale » qui comprenait deux psychologues cliniciens comportementaux et deux personnes paramédicales ayant reçu des formations spécifiques sur les méthodes d'évaluation comportementale. Cette équipe se déplace dans toutes les unités de l'hôpital, sur demande des soignants et assiste aux réunions de synthèse et d'orientation thérapeutique afin de fournir aux équipes des suggestions de traitements d'un point de vue comportemental. Selon cette étude, l'implémentation et l'utilisation de ces différents comités ou temps de débriefing influence à hauteur de 34% les écarts retrouvés dans la diminution des pratiques d'isolement et de contention.

Dans une étude menée durant un an dans un hôpital national sécurisé finlandais (Putkonen et al., 2013), les auteurs décrivent les multiples temps de débriefing avec les équipes mais également avec les patients, dans un but d'évaluation et donc d'amélioration des pratiques soignantes dans les unités. Les soignants ont été soutenus par des entretiens individuels et collectifs (une heure par semaine) et au travers d'analyses quotidiennes avec la cadre de santé ou le "conseiller principal" (30 minutes par jour). Le personnel a examiné de manière critique les problèmes, les règles et les pratiques et a reçu des informations sur les risques et les traumatismes associés à la contention, la prévention des épisodes de crises et les nouveaux outils de prise en charge comportementale (une heure par semaine). Un anthropologue psychothérapeute culturel a utilisé des méthodes d'observation et a participé à des réunions soignantes pour aider les unités à développer des stratégies préventives individuelles et des solutions alternatives à l'isolement (une heure par semaine). Chaque matin, la cadre de santé et l'anthropologue psychothérapeute culturel ont repris avec le personnel les incidents violents survenus la veille et ont signalé les pratiques, les

isolements/contentions et les méthodes alternatives utilisées, selon une fiche d'analyse post intervention.

Ce dernier type de réunion a également été repris dans le programme de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention établi par une étude américaine (Lewis et al., 2009). La différence était qu'il s'agissait d'une réunion pour chaque épisode d'isolement ou de contention, afin d'élever chaque mesure au rang « d'évènement critique ». Elle était menée directement après un épisode de contrainte, par un infirmier expérimenté et spécialisé appartenant à une autre unité et n'ayant pas participé à la mesure, ce qui permet d'avoir un regard extérieur qualifié de « Témoin ». Ce regard extérieur par une personne expérimentée apparaît, dans cette étude, comme plus efficace que le débriefing intra-service des épisodes de contrainte et permet d'établir un environnement plus souple et ouvert entre soignants dans lequel le personnel est encouragé à partager ses pensées, ses sentiments et ses opinions sans arrière-pensée de jugement ou de punition institutionnelle. L'APA, dans ses recommandations de 2003, souligne également l'importance de permettre aux équipes soignantes d'être honnêtes concernant leurs ressentis ou leurs craintes sans peur d'être jugées par leurs supérieurs hiérarchiques.

Ces différentes réunions et temps de débriefing institutionnelle ont identifié et fait l'éloge d'interventions réussies, parfois ont pointé des dysfonctionnements ou des mauvaises pratiques et ont donc aidé le personnel à améliorer ses pratiques globales au sein de l'unité.

f) Mettre en place des renforts et équipes d'intervention spécialisées

La stratégie de mettre en action un grand nombre de soignants face à une situation de crise est présente dans la pratique psychiatrique depuis plus de 200 ans. En effet, Philippe Pinel, dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, faisait déjà part de l'importance d'un travail en équipe quant à la gestion des moments de crise.

Les équipes d'interventions nommées « Equipes de réponse à l'urgence psychiatrique » (« Psychiatric emergency response teams » ou PERT) ou « Equipes de réponse de crise » (« Crisis response teams ») sont des équipes mobiles composées de soignants ayant reçus des formations spécifiques en matière de gestion de crise, de désescalade de l'agressivité et de techniques de gestion de la violence (D'orio et al., 2004 ; Gaskin et al., 2007 ; HAS, 2016 ; Scanlan, 2010). Leur rôle est de répondre rapidement aux besoins émis par des

soignants face à une situation de crise dans leur unité et de réussir à apaiser cette situation au travers d'une désescalade verbale, d'une communication empathique et thérapeutique. Le but étant une médiation et une résolution du conflit sans avoir recours à des méthodes coercitives comme l'isolement ou la contention. Ces équipes peuvent être composées de soignants y travaillant exclusivement ou faire appel à des soignants expérimentés volontaires travaillant à temps plein dans des unités différentes.

Ces équipes faisaient parties du programme de diminution de l'utilisation de l'isolement et la contention menée en Pennsylvanie, menée entre 1990 et 2000, et ont permis de gérer 70% des épisodes de crises sans recourir à une procédure restrictive mais ont aussi fortement impacté l'arrêt total de la pratique de l'isolement et la diminution de celle de la contention dans un des hôpitaux de l'état, celui de Allentown en Pennsylvannie (Smith et al., 2005).

De ce programme (Psychiatric Emergency Response Plan, Allentown State Hospital, 2002), a découlé une description détaillée de ce que peuvent être ces équipes d'urgences (PERT) et de ce qui a été efficace dans leur mise en place et dans leur utilisation. Les équipes se basaient sur un noyau d'environ 40 soignants volontaires travaillant sur des roulements de journée et de début de soirée. Les équipes fonctionnaient en équipe de 7 avec un « capitaine ». Les volontaires participaient environ deux fois par semaine à ces équipes en s'appuyant sur un roulement d'astreinte déterminé à l'avance. Lors d'un épisode de crise, les soignants en difficultés annoncent un « code orange » (équivalent du système de Protection du Travailleur Isolé ou PTI en France). Lorsque les membres de la PERT reçoivent l'alerte, ils arrêtent ce qu'ils font et se regroupent dans l'unité demandeuse. À mesure que les membres de l'équipe arrivent, ils sont accueillis par le capitaine PERT, qui détermine quelle approche prendre avec la personne en crise sur la base d'une observation personnelle rapide et des informations apportées par l'équipe de soins. À moins que la personne en crise ne présente un danger immédiat pour soi ou pour autrui, la réponse initiale du PERT se concentre sur la sécurisation du lieu de crise pour éviter un « sur accident ». Ensuite, les membres du PERT, sous la direction du capitaine, tentent d'engager la personne en crise dans une conversation thérapeutique visant à identifier les raisons sous-jacentes de la crise. Le but de cette conversation est d'aider l'individu à comprendre ce dont il a besoin pour apaiser sa situation d'agitation. Une fois la crise résolue, une séance de débriefing est organisée avec le personnel de l'unité pour évaluer la réponse faite à leur demande et en examiner les résultats.

Lors d'un épisode de crise dans une unité, les équipes soignantes sont obligées de se mobiliser et d'arrêter leurs diverses activités afin de gérer le patient agité, ce qui fait que les autres patients de l'unité peuvent être laissés sans surveillance et la gestion pratique de l'unité (service des repas, distribution des traitements, activités thérapeutiques...) peut se retrouver brutalement à l'arrêt. Les équipes de renforts, au lieu de se charger directement du patient agité, peuvent alors remplacer les soignants de l'unité pour leur laisser le temps et l'espace de pouvoir apaiser la situation seuls.

g) Utilisation des données du monitoring isolement et contention

La loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, a mis en place l'utilisation d'un registre (détaillé dans la partie : Cadre légal, réglementaire et rapports concernant la contention et l'isolement) dans chaque unité qui va permettre à terme de pouvoir disposer en France de statistiques précises sur l'utilisation des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Aucune n'a d'ailleurs, à ce jour, émané de ces registres. Obtenir des statistiques précises sur ces pratiques au sein de chaque unité apparaît pourtant comme un élément essentiel qui est largement repris dans les différents programmes et textes internationaux (Fisher, 2003 ; Gaskin et al., 2007 ; MHC, 2012 ; NASMHPD, 2006 ; Putkonen et al., 2013 ; Scanlan, 2010 ; Schreiner et al., 2004). Elle est, selon Fisher, une condition « sine qua non » au changement des pratiques et fait partie intégrante des programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention. La prise en compte de ces données ne doit pas être perçue par les soignants comme un moyen de surveillance des pratiques des unités dans un but punitif.

Le relevé de ces données a les buts suivants :

- Quantifier les pratiques globales d'isolement et de contention afin de pouvoir les comparer entre établissements ou entre unités au sein d'un même hôpital ;
- Identifier des facteurs de risque non directement liés au patient (heure de la journée, équipes présentes, temps de repas ou de distribution des traitements...) afin de focaliser l'attention sur ces facteurs ;
- Identifier les patients ayant eu plusieurs épisodes d'isolement ou de contention afin de pouvoir mettre en action des stratégies telles que la révision médico-

administrative en comité ou l'initiation d'une réflexion sur des alternatives thérapeutiques possibles ;

- Identifier les problématiques qui pourraient être résolues par la formation du personnel soignant ;
- Identifier les équipes et unités ayant réussi à diminuer significativement leurs pratiques d'isolement et de contention afin d'extraire les éléments contributifs et pouvoir les partager aux autres unités d'un établissement en mettant en place une « compétition saine » entre différents services.

(Fisher, 2003 ; Gaskin et al., 2007 ; MHC, 2012 ; NASMHPD, 2006 ; Putkonen et al., 2013 ; Scanlan, 2010 ; Schreiner et al., 2004).

La Mental Health Commission irlandaise, au travers de ses recommandations de 2012, définit de façon précise les données statistiques sur l'isolement à prendre en compte au sein d'une unité (cité par O'Hagan et al., 2008) :

- Nombre d'épisodes d'isolement ;
- Durée totale des épisodes d'isolement ;
- Nombre de patients du service isolés avec leurs caractéristiques sociodémographiques ;
- Nombre total d'épisodes et durée totale de l'isolement pour chaque patient isolé ;
- Utilisation ou non de méthodes contraignantes, d'alternatives à l'isolement ;
- Nombre de blessures chez les soignants et patients en lien avec les mesures de contrainte ;
- Le jour et l'horaire de chaque épisode d'isolement ;
- Analyse des thèmes et résultats ressortant des reprises post intervention.

Ces paramètres statistiques ne concernent que l'isolement dans ces recommandations mais il semble intéressant de les transposer aux autres mesures de contrainte pour avoir des données exhaustives sur l'utilisation des différentes mesures coercitives utilisées dans les unités.

Ces statistiques peuvent également permettre d'établir des rapports réguliers, mensuels par exemple, pouvant être repris de manière formelle en équipe afin de donner une vision éclairée aux soignants et de les encourager sur les progrès effectués lors de la mise en

place d'une politique de réduction des méthodes de contrainte (APA, 2002 ; Putkonen et al., 2013).

D. Facteurs environnementaux

a. Facilité d'accès à des chambres d'isolement

Certains hôpitaux n'ont pas un accès direct à des unités de soins intensifs ; placer un patient en isolement nécessite donc une démarche compliquée, intégrant un transfert du patient accompagné par des soignants pouvant prendre plusieurs heures à plusieurs jours.

Une étude britannique (Bowers et al., 2012) s'est intéressée à la question. Elle a étudié sur un échantillon de 136 unités d'admission britanniques, le lien entre la présence ou non d'unités de soins intensifs au sein d'un établissement et les transferts de patients vers celles-ci. Cette étude a montré que les taux d'isolement étaient supérieurs lorsque les équipes avaient un accès direct à des unités de soins intensifs pourvues de chambre d'isolement.

Une étude britannique (Pettit et al., 2016) a étudié l'acceptation des mesures de contrainte par les soignants face à un patient violent en fonction de la facilité d'accès aux chambres d'isolement sur un échantillon de 136 unités d'admission britanniques. Elle met en avant que les soignants considèrent plus acceptable l'utilisation de l'isolement dans les unités étant pourvues d'un accès direct. Elle montre également que les équipes soignantes n'ayant pas d'accès direct à des chambres d'isolement ont une tolérance plus élevée face aux épisodes de crise avant d'initier une mesure d'isolement. Il est donc possible que les chambres d'isolement soient utilisées de manière excessive dans les unités pourvues d'un accès direct. Les auteurs ajoutent qu'il faut rester prudent sur ces résultats, puisqu'il apparaît probable, selon eux, que les soignants ayant une opinion négative sur les mesures de contrainte pourraient avoir tendance à travailler dans des unités dépourvues de chambres d'isolement. Dans leur conclusion, ils rappellent qu'à l'heure actuelle, aucune donnée ne permet de dire que l'abandon total de l'utilisation de l'isolement ne peut se faire sans risque que ce soit pour le patient ou pour les équipes soignantes.

b. Environnement des patients

L'environnement peut se définir comme les conditions et l'ambiance matérielles globales autour des patients lors de leurs accueils mais également durant leurs prises en charge.

L'environnement des patients dans les unités de soins apparaît comme un élément favorisant une meilleure alliance thérapeutique, une meilleure acceptation des soins et donc une diminution des comportements à risque et de l'agressivité. L'hôpital de Malévoz en Suisse, qui a supprimé unités fermées et chambres d'isolement depuis les années 1960, a fait un travail important sur l'environnement direct du patient. Cet hôpital est implanté au sein d'un parc boisé dans lequel tous les patients peuvent aller et venir à leur guise. Les unités d'hospitalisation ont l'aspect extérieur de maisons de campagne et sont réparties au sein du parc. Elles offrent une ambiance globale apaisante et naturelle. Ces efforts axés sur l'environnement du patient permettent de maintenir des soins sans aucune forme de contrainte hormis la mise en pyjama des patients les plus symptomatiques.

Le modèle de Murphy et Bennington-Davis de 2005 est un modèle qui a pour but la réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention. Il met, entre autre, en avant l'importance de l'évaluation de l'environnement direct des patients dans leurs prises en charge. Il avance qu'il est nécessaire que les soignants regardent régulièrement l'environnement de soin comme si c'était la première fois, pour aider à créer une atmosphère que les patients et les soignants désireraient ou encore de réévaluer régulièrement l'environnement physique pour voir quelles images le patient projette sur les soignants.

Dans deux études (Kontio et al., 2010 ; Gagnon et al., 2013), l'une finlandaise et l'autre québécoise (déjà citée plus haut), l'importance de l'environnement dans les unités a été pointée par les patients. Selon eux, une atmosphère sécurisante et confortable créée par les soignants ainsi qu'une personnalisation de cet espace par les patients étaient primordiales. Un environnement de soins agréable peut être créé simplement en modifiant la peinture des murs, l'ameublement de l'unité ou la luminosité par exemple. Les espaces de soins doivent donc être aménagés dans ce sens. Enfin, les patients demandent à pouvoir être en chambre seule dans un but d'autonomie mais également afin de trouver un équilibre entre la vie collective au sein de l'unité et l'intimité en chambre. Rares sont les unités de psychiatrie en France qui sont pourvues uniquement de chambres simples et beaucoup de patients sont

contraints à dormir dans des chambres de deux, trois patients et parfois plus. Les unités peuvent dans ce sens se doter de larges espaces privés dans lesquels les patients peuvent s'isoler dans un but d'apaisement, à l'abri des regards des autres, mais également dans le but de pouvoir renforcer, en privé, les interactions avec les soignants.

Ces différentes remarques exprimées par les patients dans ces études sont donc à prendre en compte pour créer, selon eux, un environnement plus sécurisé et apaisant dans le but de diminuer les tensions, l'agressivité et donc de finalement réduire en conséquence l'utilisation des moyens coercitifs.

E. Programme et formation des équipes

a. Formation des équipes

La formation des équipes est un programme progressif d'amélioration des pratiques qui peut prendre différentes formes. Elle est largement reprise dans la littérature internationale, dans les programmes internationaux de réduction de l'isolement et de la contention mais également dans les différentes recommandations de la HAS sur la prévention de la violence ou les bonnes pratiques de l'isolement et de la contention (HAS, 2016 et 2017). La formation a pour but de remettre régulièrement à jour les connaissances des soignants concernant les indications, les recommandations et les risques liés à l'utilisation des mesures d'isolement et de contention. Elle permet en outre de briser certains mythes ou croyances et de rétablir une vision claire de ces pratiques, basée sur des données scientifiques établies. Il s'agit également de donner aux soignants des méthodes et outils dans la gestion pratique des patients au quotidien. Elle peut cibler l'amont d'un épisode de crise, pour permettre de l'éviter ou l'épisode de violence, pour permettre une meilleure gestion de l'apaisement et ainsi ne pas être obligé d'en arriver à mettre en place une méthode de contrainte, considérée comme dernier recours possible (Blair et al., 2016 ; Fisher, 2003 ; Gaskin et al., 2007 ; Hellerstein et al., 2007 ; Laiho et al. 2012 ; Lewis et al. 2009 ; MCH, 2012 ; Scanlan, 2010 ; Wale et al., 2011).

Pour exemple, la formation « Oméga » est une des principales formations proposées en France. Elle a été mise en place par l'Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur des Affaires Sociales (ASSTSAS) au printemps 1997 suite à une demande d'un regroupement d'établissements à vocation psychiatrique. Cette formation de 4 jours est

basée sur 4 valeurs essentielles guidant le choix des interventions et des comportements lors d'un épisode de violence : la sécurité, le respect, le professionnalisme et la responsabilisation.

Ses objectifs pédagogiques sont :

- d'identifier les éléments à risque présents dans son milieu de travail ;
- de choisir et de prendre les dispositions de protection appropriées ;
- de sélectionner et d'appliquer le mode d'intervention verbale le plus approprié à l'agressivité exprimée ;
- de communiquer efficacement avec ses collègues pour la résolution de crise ;
- d'appliquer des techniques simples d'esquive et d'immobilisation ;
- avec comme ligne directrice, l'importance de limiter au maximum l'utilisation d'un contrôle physique sur le patient.

Dans la littérature internationale, d'autres formations sont mentionnées et ont globalement les mêmes objectifs pédagogiques que la formation « Oméga » avec toujours comme trame de fond : la réduction des moyens de contrainte physique. On peut citer par exemple le « Preventing and Managing Crisis Situations » (PMCS) (Fisher, 2003) qui enseigne les principes fondamentaux de la prévention de la crise et met en avant l'importance d'un soin centré sur le patient, prenant en compte les traumatismes passés. On peut également citer le « Mandt System » (Wale et al., 2011) qui enseigne l'utilisation d'alternatives graduées pour faire face à une situation de crise et travaille les compétences de désescalade de l'agressivité. Tous les deux sont utilisés dans l'état de New-York et ont été intégrés dans des programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention ayant montré leur efficacité.

La « English Modified De-Escalating Aggressive Behaviour Scale » (EMDABS) est une échelle intéressante, d'abord développée en Allemagne puis très récemment validée en anglais par Mavandadi et al. en 2016. C'est la seule échelle existante à l'heure actuelle permettant une évaluation qualitative des compétences de désescalade des soignants au travers de 7 items : valoriser le patient, réduire le sentiment de peur, interroger le patient sur ses demandes et son anxiété, servir de guide, trouver des compromis, garder son calme et trouver une distance relationnelle adéquate avec le patient. Cette échelle permet d'évaluer la gestion de la désescalade de l'agressivité par un soignant, de lui pointer ses points forts et ses défauts dans cette gestion. Elle vient également valider les progrès accomplis par un soignant au cours de deux évaluations distantes.

b. Différentes approches de gestion de crise

Selon la HAS, dans ses recommandations de 2016, la meilleure réponse à une montée des tensions dans une unité est l'anticipation de ces situations et la possibilité de les désamorcer. Il existe des stratégies de « désamorçage » dont l'objectif est de réduire le risque de violence grâce à la mobilisation de compétences de communication verbale et non verbale. On peut ainsi souvent éviter une escalade vers la violence et rétablir le lien avec le patient sans avoir recours à des mesures de contention ou d'isolement. Pour cela le pivot de l'intervention doit être la relation établie avec le patient et la reconnaissance de ce qui est perçu comme insupportable pour le patient. La capacité à être dans la communication est un facteur de protection contre l'émergence de la violence. Le « désamorçage » consiste à ce que le patient puisse reprendre pied dans une nouvelle situation où il ne se sent plus menacé, trouvant un appui solide chez un soignant qui lui permette de trouver des alternatives à la violence et de restaurer la relation à l'autre. La montée de la violence chez un patient n'est pas un phénomène instantané mais relève d'un processus contextuel qui se déroule dans le temps, dans lequel certaines étapes clés peuvent être reconnues. Le désamorçage consiste donc à repérer ces différentes étapes et à agir au bon moment, avec les bonnes attitudes et les bons termes dans une recherche d'apaisement.

Dans son outil « Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence » publié en 2016, la HAS décrit 4 temps essentiels qui peuvent être identifiés lors d'un épisode de tension chez un patient :

1. Un contexte initial : le patient à un moment particulier de son hospitalisation : histoire personnelle, évolution de sa maladie, histoire et liens avec le personnel et les autres patients...
2. Une montée de tension due à une circonstance extérieure : outre l'état du patient à cet instant, l'augmentation de la tension peut être favorisée par des demandes du patient auxquelles il n'est pas répondu de façon appropriée ou respectueuse des droits du patient : téléphone, cigarette, accès à la chambre et aux objets personnels... Dans les services de long séjour, les moments de tension surviennent le plus souvent quand la proximité entre les patients, ou entre patients et soignants est trop importante, ne préservant pas l'intimité du patient : lever, toilette, repas... Elle peut également être due à des

circonstances extérieures diverses, par exemple un parent qui annonce sa visite et ne vient pas, ou à un conflit avec un autre patient.

3. Une aggravation de la tension intérieure et de la souffrance du patient : dans ce contexte, les symptômes du patient peuvent s'aggraver (angoisse, idées de persécution...). Il exprime souvent un sentiment d'injustice, de perte de dignité qui entre en résonance avec un vécu pénible antérieur. Si sa souffrance n'est pas reconnue à ce stade, le passage à l'acte est imminent.
4. Le passage à l'acte : celui-ci pourra prendre des formes diverses et une intensité variable.

Une revue de la littérature américaine réalisée par le « Research Triangle Institute - University of North Carolina, Evidence Based Practice Center » (RTI-UNC EPC) a comparé l'efficacité des différentes approches de gestion de crise ayant pour but soit l'apaisement d'un comportement agressif, soit la réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention. Elle définit et compare trois stratégies différentes : la pratique habituelle (« Usual care »), l'évaluation du risque de violence individualisée pour chaque patient (« Risk assessment ») et la formation des équipes en amont d'un épisode de violence (« Staff training »). Les niveaux de preuves retrouvés étant au maximum « faibles », cette étude n'a pas réussi à mettre en évidence de différence significative entre ces différentes approches. Elle conclut donc qu'à ce jour, aucune stratégie n'apparaît plus efficace qu'une autre et que des recherches plus approfondies sont nécessaires pour guider les cliniciens, les administrateurs et les législateurs dans la recherche de la meilleure méthode à appliquer dans la gestion des épisodes de violence et dans la réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des unités de psychiatrie adulte.

F. Plan de soin individualisé, participation du patient et de ses proches aux soins

a. Entretien avec le patient après épisode de contrainte

L'utilité d'un entretien avec le patient ciblé sur l'épisode ayant mené à l'utilisation d'un moyen de contrainte par l'équipe soignante avec le patient était déjà mentionné dans les recommandations sur l'isolement et la contention de l'ANAES en 1998 et a été reprise dans

celles de la HAS de mars 2017. Les instances de santé internationales reconnues comme la JCAHO aux Etats Unis ou encore la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en Grande-Bretagne préconisent également dans leurs recommandations cet entretien avec le patient lorsqu'il a été contraint physiquement. Ce temps doit avoir lieu directement après un épisode de mesure de contrainte si le patient est accessible au dialogue et doit être réalisé avec les membres de l'équipe ayant participé à cette mesure. La Mental Health Commission, autorité de santé irlandaise, précise dans ses recommandations sur l'isolement et la contention (MHC, Seclusion and physical restraint reduction knowledge review and draft strategy, 2012) que cet entretien peut également se faire en présence de la famille ou des proches du patient.

Ce temps de débriefing avec le patient a une importance cruciale dans les stratégies de diminution de l'utilisation des méthodes de contraintes physiques. Il permet de :

- Prendre en compte des perceptions du patient concernant les facteurs environnementaux, internes, cliniques ou contextuels ayant mené à cet épisode de crise.
- Comprendre des éléments déclencheurs mais également ce qui a pu fonctionner dans la recherche de la désescalade de l'agressivité ou la violence selon le patient.
- Informer le patient sur les raisons de cette mesure et restaurer ou renforcer le lien thérapeutique avec lui au travers d'une pratique transparente.
- Informer le patient des objectifs thérapeutiques de cette mesure et des cibles thérapeutiques à atteindre pour éviter d'avoir recours à une nouvelle mesure de contrainte.
- Objectiver avec le patient l'intérêt thérapeutique ou non d'une telle mesure dans sa prise en charge globale.
- Favoriser la verbalisation par le patient de son comportement problématique, de ses ressentis et de ses symptômes cliniques avant l'épisode pour lui fournir un soutien tout en recontextualisant la nécessité de la mise en place de cette mesure à un temps donné.
- Identifier avec le patient les dysfonctionnements et ce qui aurait pu être fait ou dit en amont dans une recherche d'apaisement et dans un but d'éviter d'avoir à nouveau recours à l'isolement ou la contention.

- Travailler avec le patient sur les alternatives possibles et la personnalisation de la prise en charge en fonction de ses attentes afin de prévenir la récurrence de l'évènement.
- Mobiliser les aptitudes du patient à l'autocontrôle et à la verbalisation lors d'un prochain épisode.
- S'assurer que les droits fondamentaux du patient et son intégrité physique et mentale ont bien été pris en compte et respectés pendant toute la durée de la mesure (Ashcraft et al., 2008 ; Fisher, 2003 ; Gaskin et al., 2007 ; HAS, 2017 ; MHC, 2012).

Ce temps permet donc de reprendre et d'éclaircir avec le patient, lorsqu'il est accessible, l'épisode ayant mené à une mesure de contrainte physique. Il permet également aux équipes de comprendre ce qui a pu mener à cet épisode de crise et de repérer les éléments contextuels et cliniques futurs afin d'éviter une nouvelle mesure de contrainte. Dans une étude nord-américaine (Ashcraft et al., 2008), ces entretiens ont notamment pu permettre aux patients de pointer certains éléments déclencheurs qui apparaissent parfois comme des banalités dont l'équipe ne soupçonnait pas l'importance aux yeux des patients, comme par exemple un craving pour le tabac ou la réception d'un appel téléphonique.

Une trame détaillée de l'entretien à réaliser avec le patient après une mesure de contrainte a été publiée par la HAS dans ses recommandations de 2016 sur l'amélioration de la gestion de la violence (Outils 8 : Prise en charge d'un patient après un état d'agitation. Détaillé dans l'annexe 2).

La prise en compte, avec le patient, des différents facteurs ayant contribué à un épisode d'isolement ou de contention permet donc de repérer les signes annonciateurs d'un état d'agitation, d'assurer une prise en charge la plus efficace possible de cet état ainsi que de proposer des alternatives possibles aux mesures de contrainte ; tout ceci, par la mise en place de stratégies adaptées au patient en amont de la crise, a pour but de ne plus y avoir recours lors d'un épisode d'agitation ultérieur.

b. Participation des patients aux soins

Historiquement, le modèle français est un modèle paternaliste, dans lequel la bienfaisance et la protection du patient sont une priorité. Le consentement et le choix du patient concernant sa santé mentale sont parfois relayés au second plan lorsque l'on estime qu'il n'est pas apte à consentir. Le modèle anglo-saxon est plutôt fondé sur la justice et la liberté. C'est un modèle de consommation de soins dans lequel le patient usager peut faire ses propres choix de ce qui est bon pour lui ou non. Il suppose que le patient soit capable d'auto-détermination et il instaure une relation équilibrée entre soignants et patients.

L'implication du patient dans sa prise en charge est largement reprise dans les différents programmes ou textes abordant la réduction des mesures de contraintes. L'objectif est d'améliorer la qualité réelle ou ressentie des soins par le patient et de renforcer l'alliance thérapeutique dans un but d'apaisement global. Cela permet donc une diminution des comportements violents. Fisher et al soulignent dans leur étude de 2003, l'importance de la participation des patients dans la réalisation du programme de réduction de l'isolement et de la contention dans l'état de New-York. Visalli et al (2000) remarquent également que bon nombre de leurs initiatives efficaces sur la réduction des méthodes de contrainte et son maintien dans le temps, proviennent d'un partenariat avec les patients avec pour but l'amélioration globale de leurs prises en charge. La HAS, dans son outil « projet thérapeutique individualisé » de 2016, met en avant que l'alliance thérapeutique représente la « colonne vertébrale » du projet thérapeutique, en psychiatrie tout particulièrement. Même pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, la prise en charge doit s'appuyer sur la recherche de cette alliance thérapeutique. Le projet est construit avec le patient et tout doit être mis en œuvre pour construire les orientations avec lui. Il faut rechercher le consentement et l'adhésion mais aussi sa participation au jour le jour, en lien avec les réévaluations de la situation et l'évolution du projet thérapeutique régulières.

L'implication du patient dans les décisions concernant sa santé mentale peut se faire de manière informelle, dans le quotidien du service, en lui laissant la possibilité de faire des choix concernant sa prise en charge, ses sorties, ses traitements ou encore ses moyens d'apaisement efficaces. Elle peut également se faire lors de réunions formelles comme le met en avant Putkonen dans son étude de 2013, dans laquelle les patients des unités et les associations de patients ont été consultés régulièrement (une heure par semaine) sur leurs

propres expériences vis à vis de la violence et des moyens coercitifs, et de leurs avis sur les alternatives efficaces d'apaisement. Ils ont également suggéré de nouveaux moyens et pratiques visant à réduire la peur, la violence et la coercition et ont réfléchi avec le personnel soignant et les médecins sur les règles et les pratiques appliquées dans l'unité durant des réunions hebdomadaires (45 minutes). Les patients étant demandeurs de mettre en place des activités au sein de la vie du service, certains soignants se sont portés volontaires pour travailler avec eux une heure par semaine sur les projets possibles dans l'unité. Dans une étude américaine (Lewis et al., 2009), l'implication des patients aux soins se faisait également sous la forme d'une réunion quotidienne entre soignants et patients appelées « Daily safety focused community meetings » (ou « Réunions communautaires quotidiennes axées sur la sécurité »), durant laquelle les différents participants étaient amenés à discuter librement de l'impression de sécurité ou de danger au sein de l'institution. Les soignants pouvaient alors donner des consignes aux patients en cas d'impression de danger et les patients amenaient des idées d'amélioration de leurs prises en charge pour que tout le monde puisse se sentir en sécurité.

c. Accueil du patient et plan personnalisé des soins.

Les moments de violence sont souvent précédés de signes avant-coureurs qui diffèrent d'une personne à l'autre. De même, les circonstances déclenchantes de la violence sont spécifiques. Chacun a aussi des méthodes personnelles pour retrouver son calme. Associer le patient au repérage des signes précurseurs, des circonstances déclenchantes, et des stratégies d'apaisement efficaces permet de mieux prévenir et gérer les moments de violence (HAS, 2016).

L'objectif du plan personnalisé de soins est de pouvoir repérer, dès leur accueil, les patients potentiellement violents ou de repérer des situations à risque de violence. Il permet également de leur donner des solutions alternatives, personnalisées, tout en préservant la notion de choix, lorsqu'apparaît un épisode de tension ou d'agitation. Il se base sur des instruments et échelles permettant d'identifier les facteurs de risque de violence d'un patient au travers notamment de ses caractéristiques sociodémographiques, de ses antécédents psychiatriques ou traumatiques, des épisodes d'agitation, de violence, d'isolement ou de contention antérieurs. La personnalisation des soins permet également de pointer avec le

patient les éléments favorisant l'agitation ou la violence et ceux permettant leur apaisement et le retour au calme, qui sont a priori propres à chaque patient. La réponse en cas de crise sera donc la plus adaptée et personnalisée possible pour gagner en efficacité et éviter l'utilisation des mesures de contrainte comme réponse unique.

Différentes échelles peuvent être utilisées pour élaborer un plan personnalisé de soins. La « Broset Violence Checklist » a notamment été intégrée à un programme américain (Blair et al. 2016). Il s'agit d'une échelle de six items associés à un risque accru de violence (confusion, irritabilité, tension, menaces verbales, menaces physiques et violence contre des objets) avec un score allant de 0 à 6. D'abord rempli par un médecin à l'accueil du patient dans une unité puis de façon quotidienne par les infirmiers. Il a été rajouté à cette échelle, avec la permission des auteurs de la BVC, une liste des options d'interventions d'apaisement les plus efficaces pour chaque patient (désescalade verbale, activité thérapeutique, surveillance continue, diminution des stimulations, mesures de confort/apaisement et isolement / contention). Un autre programme nord-américain (Lewis et al., 2009) a développé un « Personal safety plan » (« Plan de sécurité personnalisée ») en prévention primaire, incluant la « Phipps Aggression Screening Tool » (Rohde, 2006). Cette échelle est utilisée par les infirmiers pour identifier les patients à risque au travers de leurs antécédents de violence, leur parcours judiciaire, la symptomatologie et le comportement actuels. La « HCR-20 » (Historical Clinical Risk-20) est citée dans les recommandations de 2016 de la HAS. Il s'agit d'une échelle d'évaluation semi-structurée du risque de violence chez un patient. Cette échelle n'a pas été validée en France mais peut être utilisée à titre indicatif et « à l'appui d'une démarche clinique rigoureuse permettant un passage en revue systématique des facteurs de risque ». Ces différentes échelles permettent donc une réponse précoce et individualisée, en amont d'un épisode d'agitation ou de violence mais également une communication avec une trace écrite entre les différentes équipes amenées à prendre en charge le patient.

Un programme finlandais (Putkonen et al., 2013) de réduction des méthodes de contrainte a quant à lui créé ses propres modèles d'évaluation et de personnalisation intitulés « Crisis prevention tools » (« Instruments de prévention de la crise »), dans lesquels sont inclus un questionnaire sur les expériences traumatiques passées du patient, sur ses antécédents de comportements violents ainsi qu'une liste de « gâchettes » ou de signes avant-coureurs à l'agitation et en miroir une autre liste d'activités ou de situations apaisantes. Le programme a également créé un plan de crise individuel dans lequel les infirmiers avaient pour consignes

d'utiliser les activités apaisantes lorsqu'un patient montrait des signes d'alerte. Les « Crisis Prevention Tools » étaient également révisés et développés après chaque épisode de crise dans un but d'optimisation.

Une étude nord-américaine (Hellerstein et al., 2007) a développé un questionnaire simple et intéressant, le « Coping Agreement Questionnaire » (CAQ) qui doit être rempli avec le patient lors de son admission à l'hôpital. Ce questionnaire permet de mettre en avant, avec le patient, les facteurs qui peuvent l'irriter ou lui faire perdre le contrôle de lui-même, ce qu'il fait quand il est agité (pleurs, claquer des portes, auto ou hétéro agressivité, cris...), et ce que peuvent mettre en place les équipes soignantes pour un apaisement efficace (verbalisation, mettre le patient au calme, travail de respiration, activité thérapeutique...). Ce questionnaire recueille également les directives anticipées du patient, en lui demandant ses préférences quant aux mesures de contrainte physique à utiliser en dernier recours lorsqu'il aura perdu le contrôle. Une section est également remplie à titre indicatif par les familles des patients concernant les méthodes efficaces d'apaisement qu'elles ont pu repérer. Ce questionnaire est, selon les auteurs de cette étude, une des deux interventions majeures, avec le ciblage institutionnel, ayant participé à la diminution significative de l'utilisation de l'isolement et de la contention au New York State Psychiatric Institute (NYSPI).

d. Implication des familles et proches

L'implication des familles dans le projet de soins n'est pas une pratique commune et admise par tous. La famille représente pourtant un atout majeur dans la prise en charge d'un patient et elle peut, par manque d'information et de transparence, avoir une vision très négative des soins et en particulier des mesures de contrainte physique. Leur implication permettrait alors une meilleure alliance thérapeutique et de connaître les ressources ainsi que les difficultés d'une famille face à la maladie psychiatrique de leur proche.

L'implication des familles et des proches est mentionnée en filigrane dans les différents textes mais n'est abordée que de manière très superficielle concernant la psychiatrie adulte. Elle apparaît de manière plus importante en pédopsychiatrie où les parents jouent un rôle majeur dans la prise en charge de leurs enfants. Ce thème est d'ailleurs cité dans les différentes recommandations internationales concernant la diminution des pratiques de l'isolement et de la contention mais le plus souvent pour la prise en charge d'enfants ou

d'adolescents. Aucune étude retrouvée dans cette revue ne s'est penchée sur l'efficacité de l'implication de la famille en psychiatrie adulte et il paraît donc intéressant d'étudier son impact chez des patients adultes hospitalisés.

IV - Alternatives à l'isolement et à la contention

Prenant en compte les dernières recommandations sur l'isolement et la contention de la HAS de mars 2017, il n'existe pas d'alternative à proprement parler pour ces mesures car elles sont considérées comme étant la pratique de dernier recours face à une violence imminente d'un patient. La notion de dernier recours implique qu'il n'y a alors plus d'alternative possible. L'isolement et la contention apparaissent donc comme les seuls choix dans de telles situations et les alternatives proposées dans ce chapitre sont des moyens à mettre en place en amont d'un épisode de crise dans un but d'apaisement mais ne pourraient en aucun cas remplacer la gestion du risque lié à un épisode de violence par les méthodes de contrainte physique.

A. Chambre d'apaisement

La chambre d'apaisement n'apparaît pas comme un point central des nouvelles recommandations de la HAS sur l'isolement et la contention de mars 2017. Un seul paragraphe est consacré à l'espace d'apaisement dans l'argumentaire scientifique servant de base à la rédaction des recommandations. Dans son outil 06 : « mise en place d'espace d'apaisement » publié dans ses recommandations de 2016, la HAS définit l'espace d'apaisement comme un espace dédié (souvent, une pièce) spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (autoagressifs ou hétéroagressifs). Les patients accèdent librement à cet espace de manière volontaire, dans le respect du cadre défini pour son utilisation.

Un espace d'apaisement n'est donc pas une chambre d'isolement ; il n'est pas non plus à proprement parler une « alternative » à l'isolement et à la contention, car son utilisation est volontaire et doit intervenir de manière précoce, en amont de la crise.

Même si les données de preuves sur l'impact de la mise en place d'espaces d'apaisement sont encore peu nombreuses, surtout en psychiatrie adulte, les multiples expériences en pédopsychiatrie par exemple, suggèrent l'existence d'effets positifs, notamment de réduction du recours à la contention et à l'isolement par la diminution des actes de violence. Elles permettent de dégager des enseignements par leur mise en œuvre (HAS, 2016, New York State Office of Mental Health, 2009).

Selon la définition donnée par le St Lawrence Psychiatric Center (HAS, 2017), la chambre d'apaisement est une chambre d'isolement dont la porte n'est pas fermée lorsque le patient est présent et qui est située à proximité du bureau infirmier. Elle est conçue pour procurer un espace de faible stimulation et une absence d'interactions interpersonnelles afin de permettre une diminution de la tension. La chambre d'apaisement peut contenir des objets, qui ne peuvent pas être facilement cassés ou lancés. Cependant, elle ne doit pas contenir d'objets dangereux, de liens, de crochets, de vitres pouvant être cassées ou tout autre objet pouvant être utilisé pour se suicider ou s'automutiler. Les objets qui peuvent permettre une diminution de la tension doivent être disponibles comme des poufs, matelas, musique, coussins, variateur d'intensité lumineuse, livres et magazines, etc.

Les objectifs de la mise en place d'un espace d'apaisement sont de :

- proposer aux patients des solutions pour faire face aux moments de tension interne entraînant des risques de violence et des occasions d'apprendre à prévenir eux-mêmes la montée de la violence ;
- donner aux professionnels un outil concret de prévention de la violence et de réduction des mesures de contention et d'isolement.

B. Espace Snoezelen

Le concept d'espace « Snoezelen » ou stimulation multi sensorielle contrôlée a été inventé aux Pays Bas par deux hollandais, Verhuel et Hulsegge, prenant en charge des personnes atteintes de déficiences intellectuelles dans les années 1970. Le mot « Snoezelen » est la contraction de « Snueffelen » (renifler, sentir) et de « doezelen » (sommoler). On pourrait traduire ce terme par les notions d'exploration sensorielle, de détente et de plaisir. Proposée depuis de nombreuses années dans le cadre du handicap et du polyhandicap, cette approche se développe maintenant dans les secteurs gériatrique et psychiatrique. Il s'agit

concrètement d'espaces spécialement aménagés dans lesquels l'environnement est conçu dans un but d'apaisement au travers de la stimulation sensorielle. Il fait appel aux cinq sens : l'odorat, le goût, l'audition, la vue et le toucher (Snoezelen France, 2017).

Le « Snoezelen » est utilisé principalement en pédopsychiatrie ou en gérontopsychiatrie et commence à faire son apparition en France dans les prises en charge en psychiatrie adulte. La HAS n'a d'ailleurs jamais publié de recommandations concernant les espaces « Snoezelen » en psychiatrie.

Très peu d'études rigoureuses ont été réalisées sur les espaces « Snoezelen », et aucune d'entre elles ne s'attache à la psychiatrie adulte générale. Elles se sont penchées sur des populations précises telles les enfants, les adolescents, les personnes présentant un retard mental, un autisme, des infirmités d'origine cérébrale ou les personnes âgées souffrant de démence.

C. Chariot confort

Les chariots confort (« Comfort carts ») sont utilisés dans les unités ne disposant pas de suffisamment d'espace pour créer une chambre d'apaisement. Il s'agit d'un chariot transportant une multitude d'activités thérapeutiques ou de relaxation qui peut être proposé au patient ou amené à sa demande dans un endroit calme de l'unité (Lewis et al, 2009). Il doit être utilisé dans un but d'apaisement en amont d'une crise, tout comme les chambres d'apaisement et ne constitue donc pas une alternative à l'isolement.

Le chariot confort est cité dans la littérature mais à ce jour, aucune étude ne s'est penchée sur l'efficacité de son utilisation.

D. Couverture confort

La couverture confort est abordée de façon anecdotique dans un des textes retenus dans ce travail (Visalli et al., 2000). Il s'agit d'un dérivé de la technique du « packing » utilisé en pédopsychiatrie. L'application volontaire d'une couverture autour de soi réduit l'anxiété et rétablit les frontières. C'est une option positive et confortable, particulièrement pour les personnes ayant subi des abus sexuels ou physiques qui peuvent se sentir à nouveau victimes lorsqu'elles sont placées sous contention

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'utilisation de l'isolement et de la contention est une atteinte grave aux droits fondamentaux des patients, alors même que son efficacité n'est pas démontrée scientifiquement. La recrudescence de leur utilisation pose alors question, dans un système de soins français où le respect du droit et de la liberté du patient devient une priorité. Certains pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni, les pays Nordiques ou encore l'Islande ont fait de la diminution de ces pratiques une priorité. Le départ nécessaire de cette diminution semble être un cadre législatif précis et des recommandations émanant d'une autorité de santé nationale pour uniformiser les pratiques. Nous ne disposons pas de suffisamment de recul pour évaluer l'impact de la loi du 26 janvier 2016 et des nouvelles recommandations de la HAS de mars 2017 sur l'isolement et la contention. En effet, aucune donnée statistique n'est encore disponible suite à l'application de ces cadres réglementaires et légaux. Des programmes de diminution de ces pratiques existent dans le monde et ont montré leur efficacité au travers d'études rigoureuses. L'un des éléments les plus significatifs dans ces programmes semble être le ciblage institutionnel de cette problématique. La pratique de la psychiatrie en France ne pourra se modifier que si l'institution en fait une priorité et engage de l'énergie, du travail et des fonds dans ce sens. La formation des équipes soignantes aux interventions de crise et à la désescalade apparaît également comme essentielle car elles sont en première ligne au contact des patients dans la gestion de la violence et donc dans l'utilisation ou non des méthodes de contrainte. Cette diminution d'utilisation n'apporte pas de contrepartie négative comme il pourrait être imaginé. Au contraire, elle permet une amélioration de l'alliance thérapeutique et a également des aspects positifs au sein même des équipes soignantes et de leur qualité de vie au travail. Ces pratiques coûtent cher et leur diminution pourrait permettre une réduction des coûts de prise en charge des patients hospitalisés. Les sommes économisées pourraient alors être réinjectées dans un système de soins plus respectueux des libertés, sans contrainte physique, en favorisant les alternatives à l'hospitalisation temps plein, la formation des soignants et l'amélioration des locaux.

Très peu d'études en France se sont intéressées à ces pratiques, nous ne disposons pas d'évaluation sur le sujet. Chaque pays a ses particularités et l'application stricto sensu d'un programme étranger en France ne semble pas être une bonne solution. La création, la mise en place, puis l'étude de l'efficacité d'un programme à l'échelle d'un établissement, d'une

région ou de la France apparait comme un travail novateur et intéressant. Une réflexion commence tout juste à émerger dans ce sens dans les hôpitaux psychiatriques français.

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandations du CGLPL (rapport de 2016 : isolement et contention dans les établissements de santé mentale) :

- Principes :
 - Tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des approches alternatives à une mesure de contrainte physique. Si en dernier recours, la décision d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention doit être prise, les modalités de sa mise en œuvre doivent garantir au mieux le respect des droits des patients.
 - L'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits notamment au regard du risque de banalisation ainsi que celui d'une insuffisante traçabilité.
 - Le port du pyjama et le retrait des effets personnels en chambre d'isolement ne doivent pas être systématiques mais être justifiés cliniquement.
 - Il doit être mis fin au caractère systématique de pratiques d'isolement, qu'il s'applique aux personnes détenues, à l'entrée dans une unité de soins ou à toute autre situation.
- Traçabilité :
 - Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique doit être renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention mise en œuvre, quel que soit le lieu de prise en charge de la personne concernée.
 - Toute décision d'isolement ou de contention doit être documentée dans le dossier patient : l'établissement doit pouvoir apporter la preuve du caractère de dernier recours de la mesure.
 - Les informations collectées par les établissements doivent faire l'objet d'une consolidation régionale et nationale, ce qui nécessite la création d'un système d'information cohérent et intégré.
- Droits des patients :
 - L'information de la personne concernée doit être assurée au moment de la prise de décision d'isolement ou de contention avec la remise d'un support

écrit précisant ses droits ainsi que les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure. Ces informations doivent être affichées dans la chambre d'isolement.

- Les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention doivent être précisées au sein de chaque établissement et affichées dans toutes les chambres d'isolement et sur le support écrit de notification des droits remis à la personne. Elles doivent être communiquées à la personne de confiance, aux parents d'un mineur ou à tout proche informé à la demande du patient concerné.
- Décision médicale :
 - La décision médicale d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne, et en prenant en compte, autant que faire se peut, l'avis des membres de l'équipe soignante.
 - La décision doit être motivée afin de justifier du caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure ; les informations sur l'état clinique du patient lors de la décision doivent être explicitées.
 - La décision doit préciser ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise en dernier recours.
 - Dès la prise de la mesure, les professionnels de santé concourant à la prise en charge du patient concerné doivent rechercher, dans un cadre pluridisciplinaire, les moyens de la lever dans les plus brefs délais.
 - Aucune décision de contrainte physique ne peut être prise par anticipation ou avec l'indication « si besoin ».
- Suivi et surveillance :
 - La durée d'une mesure de contrainte physique doit être la plus courte possible et ne saurait dépasser la situation de crise ; en toute hypothèse il ne saurait être possible de prolonger, sans une nouvelle décision également motivée, l'isolement au-delà de vingt-quatre heures et la contention au-delà de douze heures.
 - Un examen médical biquotidien de toute personne soumise à une contrainte physique doit être garanti.

- Le séjour en chambre d'isolement ou la contention doivent être régulièrement interrompus par des sorties de courte durée à l'air libre ; seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier l'impossibilité des sorties et doivent alors être explicitées.
- Conditions matérielles :
 - L'architecture des chambres d'isolement doit garantir des conditions de séjour correctes en termes de superficie, luminosité, accès à l'eau et aux sanitaires, etc. L'aménagement de ces chambres doit être favorable à l'apaisement et permettre de disposer d'une literie de qualité avec la position allongée tête relevée possible ; il doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes et offrir la possibilité de visualiser une horloge. Un équipement télévisuel et musical doit pouvoir y être utilisé en toute sécurité.
 - Les dispositifs de vidéosurveillance en chambre d'isolement doivent être proscrits car ils portent atteinte à la dignité et à l'intimité. Ils ne sont, de plus, pas nécessaires si la présence soignante est adaptée à la clinique de la personne.
 - Toute personne placée en chambre d'isolement ou sous contention doit toujours avoir accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement.
 - Les personnes placées en chambre d'isolement doivent pouvoir recevoir leurs visiteurs dans des conditions respectueuses.
- Formation du personnel :
 - Le développement de la recherche médicale et soignante sur les pratiques professionnelles préventives doit être suscité dans le but de réduire le recours à des mesures d'isolement et de contention.
 - La formation des médecins, des soignants et des équipes notamment sur la violence et sur les droits fondamentaux des patients doit être renforcée.
 - Un troisième cycle en soins doit être organisé afin de permettre aux soignants infirmiers de développer une expertise clinique reconnue.
- Prévention :

- Les activités thérapeutiques et occupationnelles doivent être développées au sein des services de psychiatrie pour réduire l'ennui et les tensions.
- Les règles de vie au sein des unités doivent être diffusées aux patients pour éviter les situations d'arbitraire propices à l'émergence des situations à risque.
- Une présence soignante adaptée aux spécificités des unités de soins et des patients qui y sont hospitalisés doit être garantie.

Annexe 2 : HAS, 2016 - Outils 8 : Prise en charge d'un patient après un état d'agitation. En cas de recours à une mesure d'isolement et/ou de contention : vécu et déroulement de la période d'isolement et/ou de contention et gestion de la sortie de l'isolement et/ou de la contention.

A - Compréhension et vécu de la mesure

1. Savez-vous pourquoi l'équipe soignante a considéré que vous aviez besoin d'une mise en isolement et/ou d'une mesure de contention ?
2. Quel est, de votre point de vue, la raison de votre mise en isolement ou de la contention ?
3. L'équipe vous a-t-elle expliqué les raisons de votre mise en isolement ou de la contention ? Si oui, qu'en avez-vous retenu ?
4. Considérez-vous que la durée de l'isolement / contention était appropriée ?
5. Pensez-vous que vous auriez pu réintégrer plus tôt l'unité avec les autres patients ?
6. Merci de nous dire ce que vous avez ressenti lors de la mise en isolement et/ou en contention et pendant toute la durée de la mesure.

B - Respect de la dignité/bienveillance/maltraitance

1. Avez-vous été traité avec respect au cours de votre isolement ou contention ? Si non, pouvez-vous nous expliquer ce qui s'est passé ?
2. Votre intimité et votre dignité ont-elles été préservées au cours de votre isolement ou contention ? Si non, pouvez-vous nous expliquer ce qui s'est passé ?

3. Avez-vous subi des blessures ou des dommages physiques ? Si oui, pouvez-vous nous dire ce qui s'est passé ?
4. Avez-vous bénéficié de soins d'hygiène quotidiens ? Si non, pouvez-vous nous expliquer ce qui s'est passé ?

C - Aides pendant la phase d'isolement et/ou de la contention : durant la période où vous étiez placé en chambre d'isolement ou sous une mesure de contention physique :

1. Que pensez-vous des soins qui vous ont été prodigués ?
2. Avez-vous bénéficié d'un passage régulier d'un membre de l'équipe ?
3. Vos besoins ont-ils été pris en compte ?
4. L'équipe soignante aurait-elle pu faire quelque chose d'autre pour vous afin de faciliter votre apaisement ? Si oui, quoi ?
5. L'équipe vous a-t-elle expliqué quelle évolution de votre état pourrait conduire à mettre un terme à la mesure d'isolement et/ou de contention ? Si oui, que vous a-t-elle dit ?
6. Y a-t-il eu une intervention de l'équipe soignante qui vous a aidé pendant la phase d'isolement et/ou de contention ? Si oui, laquelle ?
7. Quelle est celle qui vous a le moins aidé ?
8. Comment aurions-nous pu faciliter votre retour dans l'unité ?
9. Comment avez-vous perçu le déroulement du temps pendant cette période ? Avez-vous eu des difficultés pour vous repérer dans le temps ?
10. L'équipe soignante a-t-elle été à votre écoute ?
11. Avez-vous vu suffisamment le médecin ?
12. Votre traitement médicamenteux vous a-t-il aidé à vous apaiser ?

D - Proposition d'aide

1. Y a-t-il quelque chose que nous puissions faire pour vous aider à vous remettre de cet événement ?

Annexe 3 : Coping Agreement Questionnaire – New York State Psychiatric Insitute (Hellerstein et al., 2007)

Patient's Name (Last, First, M.I.)

Sex _____ Date of Birth _____

Unit/Ward No.

Hospitalization can be a stressful time. Therefore, the nurse interviewer would like to find out the best ways to care for you in case you become upset and you need help dealing with your emotions. We are asking you to answer a few questions to help us assist you. Please keep the staff informed about how you are feeling at all times.

1. What upsets you and/or causes you to lose control?

- Being Tired Too much noise
- Being Hungry Feeling lonely
- Having visitors Not having visitors
- Being touched Feeling rejected
- Not being able to go home Other: _____

2. What have you done when you were upset or lost control?

- Cry Throw things
- Withdraw Hit people
- Slam doors Strike out
- Hurt myself Yell
- Other: _____

3. If I am about to lose control, please try the following things to help me calm down.

- Talk with me Help me get involved in another activity
- Allow me to sit quietly by myself in a room Give me medicine
- Have me deep breathe Other: _____

4. Family recommendations:

If at any time, your emotional state puts you or others in an unsafe situation, and the information you have given us has not helped you gain control of yourself so that you are safe, staff will intervene by using an alternative intervention. A physical intervention will only be used as a protective method to help keep you or others safe. Once you have gained control, staff will once again review your treatment plan and coping agreement with you. Together we will make any necessary changes in your treatment.

5. The following questions will be asked if clinically indicated: Not clinically indicated

A. As a last resort, in a crisis situation which treatment would you prefer?

Seclusion Restraint No Preference

B. If either seclusion or restraint is used, do you wish to have your family/significant other notified?

Yes No

Patient's Signature: _____ Date :

Nurse's Signature: _____ Date :

Treating Physician's Signature: _____ Date :

Revision History: Place (X) if the revision is after seclusion/restraint; also document debriefing meeting in the progress notes.

Date: _____ Revision ()_ _____ Staff Signature :

Date: _____ Revision ()_ _____ Staff Signature :

Date: _____ Revision ()_ _____ Staff Signature :

BIBLIOGRAPHIE :

Haute Autorité en Santé. 15 programmes d'amélioration des pratiques. Violence en hospitalisation psychiatrique. 2016

Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social Psy and Psy Epidem* 2007;42(9):747-52.

Pettit SA, Bowers L, Tulloch A, Cullen AE, Moylan LB, Sethi F, et al. Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *J of Advanced Nurs* 2017;73(4):966-76.

Ministry of Health New South Wales. Aggression, seclusion and restraint in mental health facilities in NSW. Sidney: MoH NSW; 2012.

Gagnon M-P, Desmartis M, Dipankui MT, Gagnon J, St-Pierre M. Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the Elderly: Perspectives of Service Users and Family Members. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research* 2013;6(4):269-80.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Analyse de l'activité hospitalière 2015.

Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Serv* 2003;54(8):1119–1123.

Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Serv* 2009;60:231-239.

Bowers L, Hammond N, James K, Quirk A, Robson D, Stewart D. Characteristics of acute wards associated with the presence of a psychiatric intensive care unit, and transfers of patients to it. *J of Psy Intensive Care* 2012;8(2):66-77.

Laiho T, Kattainen E, Åstedt-Kurki P, Putkonen H, Lindberg N, Kymä J. Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review: Clinical decision making in use of S/R. *J of Psy and Mental Health Nurs* 2013.

Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Serv* 2013;64(9):850–855.

Lewis M, Taylor K, Parks J. Crisis Prevention Management: A Program to Reduce the Use of Seclusion and Restraint in an Inpatient Mental Health Setting. *Issues in Mental Health Nurs* 2009;30(3):159-64.

Currier GW, Farley-Toombs. Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. *Psychiatric Serv* 2002;53:138

Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA. Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2004;31(6):449–463.

Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J of Psy Pract* 2007;13(5):308–317.

Celse, *De Medicina*. Traduit par Henri Ninnin 1753

Mavandadi V, Bieling PJ, Madsen V. Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'. *J of Psy and Mental Health Nurs* 2016;23(6-7):357-68.

Fisher WA. Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *J of Psy Pract* 2003;9(1):7–15.

Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric Serv* 2008;59(10):1198-202.

Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nurs Econ* 2008;26(5):325-30.

Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. 1998; <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>

Betemps EJ, Somoza E, Buncher CR. Hospital characteristics, diagnoses, and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Hosp and Community Psy* 1993;44:367–371.

Statistics Iceland. Health personnel 1981-2015 in Island. Number of nurses in 2015 in Iceland. http://px.hagstofa.is/pxen/pxweb/en/Samfelag/Samfelag__heilbrigdismal__heilbrigdisthjonusta/HEI04101.px/table/tableViewLayout1/?rxid=042414c2-85f8-4183-bc32-33a0e80aa229

Van Der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M, Bowers L. Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views: Improving seclusion practice. *J of Psy and Mental Health Nurs* 2013;20(3):203-15.

Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psy and Psy Epidem* 2010;45(9):889-97.

Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psy and Psy Epidem* 2010;45(9):889-97.

Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *The Brit J of Psy* 2007;191(4):298–303.

Scanlan JN. Interventions To Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings: What We Know So Far a Review of the Literature. *Int J of Social Psy* 2010;56(4):412-23.

Haute Autorité de Santé (HAS). Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations pour la pratique clinique. 2017; [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement et contention en psychiatrie generale - recommandations 2017-03-13 10-13-59 378.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf)

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 du Code de la Santé Publique.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 72 et Article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique.

Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838.

Baratta A. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte Partie I Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). *Perspectives Psy* 2009;48(3):278-85.

KLEIN G, KÖNIG D. Mesures de contrainte à l'hôpital psychiatrique, perspective clinique. In: *Swiss Medical forum*. 2016. p. 137–144. Disponible sur: <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2016/06/fr/fms-02567.pdf>

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). *Moyen de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes* 2017.

Wieman DA, Camacho-Gonsalves T, Huckshorn KA, Leff S. Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Serv* 2014;65(3):345–351.

Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, Tapp A. Organizational and Unit Factors Contributing to Reduction in the Use of Seclusion and Restraint Procedures on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatric Quart* 2007;78(1):73-81.

Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. *L'Encéphale* 2004;30(1):32–39.

Allentown State Hospital Policy Memorandum A-124, Psychiatric Emergency Response Plan, Allentown State Hospital, Allentown, Penn, 2002.

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France 2015.

Contrôleur Général des lieux de privation de liberté. Rapport thématique : isolement et contention dans les établissements de santé mentale 2016

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, (DREES). Rapport sur les professions de santé au 1er janvier 2016.

Sullivan AM, Bezmen J, Barron CT, Rivera J, Curley-Casey L, Marino D. Reducing Restraints: Alternatives to Restraints on an Inpatient Psychiatric Service - Utilizing Safe and Effective Methods to Evaluate and Treat the Violent Patient. *Psychiatric Quart* 2005;76(1):51-65.

Visalli H, McNasser G. Reducing seclusion and restraint : Meeting the organizational challenge. *J Nurs Care Qual* 2000;14:35–44.

Colton D, Xiong H. Reducing Seclusion and Restraint : Questionnaire for Organizational Assessment. J of Psy Pract 2010;16(5):358-62.

National Association of State Mental Health Program Directors: Medical Directors Council. Reducing the use of seclusion and restraint, part I: Findings, strategies and recommendations [NASMHPD web site] 1999.

National Association of State Mental Health Program Directors: Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use [NASMHPD web site] 2006.

Wale JB, Belkin GS, Moon R. Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services: Improving patient-centered care. Perm J. 2011;15(2):57–62.

Boumans CE, Egger JIM, Souren PM, Hutschemaekers GJM. Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach: Reduction in the Use of Seclusion. Int J of Mental Health Nurs 2014;23(2):161-70.

D’Orio BM, Purselle D, Stevens D, Garlow SJ. Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. Psychiatric Serv 2004;55(5):581–583.

Blair EW, Woolley S, Szarek BL, Mucha TF, Dutka O, Schwartz HI, et al. Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. Psy Quart 2017;88(1):1-7.

Journal Officiel du 21 avril 2015, Assemblée Nationale, Réponse à la Question écrite n° 52832 de M. Patrice Carvalho (Député de l’Oise). [http://www2.assemblee-nationale.fr/deputes/documents_parlementaires/\(offset\)/100/\(id_omc\)/OMC_PA754/\(type\)/Questions/\(scope\)/serviceRechercheAN/\(searchtext\)/*](http://www2.assemblee-nationale.fr/deputes/documents_parlementaires/(offset)/100/(id_omc)/OMC_PA754/(type)/Questions/(scope)/serviceRechercheAN/(searchtext)/*)

Health Care Financing Administration. Restraint and Seclusion: HCFA Rules for Hospitals 1999.

Murphy T, Bennington-Davis M. Restraint and seclusion: the model of eliminating their use in healthcare. Marblehead, MA: HCPro, Inc.; 2005.

Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, et al. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1202–7.

Busch A. B. et Shore M. F. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harvard Rev of Psy* 2000;8:261-270.

Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, et al. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Persp in Psy Care* 2012;48(1):16-24.

Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin H-M, Altendor A, Altendor RJ, et al. Special section on seclusion and restraint: Pennsylvania State Hospital System's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Serv* 2005;56(9):1115–1122.

LeBel J, Goldstein R. Special section on seclusion and restraint: The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Serv* 2005;56(9):1109–1114.

Gaynes B, Brown C, Lux L. Strategies To De-escalate Aggressive Behavior in Psychiatric Patients. 2015.

Janssen W, Noorthoorn E, Linge R van, Lendemeijer B. The influence of staffing levels on the use of seclusion. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30(2):118-26.

Wynaden D., Chapman R., McGowan S., et al. Through the eye of the beholder: to seclude or not to seclude. *Int J of Mental Health Nurs* 2002;11, 260–268.

Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Caille et Ravier, 1800.

Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, Martin A. Two year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatric Serv* 2003;54:987–993

SERMENT MEDICAL

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

