



HAL
open science

La chambre d'isolement en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie : réflexions cliniques et revue de la littérature

Sophie Pechberty

► **To cite this version:**

Sophie Pechberty. La chambre d'isolement en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie : réflexions cliniques et revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01769234

HAL Id: dumas-01769234

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01769234>

Submitted on 17 Apr 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 211

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La chambre d'isolement en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie :
réflexions cliniques et revue de la littérature

Présentée et soutenue publiquement
le 3 octobre 2017

Par

Sophie PECHBERTY

Née le 7 septembre 1988 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Lola Forgeot, PH

Jury :

M. Le Professeur Patrick Hardy, PU-PH Président

Mme Le Professeur Catherine Jouselme, PU-PH

M. Le Professeur Bernard Golse, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Je tiens à remercier le Dr Forgeot qui a dirigé cette thèse pour son soutien et son écoute.

Elle a permis, par ses conseils et sa relecture attentive, que ce travail aboutisse.

Je remercie le Professeur Hardy d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Je remercie le Professeur Golse qui a accepté de faire partie de ce jury.

Je remercie le Professeur Jusselme d'avoir accepté de faire partie de ce jury. J'ai eu la chance de passer par l'institution qu'elle dirige, la Fondation Vallée. Ce semestre a été riche d'enseignements.

Je remercie tous les professionnels avec lesquels j'ai travaillé au cours de mon internat.

Je remercie les patients que j'ai croisé au fil des stages, qui n'ont de cesse de m'étonner.

Je remercie mes parents pour leur soutien sans faille, et Clément pour m'avoir supporté tout au long de l'écriture de cette thèse!

La thèse étant l'aboutissement des études de médecine, il me faut remercier Alia Bizos qui a été là tout au long de ce parcours qui a commencé il y a maintenant 10 ans.

Une pensée à tous les co-internes que j'ai croisé au cours de mon internat et avec lesquels j'espère garder des liens tant professionnels qu'amicaux.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
I PREMIERE PARTIE	7
I.1 APERCU HISTORIQUE DE L'ISOLEMENT.....	7
I.1.1 Antiquité, Moyen âge et Renaissance	7
I.1.2 XVIIIème siècle: l'avènement de l'asile.....	8
I.1.3 XXème siècle.....	9
I.2 ASPECT JURIDIQUE.....	10
I.2.1 Evolution législative en France	10
I.2.2 Rapport concernant les pratiques d'isolement et de contention	12
I.2.3 Loi du 26 janvier 2016	14
I.3 RECOMMANDATIONS	15
I.3.1 Recommandation de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL)....	15
I.3.2 Recommandation de la Haute Autorité de Santé.....	17
I.3.3 Isolement et pédopsychiatrie	19
I.3.4 Vers un encadrement des pratiques	21
I.4 THEORIES DE L'ISOLEMENT	21
I.4.1 La théorie de Gutheil.....	21
I.4.2 La contenance	23
I.4.2.1 La contenance psychique individuelle.	24
I.4.2.1.a Wilfred Bion: la fonction alpha.....	24
I.4.2.1.b Esther Bick: la peau psychique.....	25
I.4.2.1.c Donald Winnicott: le holding.....	25
I.4.2.1.d Didier Anzieu: le Moi-Peau.....	26
I.4.2.1.e Didier Houzel: la bisexualité psychique.....	28
I.4.2.2 La contenance institutionnelle.....	29
I.4.2.2.a Didier Houzel: l'enveloppe institutionnelle	30
I.4.2.2.b René Kaes: la fonction conteneur.....	30
I.4.2.2.c Roger Misès: la cure institutionnelle.....	31
I.4.2.3 Contenance et chambre d'isolement.....	32
I.4.3 Isolement et théorie de l'attachement	34
II DEUXIEME PARTIE	37
II.1 Hanae	37
II.2 Monsieur B	48
II.3 Mme L.....	55
III TROISIEME PARTIE	59
III.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....	60
III.1.1 A l'international	60
III.1.2 En France	61

III.2	FACTEURS INFLUANT SUR LES PRATIQUES D'ISOLEMENT	63
III.3	VECU DES PATIENTS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT.....	67
III.3.1	Le vécu émotionnel	67
III.3.2	Vécu de la prise en charge.....	69
III.3.3	Perception de l'efficacité de la mesure d'isolement.....	70
III.3.4	L'information	70
III.3.5	Entretien de débriefing.....	71
III.4	PROTOCOLES EXISTANTS.....	72
III.5	L'ISOLEMENT EN PEDOPSYCHIATRIE	75
III.5.1	Prévalence	75
III.5.2	Facteurs prédictifs.....	76
III.5.3	Des pratiques en voie de diminution?.....	77
III.5.4	En France	78
III.6	VERS UNE EVOLUTION DES PRATIQUES	83
IV	QUATRIEME PARTIE	87
	CONCLUSION.....	94
	BIBLIOGRAPHIE	96
	ANNEXE 1.....	104
	ANNEXE 2.....	105

INTRODUCTION

" Le dimanche matin, il faut que tu fasses le tour des isos et que tu les renouvelles. Tu ne lèves jamais une iso le week-end".

" On vous prévient qu'on a mis un patient en iso et qu'il faudrait juste que vous passiez signer la feuille".

" Pourquoi elle est en iso?" " Parce qu'elle fumait dans sa chambre".

" On a un patient qui arrive en SDRE: on prépare la chambre d'iso?".

" Docteur, est ce que je peux aller dans la chambre d'iso? Je me sens pas en sécurité ici, avec les autres".

La première fois que j'ai été appelée pour prescrire la mise en chambre d'isolement d'un patient, je me suis sentie démunie. Démunie face à la violence du patient, face à la violence que représentait l'isolement, démunie car ne sachant pas comment me positionner en tant qu'interne. En commençant ce cursus, je ne m'étais certes pas imaginée qu'isoler un être humain dans une chambre contre sa volonté pouvait faire parti du métier de psychiatre. Ce malaise face à la chambre d'isolement ne m'a jamais quitté. Je me suis rendue compte au cours de mon internat que ce malaise était partagé par d'autres co internes, mais également par certains soignants et par des médecins. J'ai rencontré des professionnels qui se réclamaient "anti chambre d'isolement" et d'autres qui considéraient cet espace comme nécessaire à l'exercice de la psychiatrie. J'ai pu observer qu'un temps d'isolement pouvait être bénéfique à certains patients, dans le sens où cet espace les protégeait, les apaisait, alors que d'autres le vivaient comme un enfermement pur et simple. Et enfin, même si les protocoles d'isolement se ressemblent d'un établissement à l'autre, j'ai pu entrepercevoir comment cet espace est utilisé par un service d'une manière qui lui est propre, mais que jamais la chambre d'isolement ne laissait indifférent.

L'utilisation de l'isolement amène plusieurs niveaux de questionnements: clinique, institutionnel mais également éthique. Comme en témoignent les quelques phrases entendues au cours de mon parcours et citées en exergue, il semble que cela tienne au paradoxe inhérent à cet espace: lieu sécuritaire ou lieu de soins?

Ce travail de thèse est une tentative de mise en mot de ce qu'a été mon expérience pendant l'internat, un essai de compréhension et d'analyse de cette pratique à travers différents modèles théorico-cliniques.

Force est de constater que la chambre d'isolement en psychiatrie n'interpelle pas que les professionnels de santé mais aussi la société civile. En 2016, la contrôleuse générale des lieux de privation de libertés s'indigne publiquement des pratiques d'isolement et de contention du Centre Psychothérapeutique de l'Ain qu'elle qualifie de "honteuses" et "attentatoires aux droits de l'homme et du citoyen". Les médias s'emparent de la question (voir l'article du journal Libération du 25 mars 2016 qui s'intitule "Psychiatrie: l'enfer derrière les portes"). C'est dans ce climat tumultueux que parait la loi du 26 janvier 2016 relative à l'isolement et la contention en psychiatrie. Parallèlement, la Haute Autorité de Santé publie pour la première fois des recommandations de bonnes pratiques concernant l'isolement et la contention. Plus que jamais, les professionnels de la psychiatrie sont appelés à réfléchir sur leurs pratiques.

Après un bref aperçu historique, nous nous intéresserons à l'aspect juridique et aux recommandations relatives au recours à la chambre d'isolement en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Nous explorerons ensuite les théories de l'isolement en tant que soin. Dans une deuxième partie, nous présenterons trois vignettes cliniques qui feront émerger des questions autour de l'utilisation de cet espace. Dans une troisième partie, nous partirons de ces questions pour exposer, au travers d'une revue de la littérature, les données actuelles concernant certains aspects de la chambre d'isolement.

Enfin, nous présenterons les résultats de l'évaluation des pratiques professionnelles relatives à l'espace de repos sécurisé à la Fondation Vallée et nous tenterons de dégager des indicateurs pertinents en vue d'une future recherche sur les pratiques d'isolement au sein de cet établissement.

I PREMIERE PARTIE

I.1 APERCU HISTORIQUE DE L'ISOLEMENT

I.1.1 Antiquité, Moyen âge et Renaissance

L'utilisation de l'isolement et de la contention comme moyen de maîtrise des malades mentaux agités et violents existe depuis l'origine du traitement des maladies mentales. Dès l'Antiquité, des auteurs tels que Célius Auréliens recommandent "d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après" (Friard, 2002). Célius Aurelien reprend les idées de son maître Soranos d'Ephese, médecin grec du IIème siècle après J-C, qui recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser. A l'opposé de cette conception privilégiant la relation avec le malade, Celse estimait qu'un traitement brutal permettait de faire sortir les malades de leur maladie. Cette dichotomie repose sur deux conceptions radicalement opposées de la maladie mentale: le malade est soumis à un mal qui doit être extirpé par tous les moyens chez Celse, chez Soranos, le malade conserve son statut de sujet capable de converser sur des questions qui l'intéressent.

Au moyen âge, le malade mental est pris en charge par sa famille ou par le voisinage. M. Collée et Cl. Quételet citent à cet égard l'ancienne coutume de Normandie, qui statue sur l'emprisonnement des forcenés, lesquels doivent être surveillés et garrottés, que leur dangerosité soit potentielle ou avérée :

LXXIX. – De forcenés.

Se aucun est hors du sens, et il occist ou mehaine ung homme par sa forsenerie, il doit estre mis en prison, et estre soustenu du sien ; ou l'en luy doibt pourveoir des communes omosnes, s'il n'a de quoy il puisse estre soustenu. Se aucun est en telle manière forsené, que l'en le doye doubter que de sa forcenerie il ne trouble le pays, ou par feu ou par aucune chose qui soit contraire au commun salut, il doibt estre lié, et gardé par ceulx qui ont ses choses, qu'il ne mesface à nulluy ; et s'il n'a rien, tout le voesiné doibt mettre conseil et aide du sien, à refréner sa forcenerie.

La contention permet alors de protéger le malade de lui même ainsi que ses proches. Elle peut être utilisée à titre préventif, afin d'empêcher le forcené de troubler l'ordre public. Ce sont les proches qui devront alors le contenir et s'en occuper. Le fou errant,

sans famille, va quant à lui être isolé de la société en étant exclu à la lisière des villes, et s'il se montre agité, ira en prison (Quétel, 2009).

C'est en 1656 avec la création de l'hôpital général que commence la période que Foucault appellera "le Grand Renfermement". Institution de l'Ancien régime, l'hôpital général a pour vocation d'enfermer les mendiants. Initialement conçus comme des lieux de "redressement moral", ils deviendront des lieux d'exclusion sociale où l'on retrouve des prostituées, des vagabonds et des aliénés. Le fou est ainsi isolé de la société et assigné à une place de déviant (Foucault, 1972).

I.1.2 XVIIIème siècle: l'avènement de l'asile

La révolution Française de 1789 va remettre en cause l'arbitraire royal et interdire les lettres de cachet permettant l'incarcération immédiate de tout civil sur ordre du roi. Il s'agira de différencier l'insensé du prisonnier ordinaire afin qu'il puisse être pris en charge au sein d'institutions spécifiques. Deux hommes vont jouer un rôle capital dans la naissance de l'asile et l'avènement de la psychiatrie : Philippe Pinel et Jean-Étienne Dominique Esquirol.

Pinel, qui a "libéré les fous de leurs chaînes" à l'hôpital Bicêtre en 1793, fait de l'aliénation mentale une maladie psychique. Au terme d'insensé se substitue celui d'aliéné. Il publie en 1801 le traité médico philosophique sur l'aliénation mentale, dans lequel il jette les bases du traitement moral des aliénés. Esquirol, reprenant les idées de son maître Pinel, va faire de l'isolement l'un des concepts centraux du traitement moral. Il en définit la fonction dans son Mémoire sur l'isolement des aliénés: " l'isolement des aliénés consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs ; en l'entourant d'étrangers ; en changeant toute sa manière de vivre. L'isolement a pour but de modifier la direction vicieuse de l'intelligence et des affections des aliénés ; c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile, pour combattre les maladies mentales". La création des asiles au début du 19ème siècle s'inscrit dans cette démarche d'isolement du malade de son environnement. Cet isolement n'est pas considéré comme une mesure coercitive ou punitive, mais comme une mesure thérapeutique. (Lantéri-Laura, 1996)

La loi de 1838, dite "loi sur les aliénés", vient répondre à l'ambition de cette discipline émergente qu'est l'aliénisme. Elle ordonne à chaque département français de se doter

d'un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés. Elle instaure deux formes d'hospitalisation sans consentement: le placement volontaire et le placement ordonné par l'autorité publique. L'aliéné n'est donc plus considéré comme un fauteur de troubles qui doit être enfermé avec les vagabonds, les criminels et autres personnes marginales sur ordre du roi ou du juge. Il doit être pris en charge au sein des asiles, isolé de son environnement et soigné par le traitement moral. Il faudra attendre cent cinquante deux ans pour qu'une nouvelle loi vienne moderniser le texte de 1838.

Au sein des ces établissements publics de santé , les "cellules" destinées à isoler le malade agité font partie intégrante du décors, souvent regroupées au sein des "quartiers d'agités". L'usage de la contention et de l'isolement se généralise en Europe et aux Etats Unis. En Angleterre, le mouvement du no-restraint initié par Conolly proscrit l'usage de la contention et de la camisole mais pas de l'isolement du malade agité qui doit lui permettre de lui même de retrouver son calme (Friard, 2002).

I.1.3 XXème siècle

Après le traumatisme de la seconde guerre mondiale et le décès de plus de 40000 malades , de jeunes psychiatres vont tenter de repenser leur pratiques en s'appuyant sur diverses disciplines comme la philosophie, la politique mais aussi les nouvelles formes de psychothérapie comme la psychanalyse. C'est l'ère de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur. Ces mouvements désaliénistes vont développer une approche critique des conditions de vie et de traitement des malades au sein de l'institution psychiatrique. Un texte de Lucien Bonnafé s'intitulant "Réflexion sur l'isolement thérapeutique" est à ce titre très éclairant. Il pose la question de "la persistance des appareils carcéraux au sein des établissements psychiatriques malgré leur condamnation" et pointe l'amalgame entre thérapie et répression quant il s'agit d'isoler un patient agité. Bonnafé montre que l'architecture asilaire des services est un des facteurs qui contribue au maintien de ces pratiques: "Mon expérience et toutes celles que j'ai pu étudier d'assez près montrent au contraire que, dans les cadres classiques et notamment avec les effectifs de personnel habituels, il est impossible de donner aux techniques d'isolement un sens vraiment thérapeutique, au contraire, elles sont surtout pathogènes, pour les malades individuellement, et pour le service, par le phénomène bien connu de la "réaction en chaîne". Et encore, "la présence de deux cellules, dans ces conditions de fonctionnement, en exige 4, 4 en exige 8... et ainsi de

suite." Dans ce texte, Bonnafé différencie la réclusion des malades agités dans les cellules de l'asile, de l'isolement qui permet de "substituer temporairement à un mode de vie où les rapports avec autrui se font essentiellement avec les autres malades, un temps pendant lequel c'est un infirmier qui assumera entièrement le rôle de l'autrui." Il insiste sur le fait que, pour avoir du sens, la pièce d'isolement doit être incluse dans un service fonctionnant avec "d'authentiques pratiques collectives et une véritable vie sociale". Il discute par la suite ce qui pourrait constituer l'indication de mise en isolement et écrit que "l'indication est à discuter sur un double plan : problème thérapeutique propre au malade (rôle curatif de l'isolement) et problème du service (nécessité de sauvegarder un climat tolérable en isolant les malades perturbateurs)". De même, si l'on part du principe que l'isolement pourrait avoir un effet curatif, il devrait être discuté, comme tout autre traitement, la posologie, les contre indications etc (Bonnafé, 1949).

Dans les années 90, on assiste à plusieurs phénomènes qui vont de nouveau changer le visage de la psychiatrie: la disparition de la filière de formation spécifique d'infirmiers de secteur, l'intérêt pour la psychiatrie Nord-Américaine et des classifications des troubles mentaux qui donnent une autre place au symptôme, le développement de la recherche en neuroscience. Au début du vingtième et unième siècle, l'émergence de discours sécuritaire de la part de certaines personnalités politiques va entraîner la multiplication de chambres d'isolement au sein des hôpitaux psychiatriques. Paradoxalement, le droit des patients devient une des préoccupations premières en médecine et en psychiatrie, le patient étant considéré comme un usager et un partenaire de soins. Si les pratiques telles que la contention ou l'isolement semblent faire débat au sein de la communauté médicale, elles représentaient jusqu'à présent un tabou au niveau de l'espace social et politique. Les choses semblent changer ces dernières années, comme en témoigne la parution de nombreux articles et émissions de télévisions portant sur les conditions d'hospitalisation des patients en psychiatrie. La récente loi qui vient encadrer les pratiques de contention et d'isolement s'inscrit dans ce contexte.

I.2 ASPECT JURIDIQUE

I.2.1 Evolution législative en France

Depuis 1838, de nombreuses découvertes ont influé sur la pratique psychiatrique. On peut citer tour à tour l'avènement de la psychanalyse au début du 20ème siècle, la

découverte de la Chlorpromazine en 1952 et le développement des psychotropes, la naissance de la psychothérapie institutionnelle et du secteur psychiatrique, qui abat les murs des asiles et permet la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux au plus proche de leur environnement.

Différentes lois vont venir encadrer les nouvelles pratiques psychiatriques et définir les droits des patients. On peut citer:

- **Loi du 27 juin 1990**, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Cette loi vient réglementer les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie et garantir les droits des malades hospitalisés.
- **Loi du 5 juillet 2011** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Elle introduit la notion de soins sans consentement et permet un contrôle des conditions d'admission et d'hospitalisation sans consentement par le juge des libertés et de la détention. Cette loi renforce les droits des patients, notamment l'information sur leurs droits et les voies de recours qui leurs sont ouvertes.

L'évolution des textes de lois vient mettre en lumière l'évolution de la conception des soins et du statut du malade. On passe de l'aliéné, isolé au sein des asiles et devant se soumettre au traitement conduit par l'aliéniste, au patient, véritable "partenaire de soins" du psychiatre. La reconnaissance du droit des patients, droit qui doit s'appliquer même lorsqu'une hospitalisation se déroule sous la contrainte, vient interpellier la personne du psychiatre sur la justification et la légitimité de sa pratique.

Pour autant, il est intéressant de noter que ces textes de lois restent muets sur l'encadrement des pratiques de mesures coercitives comme l'utilisation de la chambre d'isolement ou la contention.

Jusqu'en 2016, on ne trouvait que deux circulaires traitant de l'isolement, circulaires qui ne pouvaient faire office de référentiel légal au même titre qu'un texte de loi.

- **La circulaire du 15 mars 1960** s'intéresse à l'architecture des hôpitaux psychiatrique dans ses aspects les plus concrets. Le deuxième chapitre recommande la création de chambres protégées afin de permettre l'isolement

momentané d'un malade: " Le système de la "cellule" a été abandonné dans la majeure partie des hôpitaux psychiatriques. Il ne répond plus aux nécessités, ni aux possibilités du traitement des malades mentaux. Les cellules encore existantes sont à supprimer, pour tenir compte de l'évolution des thérapeutiques modernes" (Friard, 2002)

- **La circulaire du 19 juillet 1993**, dite "circulaire Veil", précise les principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
 - " les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clé, ni a fortiori dans des chambres verrouillées ".
 - " 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".
 - " il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation ". Un patient en soin libre ne peut par conséquent être isolé ni contentonné. Si l'état clinique du patient impose de telles mesures, il sera nécessaire de transformer l'hospitalisation libre en soins sous contrainte.

I.2.2 Rapport concernant les pratiques d'isolement et de contention

Au vide juridique français concernant l'encadrement des mesures coercitives au sein des établissements de santé mentale, on opposait jusqu'à présent les recommandations de différents organismes internationaux.

- **Le Comité Européen pour la prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains** aborde cette question: il rappelle que la mise en chambre d'isolement et la contention sont « des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aigue». Lors de la visite du Comité en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, celui-ci a appelé les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation ancienne, visant à ce que le recours à l'isolement et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet

effet dans chaque service. Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances et les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel (Rapport relatif à la visite effectuée en France par le CPT, 2010).

- **Une résolution de l'Organisation des Nations Unies de 1991** prévoit que « la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui », rappelant le caractère de dernier recours de la mesure de contention. L'ONU insiste également sur l'importance de l'inscription écrite des décisions encadrant la mesure de contention. « Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. » « Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte ou d'isolement d'office » (résolution 46/119 de l'ONU, 1991).
- En 2004, le **Conseil de l'Europe** édicte une recommandation relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en précisant le principe de restriction minimale : « Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui » (Conseil de l'Europe, 2004).

I.2.3 Loi du 26 janvier 2016

Jusqu'à la promulgation de la loi du 26 janvier 2016, le législateur français, malgré l'intérêt de certains rapports, dont celui du député Denys Robiliard remis en décembre 2013 à l'Assemblée nationale, n'avait pas réglementé le recours à l'isolement et à la contention.

L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé donne un cadre juridique aux pratiques d'isolement et de contention en insérant un nouvel article au sein du Code de la santé Publique:

« Art. L. 3222-5-1. – 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.

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

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

Cette loi vient clarifier les contours juridiques des pratiques de mesures coercitives dont le recours à la chambre d'isolement.

Jusqu'à présent, la mise en chambre d'isolement d'un patient souffrant de troubles psychiatriques était consécutive à la prescription d'un médecin. Le médecin était soumis au code de Déontologie médicale, à l'éthique professionnelle, et pouvait se référer aux

recommandations élaborées en 1998 par l'ANAES sur les indications et les contre indications à la mise en chambre d'isolement. Le législateur ne réglementait pas les pratiques professionnelles et le recours à la contrainte, le juge ne pouvait intervenir qu'en cas de saisine d'une personne s'estimant victime d'un abus et une grande liberté décisionnelle était laissée au psychiatre et à l'institution.

Eric Pechillon analyse dans son article le renversement opéré par la loi de 2016: le législateur se fait le garant des droits fondamentaux de l'individu en position de vulnérabilité et/ou de dépendance vis à vis de l'institution qui le prend en charge, et organise "une forme de renversement de la charge de la preuve vers les professionnels de santé". Le soignant n'est plus présumé agir dans l'intérêt du patient et doit expliciter et argumenter les motifs qui le conduisent à prendre la décision d'isoler. Le choix du terme "décision" et non pas de "prescription" comme étant à l'origine de la mise en chambre d'isolement implique que l'utilisation d'une telle mesure n'est pas nécessairement thérapeutique et en fait un acte administratif individuel unilatéral et donc soumis aux exigences du droit commun (Pechillon, 2017). Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté pointe d'ailleurs dans son rapport que "toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le tribunal administratif" (CGLPL, 2013). En exigeant la présence d'un "dommage immédiat ou imminent", la loi insiste sur la nécessité de n'utiliser ces pratiques que dans un contexte d'urgence et oblige à circonstancier toute décision d'isoler. La notion de "dernier recours" permet au législateur de s'assurer que les professionnels de santé ont envisagé et mis en oeuvre d'autres alternatives à l'isolement avant de prendre cette décision. Cette loi s'inscrit dans une volonté de réduire ces pratiques.

I.3 RECOMMANDATIONS

I.3.1 Recommandation de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL)

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. "Le CGLPL s'assure ainsi que les droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique ou à ne pas être

soumis à un traitement inhumain ou dégradant sont respectés. Il lui revient également de veiller à un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité, notamment en matière de droit à la vie privée et familiale, au travail et à la formation, d'accès aux soins, ainsi qu'à la liberté d'expression, de conscience et de pensée. De même sont examinées les conditions de travail des personnels et des intervenants car ces dernières peuvent avoir des conséquences directes sur le traitement des personnes privées de liberté" (Hazan, 2017).

Mme Hazan, nommée en 2014, a publié un rapport portant sur l'isolement et la contention au sein des établissements de Santé mentale. Ce rapport fait suite à huit années de visite sur le terrain de l'hôpital psychiatrique. Il vise à établir des recommandations adressées aux professionnels de la santé mentale quant au respect des droits des personnes hospitalisées.

Mme Hazan met en évidence dans son travail une diversité des pratiques selon les services, mettant ainsi en lumière la discordance de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie sur la question délicate de la légitimité de ces pratiques d'isolement et de contention. Elle note un défaut d'information du patient et de son entourage lorsqu'une indication d'isolement ou de contention est posée, malgré l'atteinte aux droits fondamentaux que de telles mesures représentent. Les dysfonctionnements institutionnels pouvant mener à une augmentation de l'utilisation de ces mesures sont également analysés.

Au terme de ce rapport, qui peut être qualifié d'accablant pour les professionnels de la psychiatrie, le CGLPL élabore un ensemble de recommandations. Après avoir rappelé que la décision d'isolement ou de contention ne doit être prise qu'en dernier recours, le CGLPL insiste sur quelques points fondamentaux:

- L'information du patient sur les modalités de cette prise en charge, et l'information sur ses droits de recours contre la décision d'isolement ou de contention.
- La nécessité d'arguments cliniques justifiant de telles mesures et la fin des prescriptions "si besoin".

- Un suivi et une surveillance rapprochée, avec un entretien de débriefing dès la levée de l'isolement ou de la contention.
- L'établissement de registre de recueil de données relatives à ces pratiques et un meilleur engagement de chaque établissement de santé en vue de réduire ces pratiques.
- Les conditions matérielles adéquates à la chambre d'isolement, et notamment une horloge, un dispositif d'appel.
- L'amélioration de la formation des médecins et des autres professionnels de santé.
- L'amélioration de la prévention, notamment par des activités thérapeutiques au sein des services, un règlement intérieur clair et affiché, une présence soignante adaptée aux unités de soins

I.3.2 Recommandation de la Haute Autorité de Santé

La HAS a élaboré en mars 2017 des recommandations pour la pratique clinique concernant l'isolement et la contention en psychiatrie générale. Devant la recrudescence du recours à l'isolement et à la contention, avec des disparités entre les établissements voire les services, la HAS insiste sur la nécessité d'encadrer ces pratiques si singulières. Elle incite fortement tous les lieux susceptibles d'utiliser l'isolement et/ou la contention à engager une réflexion sur l'utilisation qu'ils en font. La définition de l'isolement que propose la HAS est la suivante:

Isolement : Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

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

étapes sont réalisées par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

Les indications de l'isolement sont restreintes: prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou envers autrui, réponse à une violence immédiate.

Les contre-indications ne sont pas détaillées dans ce texte. Il est rappelé que "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." Concernant les contre-indications somatiques, la HAS écrit qu'une attention particulière doit être portée sur l'état clinique, celui-ci pouvant être incompatible avec une mesure d'isolement ou pouvant entraîner des risques. Une évaluation du rapport bénéfice risque est alors recommandée. Cela concerne les "affections organiques non stabilisées, insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique".

Le recours à l'isolement n'intervient qu'après des mesures alternatives moins restrictives, et à condition qu'elles aient été inefficaces (prise d'un traitement, stratégies de désescalades...). Si le patient est demandeur d'une mesure d'isolement, cette demande doit être évaluée au regard de la clinique et de la réponse la plus appropriée.

Le texte détaille ensuite les modalités de mise en oeuvre de telle mesure:

- Le psychiatre initie la décision d'isolement ou doit confirmer dans l'heure qui suit la décision d'une équipe soignante de placer un patient en chambre d'isolement.
- Un examen clinique doit systématiquement avoir lieu ainsi qu'une discussion avec l'équipe soignante sur les raisons cliniques ayant nécessité le recours à l'isolement, des pratiques alternatives moins restrictives employées.
- A l'initiation de la mesure, il est recommandé que l'utilisation soit limitée à 12 heures. Si l'état de santé du patient ne permet pas la levée de la mesure d'isolement, elle doit être reconduite et argumentée dans le dossier pour 12 heures. En cas de prolongation, la prescription doit être renouvelée toutes les 24 heures. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- Une surveillance de l'état psychique doit avoir lieu au moins toutes les heures. L'état cardio respiratoire doit être vérifié (prise des constantes) par l'équipe

soignante selon la prescription médicale.

- Les mesures d'isolement comme réponse systématique à des comportements à risque sont à proscrire.
- Les professionnels doivent s'interroger sur les causes sous jacentes à ces comportements.

Les recommandations insistent sur l'information donnée au patient sur les raisons motivant la décision d'isolement et les critères permettant sa levée. Il est recommandé de demander au patient si il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche.

Le temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle est recommandé à l'issue d'une initiation d'isolement. Ce temps est pensé comme un espace de réflexion sur la clinique du patient, de réflexivité sur les pratiques, d'expression du vécu soignant. Une analyse à la levée de la mesure d'isolement avec le patient doit permettre de le soutenir émotionnellement, de lui fournir un espace pour exprimer son vécu de la mesure, identifier avec lui les facteurs déclenchants les comportements ayant entraîné la mesure d'isolement et ainsi l'aider à les prévenir.

Enfin, le recueil obligatoire des données concernant toutes les mesures d'isolement et de contention ordonné par la loi doit permettre aux établissements de santé de développer une réflexion sur ces pratiques et de mettre en place une politique visant à leur diminution. Cette politique doit s'appuyer sur une présence soignante pluriprofessionnelle dans les unités de soins, adaptée aux besoins d'une prise en charge basée sur la relation. Elle s'étaye, notamment pour les nouveaux diplômés, sur un programme de formation à la clinique et à la psychopathologie ainsi que sur des formations à la prévention de la violence et à la désescalade. Les critères d'évaluation de cette politique doivent être définis par les établissements. Ils devraient comprendre notamment: nombre de soignants formés à la désescalade, nombre d'évaluations des pratiques professionnelles, protocoles spécifiques, etc.

I.3.3 Isolement et pédopsychiatrie

Si la HAS encourage la réflexion sur les pratiques d'isolement dans tous les services ayant recours à cette mesure, les présentes recommandations ne semblent pas applicables telles quelles aux services de pédopsychiatrie. Il n'existe pas à ce jour en

France de recommandations de bonnes pratiques concernant spécifiquement l'isolement des patients mineurs hospitalisés. Une enquête nationale réalisée entre avril 2003 et avril 2004 portant sur les pratiques des secteurs de psychiatrie infanto juvéniles disposant de lits d'hospitalisation à temps plein montre que la plupart des services utilisent l'isolement thérapeutique: 80% des services hospitalisant des adolescents et 65% des services hospitalisant des enfants de moins de 13 ans y ont recours (Welniarz, 2007). Ce n'est donc pas une pratique marginale. Il faut se tourner du côté des Etats-Unis pour trouver des "Guidelines" concernant l'isolement des patients hospitalisés en pédopsychiatrie.

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry a publié en 2002 des recommandations concernant la prévention des comportements agressifs ou violents au sein des institutions pédopsychiatriques (AACAP, 2002). Le recours à l'isolement est évoqué.

Les indications proposées pour l'utilisation de l'isolement sont au nombre de trois:

- Enfant présentant un comportement dangereux pour lui et pour les autres.
- Risques de désorganisation du programme de traitement ou de dommages sérieux sur les objets.
- Tentatives « de désescalade » de la violence ou visant à encourager l'enfant à se contrôler lui-même non praticables.

L'AACAP précise parallèlement des contre-indications :

- Utilisation de l'isolement ou de la contention comme une punition.
- Utilisation pour résoudre un problème d'emploi du temps.
- Utilisation par du personnel non formé.
- Lorsque cela peut compromettre l'état du patient.

Elle détermine également des durées maximales en fonction de l'âge des patients :

- Moins de 9 ans : 1 heure.
- De 9 à 17 ans : 2 heures.
- Au-delà de 17 ans : 4 heures.

Les auteurs différencient l'isolement (seclusion) de la pause (time-out).

Time out : la porte de la chambre n'est pas fermée.

- Soit volontairement de la part de l'enfant dans une tentative d'autocontrôle,
- Soit indiqué par un adulte : temps approximatif 30 minutes.

La famille du patient doit être informée de la mesure d'isolement. Un entretien de débriefing doit suivre la levée de la mesure ainsi qu'une discussion avec l'équipe de soin.

I.3.4 Vers un encadrement des pratiques

On constate depuis quelques années l'émergence d'une volonté d'encadrer les pratiques d'isolement et de contention dans les services de psychiatrie. Les scandales récents concernant des établissements de santé mentale, largement médiatisés, mais aussi le constat d'une augmentation du recours à l'isolement en France participent à ce climat ambiant.

La loi de janvier 2016 vient combler partiellement le vide juridique existant autour de ces pratiques coercitives. En imposant la tenue d'un registre référençant l'utilisation de l'isolement et de la contention, le législateur a clairement exprimé la volonté de voir ces pratiques sortir de l'ombre.

Les nouvelles recommandations de la HAS s'inscrivent également dans ce climat. Le patient, véritable partenaire de soins, doit être informé et son vécu doit être pris en compte. Le travail institutionnel autour de l'utilisation de la chambre d'isolement, tant au niveau de l'équipe soignante d'un service que des établissements est mis au premier plan. Le psychiatre, décisionnaire de la mesure, doit inscrire dans le dossier patient les raisons ayant motivées sa décision. Le recours à une telle mesure coercitive ne peut dès lors se faire sans arguments cliniques et sans préciser quels effets sont attendus de l'isolement.

Nous allons à présent nous interroger sur les différentes théories qui sous-tendent l'utilisation de la chambre d'isolement.

I.4 THEORIES DE L'ISOLEMENT

I.4.1 La théorie de Gutheil

Dans son article de 1978, Gutheil propose une base théorique concernant l'apport thérapeutique de la chambre d'isolement qui repose sur trois principes:

- Contenance: la chambre d'isolement permet de restreindre les mouvements du patient devenu incontrôlable ("out of control") au sein d'un espace sécurisant où il ne peut se faire du mal ni faire du mal aux autres. Cette sécurité apporterait ainsi un sentiment de réassurance au patient.
- Isolement: la chambre d'isolement restreint les interactions du patient avec les autres. L'interprétativité des paroles et des actes d'autrui, le vécu paranoïde de l'environnement, la difficulté à gérer ses émotions participent à l'installation d'une anxiété massive chez le patient qui ressentirait alors un soulagement d'être mis à l'écart des autres qu'il peut percevoir comme des persécuteurs. La chambre d'isolement est une première petite superficie avec laquelle se familiariser. C'est une première étape avant de se familiariser avec des espaces plus grands (par des sorties progressives d'isolement) avant de pouvoir réintégrer le service.
- Diminution de l'intensité des stimulations sensorielles: En phase aigüe de sa pathologie, un patient serait hypersensible aux stimulations extérieures (sons, lumière) ce qui participe à entretenir une tension interne. La chambre d'isolement en réduisant les stimulations au minimum permettrait ainsi au patient de s'apaiser (Gutheil, 1978).

Dans cette théorie, les facteurs extérieurs environnementaux (stimulations sensorielles, cognitives...) sont considérés comme des facteurs de stress auxquels le patient serait soumis. Le stress est un phénomène naturel et physiologique. Il implique une réponse adaptative à un stimulus sur les plans comportemental, psychologique et physiologique (Esch, 2010). La réponse de l'organisme à un facteur de stress met en jeu différents circuits neurobiologiques. L'état d'anxiété et d'agitation témoignerait ainsi d'une impossibilité pour le patient de mobiliser ses capacités d'adaptation. La diminution des facteurs de stress va contribuer à la diminution de l'anxiété, de la tension interne et lui permettre de retrouver le contrôle de lui-même. C'est donc la chambre d'isolement en elle-même, en tant qu'isolement sensoriel notamment, qui serait thérapeutique.

Certains patients bipolaires font part rétrospectivement de l'hypersensibilité aux stimulations extérieures quand ils racontent leur expérience en état maniaque, hypersensibilité sensorielle mais aussi hypersensibilité dans la relation à l'autre. Ainsi, une patiente que nous avons pris en charge, régulièrement hospitalisée à l'occasion de décompensation maniaque, relate dans l'après coup "Tout fait sens, tout est

interprétable, c'est à la fois excitant et terriblement angoissant". Cette patiente avait d'ailleurs l'habitude de faire la demande auprès de son psychiatre d'aller immédiatement en chambre d'isolement, ne serait ce que pour quelques heures, quand elle arrivait à l'hôpital dans cet état. L'isolement en tant qu'apaisement sensoriel se fait aujourd'hui en chambre d'isolement dans la majorité des services. Les chambres d'apaisement, en tant qu'espace ouvert mais calme et dont le design est pensé au service de cet apaisement, pourraient également constituer un outil de prévention auprès de patients par exemple en état maniaque, et éviter que l'excitation ne dégénère en agitation.

I.4.2 La contenance

En psychanalyse, la notion de contenance est liée à la notion d'enveloppe psychique. Comme le rappelle A. Ciccone, l'enveloppe psychique n'est pas un objet mais une fonction. La "fonction enveloppe est une fonction de contenance qui consiste à contenir et à transformer" (Ciccone, 2001). En psychiatrie, la notion de contenance est étroitement associée à la chambre d'isolement. On entend régulièrement dans les services que l'isolement va "contenir la désorganisation d'un patient", va pouvoir "restaurer les limites". Delphine Moreau, sociologue, a choisi de s'appuyer sur l'observation d'un service d'hospitalisation de psychiatrie pour étudier "la manière dont les professionnels soignants d'un secteur psychiatrique rendent compte du recours à la contrainte et en définissent les limites de façon à écarter la qualification de violence, qui menace notamment toute contrainte jugée illégitime" et comment ils articulent la contrainte à un enjeu de soin. Dans son travail, elle s'est particulièrement attachée à relever dans les discours la façon dont les équipes justifiaient le recours à la chambre fermée. Elle note l'emploi fréquent du verbe "contenir" et tout le lexique qui lui est associé. Elle met en lumière les apories, les failles de cette articulation entre le recours à la contrainte et le projet de soin. La référence à la contenance vient, selon l'auteure, déplacer le questionnement associé à l'emploi d'une mesure coercitive et à son aspect potentiellement sécuritaire, la chambre d'isolement n'étant évoquée que dans une dimension thérapeutique (Moreau, 2011).

Nous nous sommes interrogés sur cette notion de contenance, sa définition et ses applications cliniques. Nous tenterons de comprendre en quoi ce concept pourrait s'appliquer à la chambre d'isolement.

I.4.2.1 La contenance psychique individuelle.

Divers auteurs ont contribué à l'émergence de la notion de contenance au travers de leur expérience clinique. Nous allons nous pencher sur certains d'entre eux qui peuvent éclairer de façon singulière notre propos.

I.4.2.1.a Wilfred Bion: la fonction alpha

Dans son ouvrage "Aux sources de l'expérience", Bion introduit la notion de fonction alpha. Cette fonction opère sur les "impressions des sens et des émotions" qui envahissent le bébé dès la naissance. A l'origine, le bébé est en proie à des sensations chaotiques et confuses qui le font réagir. Ces vécus sensoriels et émotionnels bruts sont nommés éléments-bêta. Source d'expérience désagréable, le bébé va les projeter au dehors. La mère va recevoir ces éléments-bêta, les détoxifier, les mettre en mot (tu es en colère, tu as faim...) et soulager cette détresse. C'est cette sorte de reformulation opérée par la mère que Bion appelle fonction-alpha. Pour lui, la fonction-alpha permet la transformation des éléments-bêta projetés en éléments-alpha, qui peuvent être "digérés" et rendus disponibles à la pensée de l'enfant. Ces éléments-alpha sont accessibles au refoulement car "détoxiqués", dépouillés d'angoisses archaïques, et vont ainsi favoriser un processus d'apprentissage à partir de l'expérience émotionnelle. La fonction alpha est une fonction symbolisante qui permet à l'enfant de se représenter la "chose" qu'il ressent, et de développer par la pensée sa propre fonction contenant. Cela permet également le développement de ce qu'on nommerait aujourd'hui la "capacité d'insight".

La mère est, dans cette perspective, le premier objet contenant pour le bébé. On perçoit que pour assurer cette fonction-alpha, la mère doit être dotée de certaines caractéristiques et notamment, dit Bion, d'une "capacité de rêverie" qui lui permet de recevoir les éléments-bêta projetés sans se sentir menacée. En l'absence de cette fonction-alpha chez la mère, le bébé réintrojecte les éléments-bêta et sa détresse première va devenir ce que Bion appelle "une terreur sans nom".

Pour Bion, il y aurait chez les patients psychotiques un manquement ou une absence de fonction-alpha contenant. Les vécus émotionnels, sensoriels, corporels sont sous formes de données brutes, "non digérées", comme les éléments-bêta. Le patient, envahi par une excitation sensorielle chaotique qu'il ne peut transformer en "pensée", se coupe de tout contact avec la réalité environnante. Ces éléments ne peuvent pas être

transformés en expérience et sont susceptibles d'être utilisés dans des mécanismes d'identification projective, l'autre devenant un mauvais objet persécuteur.

1.4.2.1.b Esther Bick: la peau psychique

En 1960, dans un article intitulé "L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces", Esther Bick décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé. A partir de son expérience clinique et de son observation des bébés, elle stipule que "les différentes parties de la personnalité chez le jeune enfant sont ressenties comme n'ayant aucune force liante entre elles et doivent de ce fait être tenue passivement ensemble grâce à la peau faisant office de limite". Le besoin d'une contenance apparaît chez le bébé comme la recherche d'un objet qui peut tenir l'attention et lui permettre d'expérimenter la sensation d'être un tout. Pour Esther Bick, l'objet contenant initial est le "mamelon dans la bouche" accompagné des soins et de l'attention maternelle. Cet objet contenant est éprouvé comme une peau. A l'inverse, le défaut de contenance, ne permet pas le développement de cette peau psychique et conduit à des angoisses de non-intégration. On observe alors des conduites d'agrippement sensoriel (recherche compulsive de sensation) ou au développement d'une "seconde peau" psychique qui se substitue au contenant-peau défaillant. Cette seconde peau peut être de nature musculaire (hypertonie) ou motrice (agitation, excitabilité). Cette seconde peau, construite pour tenter de circonscrire les angoisses de non intégration, permet de remplacer la dépendance du bébé à l'objet par une pseudo indépendance. Des comportements comme l'agitation chez le jeune enfant, ou bien une attitude en faux self ("seconde peau intellectuelle utilisée de manière défensive contre les expériences émotionnelles", nous dit A. Ciccone) peuvent être interprétées en ce sens. A l'opposé, les angoisses de nature psychotique, de morcellement, de liquéfaction, peuvent être comprises comme l'absence de cette peau psychique, étayée sur la relation à la mère ou construite après-coup. La fonction contenante servant à unifier les différentes parties du Self fait ici défaut.

1.4.2.1.c Donald Winnicott: le holding

Winnicott s'est intéressé au développement affectif du nourrisson. Il fait l'hypothèse que le Moi du bébé est initialement dans un état de non-intégration. L'intégration du moi

dépend, dans les premiers temps de l'existence, des soins maternels et notamment du "holding".

Le holding caractérise les toutes premières interactions parent-nourrisson. Pour Winnicott, il précède le stade de vie commune de la mère et de l'enfant, stade qui suppose que l'enfant commence à se différencier de sa mère et à s'organiser en Self individualisé.

Winnicott énumère les qualités du holding qui protège des dangers physiologiques, qui tient compte de la sensibilité de la peau (température, toucher), de la vue, de la sensibilité à la chute (portage), qui est adapté aux besoins de l'enfant et qui se répète jour et nuit. L'environnement ainsi constitué est stable, protecteur, contenant, et va permettre à l'enfant de grandir et de développer un "état d'unité". Cet état d'unité va aboutir :

- à une délimitation du dedans et du dehors. On retrouve l'importance de la peau dans le développement du schéma corporel de l'enfant : "Puis il apparaît dans la suite du développement ce qu'on pourrait appeler une membrane de délimitation, qui se confond jusqu'à un certain point (dans les cas normaux) avec la surface de la peau; elle se situe entre le moi et le non moi de l'enfant. Ainsi le nourrisson en vient à avoir un intérieur et un extérieur et un schéma corporel".
- au développement d'un "sentiment continu d'exister" qui s'oppose aux angoisses d'annihilation, angoisse la plus primitive pour Winnicott.
- au développement de l'éveil de l'intelligence et de la formation des fonctions cognitives et du fonctionnement symbolique.

Même si Winnicott n'emploie pas le terme de contenance, la notion de holding s'en rapproche.

1.4.2.1.d Didier Anzieu: le Moi-Peau

Anzieu va reprendre différentes approches de la fonction contenante développées par ses prédécesseurs pour forger son concept de Moi-Peau. Le nourrisson, à l'occasion du contact de son corps avec le corps de la mère lorsqu'elle lui prodigue les soins maternels, est dans un environnement sécurisé. Le nourrisson va intégrer la perception de la peau comme surface qui le délimite, qui sépare le dedans et le dehors. D. Anzieu définit le Moi-Peau comme « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi

contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ».

Anzieu dégage 8 fonctions du moi-Peau sur le plan psychique :

- fonction de maintenance : par intériorisation du holding de la mère. Il s'agit d'une identification primaire "à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient".
- fonction contenante : cette fonction est exercée principalement par le holding maternel développé par Winnicott. De par cette fonction, le Moi-Peau peut être figuré comme une enveloppe capable de contenir l'excitation pulsionnelle, de la localiser dans le corps puis de la différencier, nous dit Anzieu. A la défaillance de cette fonction répond deux formes d'angoisse: l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, non identifiable et non localisable qui ne peut s'apaiser si l'enveloppe ne s'est pas constituée; l'angoisse d'un intérieur qui se vide si l'enveloppe s'est mal constituée (Moi-Peau passoire).
- fonction de pare excitation : Anzieu reprend ici l'hypothèse de Freud d'un Moi en double feuillet. Le feuillet superficiel va filtrer les excès de stimulations externes qui pourraient endommager le Moi. Le feuillet interne a quant à lui une fonction réceptrice qui permet l'inscription des traces mnésiques. Initialement c'est la mère qui va assurer cette fonction pare excitante, jusqu'à la constitution de ce feuillet superficiel qui prend le relais, participant ainsi à la constitution du Moi-Peau.

L'étude du développement de l'enfant et des interactions précoces a mis en valeur la fonction interactive du système de pare-excitation qui apparaît comme double: une partie assurée par l'adulte exerçant la fonction maternante (holding) et une autre exercée par l'enfant lui-même et qui met en jeu sa capacité d'autoprotection à travers la variation des états de vigilance, les processus d'habituation (mis en évidence par l'échelle de Brazelton), les procédés autocalmants comme l'a montré Geneviève Haag (Golse, 2001).

- fonction d'individuation de Soi : sentiment d'être unique et de se distinguer de l'autre.
- fonction d'intersensorialité : le Moi-Peau est ici envisagé comme une surface psychique reliant les différentes sensations entre elles, qui forment ainsi sa toile de fond. A la carence de cette fonction correspond l'angoisse de morcellement du corps. Les différents organes des sens sont perçus comme fonctionnant

indépendamment, anarchiquement, comme ne pouvant être réunis en un tout unifié.

- fonction de soutien de l'excitation sexuelle : Le Moi Peau est la surface soutenant l'excitation sexuelle, surface sur laquelle les zones érogènes peuvent être localisées. Cette fonction provient de l'investissement libidinal de l'enfant par sa mère.
- fonction de recharge libidinale: elle permet d'assurer le maintien de la "tension énergétique interne" en la répartissant entre les sous-système psychiques.
- fonction d'inscription des traces sensorielles: Anzieu utilise le terme de "parchemin originaire du Moi-Peau", sur lequel s'inscrit et se conserve les traces des expériences sensorielles faites par le nourrisson. La mère, précise-t-il, va stimuler cette fonction en remplissant son rôle d'"object presenting" par la façon dont elle va présenter la réalité extérieure, le monde environnant, à son enfant.

1.4.2.1.e Didier Houzel: la bisexualité psychique

Didier Houzel a introduit la notion d'intégration de la bisexualité psychique dans la constitution de l'enveloppe. Cette notion renvoie aux identifications maternelle et paternelle qui fondent la "double polarité psychique". Pour cet auteur, la contenance attribuée à la figure maternelle repose sur la qualité d'intégration de la bisexualité psychique chez elle. Ces composantes bisexuelles renvoient à deux registres: celui du *holding* et de la contenance pour la dimension féminine ou maternelle, et celui de la limite ou de la régulation pour la dimension masculine et paternelle.

L'intégration de la bisexualité chez l'objet (la figure maternelle) va lui permettre de résister aux projections du bébé et de pouvoir exercer une fonction contenante. Cela permettra également à l'enfant, dit Houzel, d'intégrer sa propre bisexualité psychique au niveau le plus archaïque

La contenance et des notions telles que le Moi-Peau permettent d'appréhender la construction du sujet en interaction avec son environnement et notamment la figure maternelle. Ces constructions théoriques, surtout utilisées en pédopsychiatrie, permettent d'éclairer certaines manifestations psychopathologiques chez les enfants et les adolescents, mais aussi chez l'adulte.

Par exemple, Anzieu fait le lien entre certaines angoisses de nature psychotique (morcellement, vidange) et la défaillance de certaines fonctions du Moi-Peau. De même, un système de Pare-Excitation défaillant va avoir des répercussions sur le comportement. Ainsi chez l'enfant, l'agitation ou l'hyper activité psychique et motrice peuvent prendre une valeur d'enveloppe motrice défensive. Au delà d'être de simples symptômes, ils peuvent être compris comme une tentative de l'enfant de se contenir lui-même. Dans ses travaux, B. Golse insiste sur la nécessité de raisonner en terme d'interactions précoces, de rechercher ce qui, dans l'histoire et l'environnement du sujet, a pu faire défaut au niveau de la constitution des enveloppes. Cette approche a des implications thérapeutiques, notamment sur le sens de certaines prescriptions médicamenteuses comme les psychotropes ou les dérivés des amphétamines. Certes, elles vont atténuer le symptôme comportemental bruyant, mais ne vont pas avoir d'effet sur une possible restauration des enveloppes psychiques et corporelles défaillantes ou manquantes (Golse, 2001). Raisonner en terme d'interactions précoces, de contenance et d'enveloppe, peut permettre de poser de manière réfléchie l'indication de prise en charge globale, associant traitements médicamenteux et autres thérapies (par exemple, un travail en psychomotricité, une prise en charge groupale, de la relaxation).

I.4.2.2 La contenance institutionnelle

La notion d'enveloppe a également été développée relativement au groupe. Pour conceptualiser la notion de Moi-Peau, D.Anzieu fait référence aux travaux de P. M. Turquet qui a montré que dans les groupes larges, chacun éprouve une menace sur sa propre identité. Cela entraîne la mise en oeuvre de mécanismes de défenses archaïques comme le clivage, la projection ou l'idéalisation. Anzieu relève que, pour qu'un individu puisse émerger comme sujet et non rester comme un individu anonyme et isolé au sein d'un groupe, il doit s'établir un contact visuel, gestuel ou verbal avec son voisin. Ainsi se crée ce que Turquet appelle "la frontière relationnelle du Je avec la peau de mon voisin." Le groupe large, de par son instabilité, rend nécessaire la création de zone de stabilité locale, entre un petit nombre d'individu, au sein du grand groupe (Houzel, 2010).

L'enveloppe groupale contient les enveloppes psychiques individuelles. Qu'en est-il de l'institution de soin qui accueille des patients dont une des principales problématique

réside dans la porosité voir l'absence d'enveloppe contenant? Et quelle est donc la nature de cette enveloppe institutionnelle?

1.4.2.2.a Didier Houzel: l'enveloppe institutionnelle

D.Houzel s'est intéressé à l'enveloppe institutionnelle de l'institution psychiatrique. Il fait l'hypothèse que, pour avoir une fonction thérapeutique, l'institution doit tisser au fil de son histoire une enveloppe comparable à l'enveloppe familiale. Il dégage les propriétés de cette enveloppe institutionnelle:

- L'étanchéité: "ce qui se passe, se dit, se vit dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne pas diffuser au dehors".
- La perméabilité qui permet de régir les échanges entre l'institution et l'extérieur (famille, administrateur, partenaire sociaux...).
- La consistance comme "capacité à résister aux pressions extérieures et intérieures de sorte que l'institution ne soit ni désintégrée sous leurs effets, ni malléable à l'envi".
- L'élasticité: "la capacité à se déformer sans se rompre sous l'effet de pressions internes ou externes".

On retrouve la notion de limite entre dehors et dedans, de pare-excitation, et de contenance. Le tissage d'une enveloppe institutionnelle va être essentielle pour accueillir la souffrance psychique des patients et les moyens d'expression propres à chacun d'eux : des mécanismes de projection, de clivage qui peuvent affecter non seulement l'autre en face en tant qu'individu mais également le collectif soignant, ou encore un recours à l'agir, une destructivité qui va mettre à mal le cadre de l'institution. Houzel nous dit que l'enveloppe institutionnelle est la condition pour que des processus thérapeutiques puissent y prendre place. Pour cet auteur, la tâche des soignants n'est pas de diriger, de maîtriser les processus thérapeutiques mais de créer les conditions qui les rendent possibles et qui les favorisent par ce travail de tissage d'enveloppe.

1.4.2.2.b René Kaes: la fonction conteneur

Pour Kaes la contenance est la capacité d'héberger en soi des formations psychiques appartenant à un autre sujet ou à plusieurs autres sujet (Soi étant un sujet ou un groupe, une famille ou une institution). Cette qualité de contenance est d'abord celle de la psyché maternelle comme nous l'avons vu plus haut. Des éléments bruts, chargés de

violence ou de confusion, doivent pouvoir être accueilli sans détruire, intoxiquer ou endommager celui qui les contient. Mais pour Kaes la contenance passive ne suffit pas. Le dépositaire (la psyché maternelle, l'institution) a pour objectif de créer un contenant et un cadre capable d'accueillir avec souplesse et bienveillance ces objets incontrôlables et détériorés. A ce moment, la contenance se convertit en "fonction conteneur". La fonction conteneur est engagée par la fonction alpha du dépositaire, nous dit Kaes. Cela suppose que sa capacité de penser ce qui n'a pas été pensé repose sur sa capacité de rêverie ou d'imagination. Dans cette perspective, la fonction soignante serait de recevoir les angoisses, les projections des patients, et de les métaboliser pour leur restituer sous forme d'éléments-alpha, accessibles à la pensée. Au delà de la simple présence rassurante des soignants, c'est un véritable travail d'élaboration dont il est question. Selon Kaes, une des conditions pour que la contenance et la fonction conteneur puissent exister est la mise en place de "formations qui, en position méta, leur apporte un étayage et une instance tierce". Les règles de vie d'un service, les réunions cliniques et institutionnelles où chacun peut faire part de son ressenti, de ses observations à propos d'un patient, seraient ainsi des "garants méta" permettant de penser la clinique et surtout, de permettre à la contenance institutionnelle d'exister. Face à la violence de certains passages à l'acte, ou encore à la violence du vécu psychotique qui bloque tout processus de penser, le risque est alors pour les soignants de ne se positionner qu'en réaction à cette violence. L'institution contenant met en place des espaces, formels ou informels, pour remettre en route les processus de pensée et les capacités d'imagination soignante afin que le processus thérapeutique soit rendu possible.

1.4.2.2.c Roger Misès: la cure institutionnelle

L'utilisation du cadre institutionnel comme outil thérapeutique a été développé au sein de plusieurs lieux de soin, comme à la Fondation Vallée par son principal théoricien Roger Misès. Il s'agissait à l'époque de "transformer une institution asilaire en un centre à vocation curative". Les enfants admis à la Fondation Vallée présentaient des pathologies mentales graves, plus ou moins associées à une déficience intellectuelle et des troubles du comportement. Dans son ouvrage "La cure en institution", Misès tente d'analyser les facteurs de transformation de l'institution asilaire. C'est par l'arrivée d'enseignants spécialisés de l'Education nationale et l'ouverture des premières classes au sein de l'institution, véritables "îlots, ouverts à un échange humain entre l'enfant et

l'enseignant", que des modifications dans le comportement de ces enfants jugés "irrécupérables" ont commencé à être observées. Par la suite, la constitution d'équipe pluri professionnelle, l'arrivée d'éducateurs, l'ouverture vers les partenaires extérieurs et la famille mais aussi le développement d'une politique de secteur orientée sur le développement des structures extra hospitalières et leur rôle de dépistage et de prévention, ont permis une vraie transformation d'un lieu asilaire à un lieu de soin institutionnel. Chaque structure repose sur le trio médecin psychiatre, psychologue et cadre. L'encadrement de groupes d'enfants ou d'adolescents est assuré le plus souvent par des infirmiers et des éducateurs. Les différents lieux de vie (classe, salle de psychomotricité, internat thérapeutique) sont séparés, ce qui permet la circulation des jeunes entre ces différents espaces. Les réunions (institutionnelle, clinique, scolaire) permettent de réunir l'ensemble des professionnels avec leur spécificité d'approche du jeune due à leur formation ou à leur approche théorique. Ces réunions, temps repérés dans la vie de l'institution, sont d'une importance capitale. Car si la diversité des intervenants et des pratiques peut favoriser le traitement d'enfants et d'adolescents présentant des pathologies lourdes et invalidantes, elle peut aussi se révéler morcellante et iatrogène si chacun travaille séparément, en poursuivant un but qui lui est propre. Le risque est particulièrement important quand la clinique des patients met en jeu des processus de clivage.

Roger Mises insiste sur la nécessité de pluralité des approches théoriques, même si la psychanalyse va venir offrir une compréhension des mouvements institutionnels en lien avec la clinique de l'enfant et de l'adolescent. Si le terme de contenance n'est pas utilisé dans cet ouvrage, c'est bien "la capacité de l'institution à faire face, de façon effective, à l'issue de pulsions partielles, tout en maintenant le soutien au moi de l'enfant" qui sera mise en avant comme ayant un effet thérapeutique.

Ainsi, la notion de contenance institutionnelle permet de comprendre en quoi une institution peut être thérapeutique. Qu'en est il des unités fermées, celles là même où se trouvent le plus souvent les chambres d'isolement ?

I.4.2.3 Contenance et chambre d'isolement

L'étude de la notion de contenance nous a permis de mettre en évidence plusieurs concepts et principes théorico-cliniques. Nous avons vu que la fonction contenante ne se

développe que dans la relation à l'autre. Pour un patient en chambre d'isolement, si les murs contiennent les mouvements et restreignent la liberté d'aller et venir (aspect sécuritaire), c'est bien le maintien de la relation avec les soignants qui va pouvoir rétablir une certaine forme d'enveloppe psychique.

Friard, dans son livre "L'isolement en psychiatrie, séquestration ou soin", précise : "L'isolement, manifestation d'une limite, ne devient thérapeutique que si nous mettons en place un dispositif d'accompagnement qui permette au patient et à l'équipe de faire retour sur ce qui s'est passé, sur ce qui a motivé l'isolement, que si nous substituons à un acte imposé par la situation une parole qui permet à chacun d'exprimer sa vérité, son ressenti".

Si la chambre en elle même diminue les stimulations extérieures, c'est l'instauration d'un traitement anxiolytique adapté associé à des passages réguliers de soignants pour un entretien infirmier ou médical, de façon informelle ou pour prendre les constantes, qui vont permettre de porter psychiquement le patient. En mettant des mots sur ce qui peut s'observer du comportement du patient (anxiété, colère, haine, désespoir...), en le rassurant, c'est la fonction alpha soignante qui peut permettre au patient de penser ce qui se passe en lui. Il ne s'agit pas d'annuler le vécu d'injustice que cette mise en isolement peut provoquer mais de l'entendre et tenter de comprendre dans un second temps, avec le patient, ce qui a pu mener à cette situation. L'isolement permet de "mettre fin au primat de l'agir [...] et de constituer ou reconstituer le primat de la parole" (Vignat, 2014). Dans son article "Isoler pour soigner", J-P Vignat pointe que "l'isolement doit être compris comme un espace temps relationnel contenant qui permet de rétablir une alliance aidante, et d'amorcer chez le patient un travail psychique qui sera à poursuivre après le retour dans l'espace commun". Il s'agit alors d'un véritable lieu de soin psychique intensif, circonscrit dans le temps. Selon cette conception, la chambre d'isolement ne serait qu'un outil qui n'est pas thérapeutique en lui même mais qui peut favoriser la restauration d'une enveloppe contenant de par les soignants et l'institution qui s'en servent.

Vignat insiste dans son article sur la nécessité de penser l'après isolement, et ce dès le début de la mesure. Cela permettrait d'éviter la prolongation non justifiée de la mesure de chambre d'isolement mais également de réintroduire dans l'équipe des perspectives thérapeutiques. Car pour pouvoir assumer cette fonction contenant à l'égard du patient placé en isolement, il est indispensable qu'un travail collectif de réflexion puisse

s'amorcer autour du motif et de l'indication d'isolement, mais également autour des outils thérapeutiques adaptés afin de permettre une amélioration de l'état clinique du patient en question. Ces temps de reprise en équipe, véritables temps cliniques et institutionnels, permettraient alors de ne pas tomber dans la simple maîtrise de comportement violent.

I.4.3 Isolement et théorie de l'attachement

La plupart des patients hospitalisés en psychiatrie et pédopsychiatrie ont une histoire émaillée de carences affectives, de ruptures, de deuils ou autres situations pouvant être qualifiées de traumatiques. Ces événements peuvent avoir une incidence sur le développement psycho-affectif s'ils ont lieu dans la petite enfance, période pendant laquelle la qualité des interactions précoces avec la figure maternelle va participer au bon développement du sujet. Certains auteurs se sont questionnés sur la dimension de reviviscence qu'induirait une situation d'isolement chez des patients au passé marqué par des événements traumatiques. Au delà de la question du trauma, plusieurs auteurs font état d'une aggravation de l'état clinique en chambre d'isolement (majoration continue de l'anxiété, recrudescence hallucinatoire) chez certains patients ayant des antécédents de violence intra-familiale dans l'enfance (Nadereau, 2013). La situation d'isolement engage notamment la capacité d'être seul mais aussi celle de supporter la séparation. Le patient doit accepter l'absence de l'autre dans les premières minutes de l'isolement. Ces capacités, même si elles sont fragiles, sont essentielles au patient et aux soignants qui vont délivrer les soins en chambre d'isolement pour rendre cet espace et ce temps thérapeutique. La théorie de l'attachement interroge les expériences de séparation et pourrait être intéressante à mettre en lien avec l'expérience en chambre d'isolement. En effet, cette forme de mise à l'écart peut agir comme une séparation forcée, qui vient rompre le lien au groupe des autres patients mais aussi le lien avec les soignants. On peut se demander si dans certains cas, la mise en chambre d'isolement ne viendrait pas réactiver des angoisses archaïques constitutives d'un type d'attachement.

Bowlby a mis en évidence avec sa théorie de l'attachement, le comportement chez le bébé qui a pour but la recherche ou le maintien à proximité de sa figure d'attachement. L'attachement primaire fait référence au lien émotionnel spécifique que l'enfant développe avec celle qui délivre les soins. Ce lien va par la suite être déterminant dans la

structuration de la personnalité et dans la construction du lien à l'autre. Afin de permettre le bon développement affectif et intellectuel de l'enfant, la figure d'attachement primaire doit représenter une "base de sécurité", un support fiable pour l'enfant afin qu'il puisse explorer le monde environnant sans se sentir menacé. La notion de qualité de l'attachement va être importante pour expliquer diverses manifestations psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. Différents patterns d'attachement ont été décrits à partir de la "strange situation", dispositif expérimental standardisé d'épisode de séparation et de retrouvaille avec la mère auprès d'enfants entre 12 et 18 mois (Dugravier, 2006).

Il existe quatre formes principales d'attachement:

- l'attachement sécure: l'enfant fait appel à sa figure d'attachement en cas de difficulté. Lorsque sa figure d'attachement s'absente, l'enfant va manifester des signaux de détresse qui vont s'améliorer à son retour. Lorsque la figure d'attachement est présente, l'enfant va explorer son environnement. En grandissant, il va intégrer cette sécurité même en l'absence de la figure d'attachement, ce qui lui permettra de supporter les expériences de séparation.
- l'attachement de type insécure évitant : l'enfant explore son environnement sans s'occuper de la présence de la figure d'attachement. Lorsqu'elle s'absente, il ne manifeste aucun signal de détresse émotionnelle.
- l'attachement de type insécure ambivalent ou résistant: l'enfant se montre très ambivalent en situation de stress. Lors du départ de la figure d'attachement, il manifeste une grande détresse, et à son retour, il ne parvient pas à se rassurer. Il manifeste une forme de recherche de contact et de rejet coléreux.
- l'attachement désorganisé: l'enfant est dans l'incapacité de développer une stratégie comportementale organisée car il ne peut trouver de protection auprès de sa figure d'attachement. Il manifeste des comportements de type évitant et ambivalent, confus, non dirigés vers la figure d'attachement. On peut retrouver ce type d'attachement chez des enfants ayant subi des abus physiques ou sexuels. L'enfant se retrouve dans une situation paradoxale, pris entre son besoin d'attachement et de sécurité, et la peur vis-à-vis d'un parent maltraitant ou lui-même désorganisé. (Dugravier, 2006).

L'état actuel de la recherche et des connaissances ne permet pas d'établir un lien causal entre certaines manifestations psychopathologiques et attachement. Toutefois, il semblerait que la qualité de l'attachement chez le bébé semble être impliquée dans le développement d'un certain nombre de capacités : régulation émotionnelle, auto-

réflexives, narratives, résilience etc (Milijkovitch, 2010). A l'opposé, l'insécurité de l'attachement, combinée à un climat familial toxique, contribuerait à la survenue ultérieure de problèmes de comportement (Dugravier, 2006). Les notions de qualité de l'attachement, de capacité de mentalisation et de résilience, de recours à l'agir quand les capacités narratives font défaut sont intéressantes pour penser les effets de la mise en isolement. Comment penser son recours en réponse à un passage à l'acte ou à une agitation chez des patients qui ne sont pas en capacité de supporter l'expérience de la séparation? Ne faudrait il pas adapter le cadre de l'isolement pour ces patients particuliers afin de le rendre thérapeutique?

Certaines équipes de pédopsychiatrie "accompagnent" l'isolement, dans le sens où un soignant va rester avec le patient dans la chambre. D'autre vont enrrouler le patient dans une couverture et rester avec lui pour verbaliser ce qu'il se passe. Une alternative comme la chambre d'apaisement, accompagnée d'un travail autour de la gestion des émotions, pourrait être intéressante chez des patients qui tolèrent mal la rupture momentanée du lien. Toutefois, la majorité des services ne disposent pas à l'heure actuelle de tels lieux. Evaluer les capacités d'un patient à supporter la rupture de lien consécutive à la mise en isolement, repérer les signes d'alerte de ce qu'on pourrait nommer "une mauvaise tolérance" de cet espace, permettrait aux soignants d'adapter la prise en charge dans une visée thérapeutique.

II DEUXIEME PARTIE

Nous allons tenter d'illustrer la question de l'utilisation de la chambre d'isolement à travers trois vignettes cliniques. Ces patients, croisés au cours de notre pratique, ont en commun d'avoir suscité des interrogations sur les plans clinique, thérapeutique et éthique, que nous allons tenter de restituer dans cette deuxième partie.

II.1 Hanae

Hanae est une jeune fille de 16 ans, admise en unité pédopsychiatrique de soin pour adolescents pour évaluation clinique.

Cette unité accueille des patients âgés de 12 à 18 ans présentant une pathologie psychiatrique grave et nécessitant des soins institutionnels. L'unité peut accueillir jusqu'à 9 adolescents, la durée moyenne d'hospitalisation est de une année scolaire. Les patients sont présents du dimanche soir au vendredi soir et rentrent le week-end à leur domicile (parental, famille d'accueil, foyer...).

Les soins comprennent une partie d'évaluation clinique et thérapeutique (entretiens médicaux, infirmier, bilan psychologique, ateliers). A l'issue d'une période d'observation, un projet de soin personnalisé est mis en place, avec des temps d'ateliers thérapeutiques, de balnéothérapie, des séances de psychomotricité... Les projets de soins s'élaborent en équipe pluridisciplinaire à l'occasion de réunion de synthèse hebdomadaire. Les patients hospitalisés ont des temps de classe avec un enseignant spécialisé à l'école située au sein de l'hôpital.

Les adolescents adressés sur cette unité présentent une pathologie psychiatrique lourde qui retentit sur le fonctionnement social et scolaire (la majorité des adolescents sont déscolarisés). Ils peuvent être adressés à l'issue d'une décompensation de leurs troubles, ou quand les troubles deviennent trop invalidants pour leur permettre de fonctionner à l'extérieur. Les familles sont impliquées dans la mesure du possible. Des entretiens familiaux sont proposés une fois par mois aux parents des patients.

Hanae est fille unique du couple parental. Son père est d'origine congolaise et sa mère guadeloupéenne. Les parents se sont séparés quand Hanae avait 2 ans. Durant son enfance, Hanae a vécu avec sa mère et son frère de 4 ans son aîné, et ne voyait son père que très occasionnellement. Les relations entre les parents ont toujours été très conflictuelles. En 2010, la mère d'Hanae retourne en Guadeloupe avec ses enfants, sans l'accord du père. Hanae est gardée par sa grand mère maternelle, sa mère faisant de nombreux allers retours en France. Elle reviendra en France au bout d'un an. Depuis 2013, Hanae vit avec sa mère et son beau père.

Dans ses antécédents médicaux, on note une consultation en pédiatrie à l'hôpital Necker pour "retard global et hypersomnie" en 2006. Les parents ne rapportent aucun suivi dans l'enfance et la mère décrit une petite fille "effacée, timide, tout le temps fatiguée ". Sur le plan scolaire, Hanae a été orientée en SEGPA où elle est initialement décrite comme une "bonne élève".

Les premiers symptômes apparaissent en 2013, année où Hanae et sa mère s'installent avec le compagnon de madame. C'est lors de vacances chez sa tante maternelle et son mari qu'Hanae présente une restriction alimentaire brutale avec perte de dix kilos en quelques semaines. Sa tante maternelle aurait rapporté qu'Hanae craignait que la nourriture ne soit empoisonnée par son oncle. Dans les semaines suivantes, la mère rapporte des soliloquies, des écholalies et des bizarreries comportementales. Hanae est accompagnée aux urgences par sa mère. L'évaluation psychiatrique retrouve des troubles du cours de la pensée à type de barrages, une dissociation idéo-affective, un contact réticent. Une hospitalisation en pédopsychiatrie pour évaluation est proposée, hospitalisation que le père d'Hanae refusera. A cette période, les médecins du CMP de son secteur et de l'unité d'hospitalisation se posent la question de la pertinence d'une OPP soins devant la symptomatologie inquiétante constatée et le refus du père. Cependant, celui ci ne s'oppose pas à une prise en charge ambulatoire .

Des soins au CMP et au CATTP de son secteurs sont engagés. Avec l'avènement pubertaire, les bizarreries comportementales s'intensifient. L'école rapporte des "crises" liées à une frustration, très démonstratives et surprenantes: elle est ainsi passée du crachat, facilement répréhensible par l'entourage, à des gesticulations debout sur une table que l'équipe éducative a bien du mal à contenir. Avec ses pairs, Hanae alterne entre des comportements de séduction inappropriée où elle formule des propos crus aux autres élèves, et des moment de repli total où elle paraît méfiante et refuse tout contact. Au domicile, sa mère rapporte des "crises de colère" lors desquelles Hanae peut se

montrer violente. Elle tape dans les murs, casse des objet et menace sa mère et son beau-père. Ces crises sont en lien avec des frustrations ou bien lorsque sa mère "ne s'occupe pas d'elle". Au niveau thérapeutique, le Risperdal initialement introduit mais manquant d'efficacité est remplacé par du Zyprexa. Une prise de poids importante conduit à un relai par de l'Abilify. Une hospitalisation en pédopsychiatrie est proposée devant l'aggravation des troubles et l'apparition des comportements hétéro agressifs et clastiques, à laquelle le père s'opposera de nouveau. En 2015, la prise en charge au CATTP s'interrompt devant l'impossibilité pour Hanae d'être avec ses pairs. Les soignants rapportent des propos évoquant un vécu interprétatif et persécutif de l'entourage. La prise en charge individuelle est quant à elle maintenue. Un bilan psychologique (WISC) montre un profil dysharmonique avec déficience intellectuelle légère.

L'année 2015 est également marquée par une aggravation des conflits au domicile et à l'école. La mère d'Hanae fait plusieurs fois appel à la police lors des crises clastiques de sa fille. Madame reconnaitra par la suite qu'elle même pouvait se montrer violente envers sa fille à cette période, la violence étant alors envisagée par madame comme le seul moyen de répondre aux agressions de sa fille. Hanae commence à s'opposer à la prise du traitement et fugue plusieurs fois du domicile maternel. En décembre 2015, elle est renvoyée de son collège suite à une altercation avec l'un de ses professeur qui l'avait "mal regardé" dira-t-elle. Une hospitalisation dans une unité d'hospitalisation pédopsychiatrique pour adolescents est alors décidée en concertation avec la mère d'Hanae (le père, alors en déplacement professionnel n'étant pas joignable).

Lors de cette première hospitalisation, Hanae rapporte des "voix dans sa tête" mais ne peut pas rapporter le contenu de ces voix. Elle n'est pas dissociée, pas angoissée. Elle banalise ses troubles du comportement, les attribuant à l'attitude autoritaire de sa mère. Le compte rendu d'hospitalisation fait état d'une immaturité affective, de comportements régressifs notamment lors des entretiens familiaux avec sa mère qui de son côté peut paraître infantilisante à l'égard de sa fille. Hanae dit vouloir plus d'autonomie (avoir son portable, sortir seule etc...), demande qui ne peut être satisfaite par la mère et occasionne un sentiment de frustration intolérable pour elle. Des difficultés relationnelles avec les autres sont observées, Hanae alternant entre une adhésivité et l'incapacité de faire des activités de groupe du fait d'un vécu persécutif important. Une difficulté majeure dans l'accès à la mentalisation est constatée en entretien, ce qui rend impossible toute élaboration de son vécu émotionnel. Au niveau

thérapeutique, l'Abilify est arrêté (absence d'efficacité) et du Tercian est instauré à visée anxiolytique et sédatrice. Un entretien familial organisé avec les deux parents met en évidence les conflits entre eux deux, monsieur reprochant à madame les troubles d'Hanae qui seraient dus, selon lui, à une éducation trop laxiste. Hanae sort après trois semaines d'hospitalisation, une prise en charge en hôpital de jour et une orientation scolaire plus adaptée à ses difficultés est préconisée. Déjà à cette époque, le psychiatre référent d'Hanae évoque la nécessité d'une prise en charge institutionnelle plus longue, projet auquel la mère adhère mais pas le père.

En mars 2016, Hanae est accompagnée aux urgences du Kremlin Bicêtre puis hospitalisée en pédiatrie suite à un épisode d'agitation au domicile. L'hospitalisation sera de courte durée puisqu'Hanae fuguera du service après avoir giflée une infirmière.

Une deuxième hospitalisation est programmée dans le même service de pédopsychiatrie. Un traitement par Risperdal Consta est prescrit dans l'idée de favoriser l'observance à la sortie (Hanae refuse de prendre ses traitements). Lors de la première injection, Hanae s'agite et agressera physiquement un des soignants présents, ce qui nécessitera un transfert de quelques jours sur le secteur de psychiatrie adulte en OPP soins (le père s'opposant toujours à l'hospitalisation). Les tensions intra familiales s'exacerbent (madame déposera plainte suite à des menaces de mort de monsieur lors d'un entretien familial). L'équipe du service émet un signalement, et Hanae sort d'hospitalisation en avril 2016.

L'audience chez le juge des enfants a lieu le 9 mai 2016: la garde d'Hanae est confiée à son père, sa mère obtient un droit de visites médiatisées. Une Aide Educative en Milieu Ouvert de 6 mois est mise en place. Cette décision modifie considérablement les dynamiques familiales et l'environnement d'Hanae. Elle se retrouve donc à vivre chez son père, qu'elle voyait jusqu'alors certains week-ends. Les visites médiatisées se mettent tardivement en place, Hanae ne verra donc pas sa mère pendant quelques semaines. Madame dira plus tard au CMP s'être sentie attaquée dans son rôle de mère par cette décision de justice.

Le projet de prise en charge institutionnelle dans l'unité de soins pour adolescents est relancé. Si la mère d'Hanae adhère de suite, son père se montre plus ambivalent. A l'entretien de pré-admission, Monsieur se montre méfiant vis-à-vis des soins psychiatriques. Il rationalise les difficultés d'Hanae qu'il attribue à un défaut d'éducation maternelle. Concernant son incapacité d'être avec les autres, il l'attribue à un

"tempérament solitaire". Cependant, il constate que sa fille peut être intolérante à la frustration, et qu'elle a pu fuguer du domicile pour aller chez sa mère à plusieurs reprises. Ces comportements s'aggravent puisqu'en août 2016, Hanae se met en danger en passant par la fenêtre de sa chambre (située au cinquième étage). Elle atterrira sur le balcon du 3ème étage et n'aura aucune séquelle physique de sa chute. Cet épisode fait suite à un refus de son père qu'elle utilise l'ordinateur.

Son admission à l'USA Bourneville à lieu en septembre 2016. Dès son arrivée, Hanae est rapidement mise en difficulté par la collectivité. Sa manière d'entrer en interaction avec les autres adolescents est brutale, avec des menaces voire des coups. Les situations de frustrations sont intolérables pour elle et, si elle se montre fuyante vis à vis des soignants de l'unité, elle fait en sorte de toujours rester dans la salle commune, sous leur regard.

Au sein de cette unité, des temps en chambre, appelés "temps calmes" ont lieu après le déjeuner afin de permettre aux adolescents d'avoir un temps hors du groupe, le plus souvent source d'excitation, et d'expérimenter la possibilité d'être seul.

Pour Winnicott, la capacité d'être seul pour un individu est l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif. Chez le bébé, l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre, la mère, va permettre de dessiner les contours de ce que Winnicott appelle la "relation au moi". Cela suppose un environnement favorable, avec une mère "suffisamment bonne", qui va permettre à l'enfant de développer le "sentiment continu d'exister" même en l'absence de la mère. Dans un premier temps, la mère va servir de support au moi de l'enfant. Dans un deuxième temps, "l'environnement qui sert de support au moi est introjecté et sert à l'édification de la personnalité de l'individu si bien que se forme la capacité d'être vraiment seul" (Winnicott, 1958).

Chez les adolescents hospitalisés à l'USA, être seul constitue pour la plupart une source d'angoisse. Cet état est à mettre en lien notamment avec une relation mère-enfant dysfonctionnelle dans l'enfance, ayant entraîné une insécurité profonde dans la relation à l'autre et une incapacité à élaborer l'absence. L'objectif de ces temps calmes est de leur permettre de faire l'expérience d'être seul en présence des soignants, et de favoriser l'émergence d'un "sentiment continu d'exister". Certains adolescents profitent de ces temps pour se reposer, d'autres s'occupent avec de la musique, du dessin.

Ces moments en chambre ont rapidement été source d'angoisse pour Hanae, une angoisse qu'elle n'arrivait pas verbaliser. Hanae allait dans sa chambre, restait sur le seuil et guettait les soignants. Elle sortait pour provoquer les autres jeunes, attendait l'intervention des soignants qui lui demandaient de regagner sa chambre, se confrontant ainsi physiquement à eux. Tout se passait comme si Hanae ne pouvait supporter de ne pas avoir le regard et l'attention des soignants. Si elle se retrouvait seule, elle disparaissait.

Plusieurs altercations ont eu lieu la première semaine de son admission. Hanae entrait dans une colère débordante. Il n'était plus possible de la rassurer ni de lui parler, le contact était comme coupé. Les soignants ont d'ailleurs noté la transformation physique durant ces crises. L'attitude infantile d'Hanae laissait place à un visage fermé, une fixité du regard et une crispation de son corps. Elle évoquera au cours de futurs entretiens des phénomènes d'hallucinations acoustico verbales en lien avec ces épisodes d'agitation.

Le plus souvent, elle se "ruait" littéralement sur les soignants présents. Elle ne levait pas la main sur eux mais lançait son corps sur le corps soignant, comme si elle cherchait à éprouver une limite à des pulsions qui la débordaient. Un accompagnement en Espace de Repos Sécurisé (ERS: dénomination de la chambre d'isolement dans cette unité) avec l'aide de renfort était nécessaire afin de contenir ce débordement de violence qui explosait de toute part. Une fois installée en ERS, Hanae criait, tapait dans la porte puis s'effondrait et pleurait. Elle acceptait finalement un traitement anxiolytique.

Ces passages en ERS étaient systématiquement repris en entretien médical afin de comprendre avec elle ce qui se passait en elle à ces moments-là. Hanae ne pouvait alors rien en dire et demandait seulement à ce qu'on supprime les temps calmes.

L'angoisse suscitée chez Hanae par l'approche de ces moments où elle se retrouvait seule pouvait se faire sentir une heure avant. Elle tentait de négocier de ne pas "faire le temps calme", elle menaçait avec un sourire discordant l'équipe "je vais encore m'énerver". Supprimer ces temps n'était pas envisageable sur un plan institutionnel (le temps calme faisant parti du cadre de l'unité et structurant la journée des adolescents) ni clinique (travail sur l'absence de l'autre et la capacité d'être seul). De multiples techniques ont été employées afin de l'aider à supporter au mieux ce temps: laisser la porte de sa chambre ouverte, proposer des activités à faire pour s'occuper, fermer la

porte de sa chambre. Rien n'y faisait: le scénario de l'altercation avec mise en ERS se répétait inlassablement.

Le "corps à corps" qu'elle engageait avec les soignants dans les moments de désorganisation apparaissait comme une tentative d'éprouver, d'expérimenter une limite. Elle interrogeait par là même la capacité de contenance de l'équipe et du cadre institutionnel.

Comment contenir un corps en proie à un débordement pulsionnel qui lui échappe? Et comment passer d'un "contenir" à une contenance physique et psychique?

Comme nous l'avons vu en première partie, Anzieu a développé dans son oeuvre la notion de Moi-Peau. Il le définit comme "la figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les processus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps". Le Moi-Peau est doté de 8 fonctions dont une fonction contenant, qui permet la stabilisation de mouvances pulsionnelle et émotionnelle et une fonction de pare-excitation qui permet la constitution de la limite intérieur/extérieur. A la carence de cette fonction contenant du Moi-Peau (chez le patient psychotique par exemple) répondent deux formes d'angoisse selon Anzieu: une angoisse d'excitation pulsionnelle diffuse, non localisable, non identifiable, non apaisable; et l'angoisse d'un intérieur qui se vide (enveloppe poreuse).

Cette enveloppe psychique permet, une fois constituée, de contenir des éprouvés pulsionnel et émotionnel reconnus comme sien et de les symboliser, de les penser. La constitution de l'enveloppe psychique chez le bébé passe par l'intériorisation de la fonction contenant de l'objet (la mère).

Le concept d'enveloppe psychique poreuse semble être opérant pour comprendre le vécu d'Hanae. Le corps des soignants pouvait agir comme limite externe à un débordement pulsionnel incontrôlable, comme pour palier à l'absence d'une enveloppe contenant intériorisée. Les premières semaines, la contenance des soignants et de l'institution ne pouvant jouer le rôle de pare excitation, l'ERS semblait être le seul recours pour contenir la violence d'Hanae.

Lors d'une réunion d'équipe, nous avons alors pensé accompagner l'ERS par un protocole de soins. Hanae serait accompagnée par un ou plusieurs soignants en ERS pour une durée limitée à trente minutes. Un traitement anxiolytique serait proposé afin qu'elle vive ces moments de manière plus apaisée. Les soignants iraient la voir toutes les 10 minutes et un entretien médical suivrait systématiquement afin qu'elle puisse verbaliser autours de son ressenti et entendre le ressenti de l'équipe.

Chez Hanae, les relations d'objet se caractérisent par une forte destructivité. Le rôle soignant est de supporter cette destructivité et de survivre à ses attaques. L'ERS, au-delà de faire limite au débordement pulsionnel, permet l'instauration d'un mode relationnel singulier entre Hanae et les soignants. Pour l'équipe, résister à ses attaques, tenter de trouver des aménagements afin d'exercer une fonction contenante semble d'autant plus nécessaire que le parcours de vie et de soin d'Hanae est marqué par des ruptures: rupture des contacts avec son père, puis avec sa mère, avec l'école. En favorisant une continuité des soins, une permanence du lien, l'équipe permet à l'adolescente de comprendre que l'autre n'est pas détruit par ses attaques.

Au début, des renforts étaient nécessaires. Hanae pouvait se montrer menaçante ou sortait dans la cour vers le portail de sortie, montrant ainsi qu'elle pourrait fuguer. Progressivement son rapport aux soignants qui l'accompagnaient en ERS a changé. Elle n'y allait certes pas d'elle même, mais attendait calmement l'arrivée de renfort puis s'étalait au sol pour être littéralement "portée" en ERS, souvent avec un sourire de contentement. Les temps à l'intérieur de la chambre se passaient mieux. Hanae pouvait s'y poser et se reposer. Lorsque les soignants allaient la voir, elle instaurait un jeu avec eux sur le temps qu'il restait avant la fin du temps calme en essayant de deviner l'heure et en demandant aux soignants de le lui confirmer. Le rapport de l'équipe à Hanae a également commencé à changer. Initialement saisie par les débordements de violence, les contre-attitudes de l'équipe à l'égard d'Hanae, principalement la peur, ont pu être verbalisées lors des temps de synthèse institutionnelle, et reliées à la clinique de la jeune patiente. Les soignants ont commencé à adopter une position plus active dans la prise en charge, en sollicitant davantage Hanae pour les activités de la vie quotidiennes (mettre la table, participer aux ateliers, jeux de groupe).

Lors des entretiens médicaux, Hanae commençait à pouvoir mettre des mots sur ce qui la traversait au moment de ces altercations et passages à l'acte hétéroagressif envers les autres. Elle décrivait un "vide dans sa tête", une incapacité à se contrôler, comme si elle

était étrangère à elle même. Elle a pu évoquer une fois des phénomènes d'injonction hallucinatoire quand elle se mettait dans ces états à l'extérieur de l'hôpital. Au sujet des épisodes de "portage" par les renforts en ERS, elle a pu dire avoir l'impression d'être "un cadavre". Lors de cette rupture totale des processus de pensée, Hanae n'était alors plus qu'un corps à la recherche de sensations et de limites.

Après trois semaines, ces attitudes de "portage" en chambre n'ont plus été l'occasion de passages à l'acte hétéro agressifs. Un nouveau protocole a alors été pensé pour elle. Elle passerait les temps calmes dans sa chambre, porte fermée à clé dans un premier temps pour matérialiser une limite, puis sans fermeture. Elle serait accompagnée par un soignant qui passerait les 15 premières minutes avec elle, à jouer à un jeu, à discuter ou une autre activité du choix d'Hanae. Ce choix laissé à Hanae mobilisait sa capacité à se projeter, puisqu'elle pouvait penser dès la fin de matinée à quel jeu le soignant et elle pourraient jouer. Certains soignants ont d'abord exprimé des réticences quant à cette prise en charge: l'idée de se retrouver seul avec Hanae et de devoir gérer un éventuel passage à l'acte les inquiétaient. Cependant, d'autres soignants ainsi que l'équipe médicale ont soutenu cette réorientation de la prise en charge. Ce nouveau protocole a été présenté à Hanae qui a pu s'en saisir. Voyant que ces moments se déroulaient bien, des soignants initialement réticents ont spontanément proposé à Hanae de l'accompagner. Cet étayage soignant lui a permis d'expérimenter un autre mode relationnel avec l'équipe et d'être plus apaisée pour supporter les instants où elle se retrouvait seule.

Au bout de d'un mois et demi, Hanae a pu passer les temps calmes comme les autres patients, dans sa chambre.

Au début de la prise en charge, lorsqu'Hanae étaient conduite en chambre d'isolement, les parents étaient systématiquement informés par téléphone. Le père d'Hanae se contentait alors de recevoir l'information. Par contre, en entretien familial, il renvoyait de manière virulente sa difficulté à comprendre l'intérêt thérapeutique des temps calmes en chambre, demandant au responsable de l'unité si Hanae pouvait en être exemptée. Ce questionnement autour du cadre de soins peut laisser entrevoir la difficulté pour monsieur de se conformer aux règles venant de l'extérieur (le non respect du cadre fixé par le juge peut en être également un signe). En effet, monsieur emmenait régulièrement Hanae chez sa mère alors qu'il en avait la garde et que la mère ne pouvait

la voir qu'en visite médiatisée. Le père montrait également une forme de déni des troubles de sa fille. Il adoptait en entretien une position paradoxale: il acceptait que sa fille soit dans l'unité mais critiquait devant elle toutes les facettes de la prise en charge, nous renvoyant que sa fille avait besoin d'un cadre éducatif et non de soins. Il nous est apparu lors de ces entretiens que l'attaque du cadre et des liens n'était pas un fonctionnement propre à Hanae mais également à son père.

Cette vignette clinique permet d'aborder différentes problématiques liées au recours à la chambre d'isolement:

- Les différents niveaux de contenance qui ont pu être travaillé au niveau thérapeutique: contenance en chambre d'isolement, au niveau de la relation soignant/soigné, mais également à un niveau institutionnel.
- L'intérêt des réunions de synthèse, qui ont été primordiales dans cette prise en charge pour permettre l'expression des mouvements contre-transfériels de l'équipe et de les penser comme partie intégrante de la problématique d'Hanae. Cela a permis d'éviter la cristallisation de positions de rejet ou de surprotection au niveau soignant, et de proposer une enveloppe cohérente et résistante aux projections destructrices d'Hanae.
- L'intérêt d'un temps en chambre d'isolement intégré à un protocole de soins. La nouvelle loi d'encadrement des pratiques d'isolement et de contention stipule que l'isolement doit être une mesure de "dernier recours". On peut se dire que dans la situation d'Hanae, la mise en ERS a d'abord été utilisée comme dernier recours. Or cette situation se répétant au fil des jours, une dynamique relationnelle qu'on pourrait qualifier de contre-thérapeutique entre Hanae et l'équipe s'est instaurée, marquée par la méfiance, la peur, la crainte d'un passage à l'acte. L'établissement d'un "protocole" de soin a rompu ce schéma répétitif. L'isolement a été pensé comme un outil thérapeutique qui allait permettre de travailler les questions du lien à l'autre, de la présence-absence de l'objet au travers de la "surveillance" soignante.
- Reste que l'isolement suscite chez certains soignants des mouvements ambivalents. Par exemple, il est intéressant de constater que lors des entretiens de pré-admission au sein de cette unité, certains soignants font visiter la chambre d'isolement au patient et à l'adulte référent qui l'accompagne, alors que d'autres

oublie ou ne veut pas expliquer le cadre de son utilisation, comme si un certain "malaise" était associé à ce lieu "honteux".

- Le travail pédopsychiatrique nécessite l'alliance du patient mais également dans la mesure du possible l'alliance de sa famille, souvent en proie à des mouvements ambivalents quant aux soins psychiatriques. Quand un mineur est isolé, il convient cependant d'en informer les parents ou le tuteur légal. Il nous semble que réfléchir en équipe aux pratiques d'isolement, leur donner du sens dans la prise en charge d'un patient donné permet de délivrer au mieux l'information aux familles.

II.2 Monsieur B

M.B est un patient de 46 ans, présentant un tableau de psychose infantile avec retard mental, qui depuis une quinzaine d'année s'est stabilisé sous une forme que l'on pourrait nommer "schizophrénique". M.B est le fils unique du couple parental. Sa mère est régulièrement traitée pour des épisodes dépressifs et on note dans ses antécédents une dépression du post-partum.

M.B vit depuis 5 ans dans une structure adaptée en Belgique (type MAS). Il est hospitalisé environ une fois par an sur le secteur pour un "séjour de rupture" ou quand l'équipe de Belgique constate une acutisation des troubles. Bien connu du service, il y est pris en charge depuis une quinzaine d'année. Outre la complexité du tableau clinique et le retentissement fonctionnel des troubles, M.B est décrit par les soignants qui le connaissent comme résistant aux traitements. Force est de constater au travers du chimiogramme que M.B a reçu tous les traitements neuroleptiques en monothérapie et un certain nombre d'associations. Les psychothérapies n'ont jamais été proposées. Quand nous le rencontrons, son traitement habituel est composé d'une association Leponex-Haldol depuis plus de 6 mois.

Je rencontre M.B pour la première fois lors d'un nouveau séjour de rupture dans l'unité d'hospitalisation de secteur. L'équipe de la MAS signale que la prise du traitement est compliquée depuis quelques mois. Les soignants doivent insister et négocier avec M.B chaque prise. L'objectif de cette nouvelle hospitalisation est une évaluation clinique de son état et une adaptation thérapeutique. La durée est fixée initialement à un mois.

Avant même son arrivée, M.B est présent psychiquement dans la tête des soignants qui racontent à son sujet les différents épisodes de violence qu'ils ont dû gérer lors de précédentes hospitalisations ("il a frappé la cadre") et la gravité du tableau clinique. Ces récits ne sont pas sans conséquences puisque une stagiaire infirmière nouvellement arrivée et ne connaissant pas M.B dira en réunion "le patient n'est pas encore arrivé et j'ai déjà peur de lui".

A son arrivée dans le service, M.B est calme sur le plan comportemental. Il dit même être satisfait d'être à l'hôpital car ses parents, qui habitent à Paris, pourront venir le voir régulièrement. La "difficulté à la prise de traitement " est rapidement constatée par

l'équipe, qui doit négocier chaque prise non sans appréhension. M.B est un patient qui "monte vite". Il présente en effet une grande impulsivité aussi bien verbale que comportementale. Faire la prise de sang réglementaire afin de surveiller le risque d'agranulocytose induit par la Clozapine devient particulièrement problématique. En effet, M.B refuse systématiquement tout prélèvement. Ce refus est sous tendu par une conviction délirante d'avoir un cancer ou le sida. Après une semaine d'hospitalisation, des idées de persécution commencent à émerger dans son discours. Il affirme que les soignants sont des vampires qui veulent lui prendre son sang pour faire des expériences. Le lien de confiance commence à se fragiliser, l'équipe est sur ses gardes par crainte d'un passage à l'acte hétéro agressif. Lors des transmissions quotidiennes, le psychiatre référent du patient est régulièrement interpellé par certains soignants sur le bénéfice de maintenir le traitement par Leponex alors que la surveillance biologique est impossible. Les soignants disent ne pas pouvoir faire les prises de sang. La réticence du psychiatre référent à modifier le traitement peut être comprise, au vu de la difficulté à traiter les symptômes de ce patient. De multiples lignes de traitements, en mono ou bithérapie n'ont eu qu'une efficacité très partielle par le passé, alors que le traitement par Leponex semble le stabiliser.

C'est à l'occasion d'un refus de la pharmacie de délivrer le traitement en l'absence de NFS que les infirmiers, lors d'une réunion virulente, interpellent un autre psychiatre sur la situation. Ils disent ne pas se sentir écoutés, qu'ils ne peuvent pas forcer M.B à accepter une prise de sang, qu'ils n'essaieront même plus car "ça le fait flamber". Le référent du patient est absent ce jour là et n'est pas joignable. Le psychiatre présent prend alors la décision de suspendre le Léponex pour le week end et d'accéder ainsi à la demande de l'équipe. Cette décision, qui se fait sans consultation du référent, peut être comprise comme un passage à l'acte institutionnel, qui intervient quand le dialogue médecin-infirmier ne se fait plus.

A compter de l'arrêt du Léponex, l'état clinique de M.B s'aggrave. Il délire en permanence, en proie à des phénomènes hallucinatoires, et entrer en contact avec lui devient impossible. Les soignants expriment leur sentiment d'impuissance . "On ne sait plus comment lui parler". Le remaniement thérapeutique, avec majoration de l'Halopéridol et ajout de Tiapridal, ne semble d'aucune aide.

M.B commence à se sentir persécuté par deux soignants de l'équipe qu'il prend pour "le diable". Il est en proie à des angoisses de morcellement (il demande régulièrement où est sa jambe droite) et des angoisses paranoïdes d'intrusion. Il déambule dans le service, se "colle" aux autres patients qui en ont peur. La fragile limite dedans dehors qui semblait le contenir n'existe plus.

Les soignants se sentent débordés à tel point qu'une aide soignante qui faisait figure de persécuteur pour le patient se met quelques jours en arrêt maladie afin d'éviter tout contact avec lui, par crainte d'un passage à l'acte : " J'ai pas envie d'être agressée pendant le service. Voire pire." Sentiment de peur, fantasme de mort, d'éclatement, sont ici ce que fait vivre le patient à son entourage, comme un témoignage de ce qu'il ressent intérieurement. C'est à l'occasion d'une menace directe sur un membre de l'équipe (Levée du poing en direction d'une soignante) avec bris d'objets (Cendrier fracassé au sol), que M.B sera conduit en chambre d'isolement. Au grand étonnement de l'équipe, il y va sans difficulté. De fait il connaît le lieu pour y avoir séjourné plusieurs semaines lors de précédentes hospitalisation Le protocole de surveillance est rapproché (prise des constantes 6 fois par jour et surveillance de l'état psychique une fois par heure). Le motif principal est de contenir la désorganisation psychique et l'impulsivité.

Les premiers temps en chambre d'isolement, l'état de M.B. fluctue entre des angoisses massives, où il crie, tape, répond aux voix qui le persécutent, et des moments d'apaisement. Ce sont toujours les mêmes soignants qui vont le voir en chambre. Ceux avec lesquels M.B ne s'agite pas, qui parviennent à entrer en contact avec lui : "Moi ça ne me gêne pas d'y aller, il est calme et ça passe bien avec moi" dira un collègue infirmier. Les autres soignants les laissent volontier assurer la surveillance. Cette présence en chambre d'isolement prend la tournure d'une mise en scène par les soignants du clivage induit par le patient. L'équipe est scindée en deux : les soignants faisant fonction de bon objet, et ceux faisant fonction de mauvais objet.

Lors des réunions cliniques et des transmissions quotidiennes, l'expression d'un sentiment d'empathie commence à émerger dans le discours des soignants "Ce qu'il vit, c'est horrible". "Il souffre tellement et on ne sait pas comment faire pour l'aider".

Le clivage de l'équipe apparait explicitement lors des transmissions quotidiennes. Les soignants qui demandent à ce que M.B sorte d'isolement qui semble le faire tant souffrir

s'opposent à ceux demandant à ce qu'il y reste, en raison de son agressivité non contrôlable. Chaque réunion de synthèse est l'occasion d'une discussion sur l'état clinique du patient, sur les pistes thérapeutiques tant médicamenteuses que non médicamenteuses. Le traitement par Haldol est majoré afin de permettre une sédation plus importante et un amendement des phénomènes hallucinatoires et des temps courts de sorties sont décidés par le médecin afin d'évaluer son état dans le service, hors de la chambre d'isolement. Ces temps de sortie sont difficiles à gérer pour le patient qui réintègre lui-même la chambre d'isolement après quelques minutes passées à l'extérieur. Le dehors est trop menaçant. Un véritable travail institutionnel de contenance autour de ce patient va alors s'engager.

Les soignants vont le voir régulièrement (plus régulièrement que les temps indiqués sur la fiche de surveillance) et passent du temps avec lui dans la chambre. Le psychiatre référent va le voir plusieurs fois par jour. Les parents sont prévenus du protocole d'isolement et sont reçus par le médecin en présence du patient pour expliciter les motifs de la mise en chambre et les objectifs de la prise en charge. Il est décidé qu'ils pourront visiter leur fils trois à quatre fois par semaine si son état le permet. Les visites se font dans un petit salon proche de la chambre d'isolement, permettant ainsi au patient de réintégrer la chambre en cas de recrudescence anxieuse. L'équipe n'exprime plus de sentiment de peur mais au contraire un sentiment d'empathie à son égard. De plus, ils se sentent soutenus par l'attitude du psychiatre référent qui se rend disponible et présent à tout moment. Un aide soignant va aller consulter le dossier de M.B afin d'en apprendre davantage sur son histoire, dans l'objectif de "mieux le comprendre". La tentative de ré-humaniser ce patient qui faisait éprouver à l'équipe un sentiment de peur et d'étrangeté n'a pu être possible qu'à partir du moment où l'équipe s'est réappropriée les soins. Et cette réappropriation des soins n'a été possible que quand l'équipe s'est sentie en sécurité et non menacée dans son intégrité. La capacité d'un service à gérer et absorber la violence inhérente au travail en psychiatrie dépend de multiples facteurs. La contenance institutionnelle, au-delà de l'effet sur les patients, a aussi un effet sur les équipes.

Il faudra une vingtaine de jours pour que l'état de M.B s'améliore et qu'un élargissement du cadre soit décidé en équipe lors d'une synthèse avec le psychiatre référent. Tous les soignants présents sont d'accord avec cette décision. Les premiers temps hors de la

chambre d'isolement, M.B les passe à proximité du poste de soins. La présence des soignants semble le rassurer. Certains membre de l'équipe lui proposent de s'asseoir un moment avec eux, dans le bureau infirmier, quand ils observent des signes d'anxiété, par exemple une recrudescence des soliloquies. Les liens se tissent, M.B prend de plus en plus d'assurance à l'extérieur de la chambre. Si l'entrée et le temps passé en isolement peut être difficile à gérer émotionnellement, M.B nous montre que la sortie l'est aussi pour lui et qu'elle doit être progressive. Son état s'améliorant, il récupère sa petite radio, objet qui l'accompagne toujours, et qui émet des grésillements plutôt que de la musique. Enveloppe sonore? Malgré le son insupportable de cette radio, l'équipe la tolère pour M.B : "il l'aime bien sa petite radio, on ne va pas lui enlever ce petit plaisir, le pauvre". Tentative de réparation d'une prise en charge violente et difficile? Au terme de plusieurs mois d'hospitalisation, M.B a pu retourner dans son foyer en Belgique.

Cette vignette éclaire deux problématiques :

- La fonction de la chambre d'isolement qui peut être analysée à deux niveaux :

Au niveau individuel, elle a permis dans une certaine mesure de rétablir une limite dedans/dehors, Moi/Non-moi en restreignant les contacts et les stimulations qui "engloutissaient" M.B. La restauration d'une limite corporelle a contenu, voire apaisé, le vécu angoissant de morcellement. L'isolement a également favorisé une prise en charge thérapeutique plus simple à gérer au niveau du service.

Au niveau de l'équipe, l'isolement du patient a permis le développement d'une contenance institutionnelle telle que nous l'avons présentée dans notre première partie. Cette contenance s'est mise en place par des moyens très concrets : une attention bienveillante au patient, une disponibilité authentique pour lui lors d'échanges informels ou d'entretiens. Elle suppose que l'équipe se sentent suffisamment en sécurité pour pouvoir ré investir le patient en tant que personne en souffrance et non comme malade menaçant ou dangereux. L'attitude du référent psychiatre, qui s'est rendu disponible et est resté à l'écoute, qui a cherché des pistes thérapeutiques, a certainement été également sécurisante pour l'équipe. Les questions autour de la prise en charge, l'apparition de sentiment d'empathie, la tentative de mettre un sens sur tel ou tel acte de M.B sont autant de marqueurs de l'évolution de l'équipe vis à vis du patient, au niveau du regard porté sur lui comme au niveau du soin.

Enfin, l'information et l'inclusion des parents dans la prise en charge a été bénéfique pour le patient. Les visites lui ont certainement permis de supporter le protocole

d'isolement. Cela a également été bénéfique pour les soignants qui se sont sentis d'une certaine manière légitimés dans leur prise en charge. Ils ont pris une part active dans l'information aux parents, qui appelaient régulièrement pour prendre des nouvelles.

- Les choix thérapeutiques et les alternatives à l'isolement.

Comment penser le soin face à un patient dont la prise en charge est si complexe ? Quel soignant doit-on être, peut-on être ? Est-on soignant ou le devient-on en fonction de l'évolution du patient ? La situation présentée ci-dessus interroge bien cela, comme elle questionne les choix thérapeutiques.

Etait-il adapté d'arrêter un traitement comme le Léponex alors que l'état du patient s'est aggravé clairement après ? Fallait-il envisager un traitement par sismothérapie devant ce tableau clinique et la souffrance massive de ce patient. Il est clair pourtant que, dans ce cas, le consentement du patient à la procédure ne pouvait être obtenu à terme. De plus, la mise en place de ce traitement reste difficile dans un service de secteur, éloigné des hôpitaux disposant du plateau technique nécessaire. Le packing aurait-il pu contenir le patient en crise ? Alors que la technique est utilisée dans le service, cette possibilité n'a pas été évoquée en équipe. Pourquoi ? Certains soignants de l'équipe ont mis en avant la possibilité d'une orientation sur une Unité pour Malades Difficiles. Cependant, pour le psychiatre référent et des membres de l'équipe qui connaissaient M.B de longue date, cette proposition n'était pas entendable. Des ajustements thérapeutiques étaient toujours possibles et à tenter, il fallait accompagner le patient pour qu'il évolue en chambre d'isolement et laisser le temps au traitement d'agir. De manière sous-jacente, on peut s'interroger sur la culpabilité soignante qu'engendrerait le transfert en UMD, culpabilité qui pourrait s'apparenter à un rejet de ce patient connu de longue date. De fait, les soignants opposés au transfert en UMD arguaient "qu'on l'avait connu plus grave que ça" et qu'à l'époque, "on ne l'avait pas transféré en UMD".

Cette histoire commune entre un patient et une équipe de secteur est intéressante dans le sens où elle peut éclairer les mouvements contre-transférentiels mobilisés à un instant "t" d'une prise en charge. A l'arrivée de M.B, bien que connu du service, l'équipe tente de désamorcer la tension interne du patient en multipliant les entretiens médicaux et infirmiers, sans pouvoir l'apaiser. La mise en chambre d'isolement est devenue incontournable, comme seul moyen de lutter contre l'angoisse de morcellement de M.B. et pour remobiliser l'équipe sur une position soignante.

L'utilisation de "techniques de désescalades" préconisée par la Haute Autorité de Santé aurait elle suffit ? Alors que ces techniques sont encore trop peu enseignées aux médecins et au personnel soignant, on peut se poser la question de leur pertinence face à un patient comme M.B. Quelle aurait été sa réceptivité en situation de crise ?

II.3 Mme L

Mme L. est une femme d'origine camerounaise de 35 ans, mariée, mère d'un enfant. Son mari a appelé les pompiers devant des symptômes d'anxiété massive, la tenue de propos incohérents et des troubles du comportement à type d'agitation évoluant depuis plusieurs jours à domicile. Elle est conduite aux urgences où le psychiatre de garde pose l'indication d'une hospitalisation sous contrainte devant des propos délirants avec une forte participation anxieuse et l'anosognosie totale des troubles. Son mari qui l'accompagne dit qu'elle est enceinte de deux mois. L'entretien avec la patiente est difficile d'après l'observation écrite faite par le psychiatre urgentiste du fait de l'anxiété et de la réticence de la patiente. Elle est adressée en SDT sur l'unité d'hospitalisation de son secteur, son mari est signataire du tiers. Il s'agit de sa première hospitalisation en psychiatrie.

Elle arrive aux alentours de 23 heures au service. L'interne qui l'accueille est le seul médecin de garde pour trois secteurs. Il ne travaille pas sur l'hôpital et vient juste y faire des gardes. Il ne connaît pas les équipes, ni le fonctionnement des services, et encore moins l'histoire de l'institution. Un sénior est bien présent aux urgences, mais dans un hôpital situé à quelques mètres de là. Il doit se rendre disponible si l'interne l'interpelle parce qu'il est en difficulté. Les trois secteurs de psychiatrie ont la réputation d'être violents, et les patients difficiles, du fait entre autre du bassin de population qu'ils couvrent (population en grande très précarité notamment).

L'interne de garde est appelé par l'équipe afin de procéder à l'examen d'entrée de la patiente. Le service a un protocole précis concernant les patients admis sous contrainte : ils doivent revêtir le pyjama de l'hôpital pendant les vingt-quatre premières heures et confier leurs affaires à l'équipe. Les visites et les appels ne sont pas autorisés. Ce cadre strict permettrait de minimiser le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif durant le temps d'évaluation du patient.

A son arrivée, Mme L. est visiblement tendue et inquiète de se retrouver à l'hôpital, qui plus est dans un service fermé. Elle répète en pleurant qu'elle n'a rien à faire ici, souhaite rentrer chez elle puis demande à appeler son mari. Les motifs de son hospitalisation lui sont expliqués, ainsi que les règles de l'unité. Devant l'anxiété majeure, un traitement anxiolytique lui est proposé, mais elle refuse. Les soignants

présents tentent dans un premier temps de la rassurer et lui proposent de l'accompagner dans sa chambre. Mais Mme L. ne veut pas bouger du poste infirmier et refuse de mettre le pyjama de l'hôpital. Après plusieurs minutes de négociation, elle consent à être accompagnée dans sa chambre mais refuse toujours le pyjama d'hôpital. Devant l'insistance des soignants pour qu'elle le mette, elle se renferme. Elle reste assise sur sa chaise, sans bouger, et refuse toute approche.

Les avis divergent sur la conduite à tenir. Certains soignants pensent que la laisser dormir avec ses affaires pourrait éviter de faire monter la tension et d'avoir à gérer un épisode d'agitation. D'autres soignants, plus anciens dans le service, tiennent à ce que le protocole soit respecté, comme pour tous les patients. Le fait que Mme B soit enceinte suscite de l'inquiétude quant à un éventuel rapport de force avec la patiente, peur de la malmenager, de lui faire du mal à elle ou à son enfant. La culpabilité n'est pas clairement énoncée, comme si le souci d'appliquer les règles du service devenait prioritaire, comme un pacte dont les soignants présents sont les garants. Et puis, certains craignent qu'elle réveille les autres patients et fasse "monter le service". "Si on commence à faire une exception alors on ne s'en sortira pas" dit une des infirmières qui va se démarquer du reste du groupe soignant comme "leader", probablement du fait de sa plus grande expérience du service.

Après plusieurs minutes de négociation, et devant l'opposition de M.L, l'équipe appelle des renforts et la patiente est conduite dans sa chambre, maintenue par 3 infirmiers et entourée au total de 7 soignants. Elle refuse de mettre le pyjama de l'hôpital et veut dormir avec ses vêtements. L'infirmière "leader" et un autre infirmier ne lui laissent pas le choix. Elle se met alors à vociférer, tente de s'échapper et menace les soignants. L'infirmière qui mène les opérations indique alors qu'il faut la conduire en chambre d'isolement. Afin de contenir l'agitation et l'angoisse de la patiente, une injection de Largactil est prescrite et administrée. Des infirmières et aides-soignantes la déshabille en la maintenant fermement sur le lit et referment la porte en lui laissant à disposition le pyjama de l'hôpital. La patiente se débat tout en injuriant le personnel présent puis s'effondre en pleurs. Elle passera la nuit en isolement. Les soignants auront pour consignes d'évaluer son état psychique toute les heures et ses constantes 6 fois par 24 heures.

A l'issue de cette mise en isolement, violente pour la patiente, mais également pour les soignants, certains membres de l'équipe tentent de comprendre comment ils en sont arrivés là. Mais les tentatives de reprise sont annulées par l'infirmière "leader" qui défend de façon assurée la décision : "Elle est complètement délirante", "Elle aurait réveillé tout le service et je ne veux pas gérer une autre mutinerie". Par expérience, dirait-elle, "il vaut mieux prévenir un épisode d'agitation en mettant en chambre d'isolement de manière systématique tous les patients entrants inconnus du service et hospitalisés sous contrainte".

La situation présentée ici ne fait pas figure d'exception. Elle met en exergue plusieurs notions sensibles et spécifiques à l'exercice de la psychiatrie: Comment accueillir une patiente qui dénie ses troubles? Les consignes protocolisées du service n'ont-elles pas renforcé un vécu persécutif chez cette patiente déjà très en souffrance ?

A quoi sert ici la chambre d'isolement? A contenir l'angoisse de la patiente? A l'isoler des autres patients du service qui "pourraient se réveiller"? A éviter une "mutinerie" ?

Le rapport au cadre est bien sûr à questionner. Les opinions divergent sur la nécessité de tenir un cadre "coute que coute". Il apparaît clairement que le règlement du service, l'application rigide d'un protocole et l'arrivée de renforts ont maintenu la patiente dans son opposition et ont participé à l'expression d'une forte agitation. Son refus n'est pas envisagé comme faisant partie de la symptomatologie d'un épisode délirant aigu singulier. Il s'agit "de ne pas faire d'exception".

De plus, la patiente est d'emblée considérée comme pouvant faire exploser le cadre. Il s'agit donc de préserver le service, de faire en sorte que les autres patients restent calmes. L'emploi du terme "mutinerie" rappelle une ambiance de guerre, où les soignants doivent faire corps face aux patients menaçants qui pourraient les attaquer. Comment établir une quelconque alliance thérapeutique et adhésion aux soins dans ce contexte? Comment mettre en oeuvre des tentatives de descentes adaptées à la personne si le fonctionnement du service ne l'autorise pas ?

Le cas exposé ici montre que la chambre d'isolement n'est pas envisagée comme un outil thérapeutique mais comme une réponse sécuritaire face à une dynamique soignante dysfonctionnante. Il ne s'agit pas d'une décision médicale mais d'une décision de l'équipe soignante. Quelle place pouvait prendre l'interne, présent dans les conditions énoncées en préambule, et qui assiste à la "scène" ? Gérer au mieux l'arrivée de cette

patiente dans le service aurait demandé des compétences au niveau de la prise en charge d'une conduite d'opposition, d'un épisode d'agitation, de connaître les indications de la chambre d'isolement, mais également de pouvoir s'appuyer sur une équipe qu'on ne connaît pas.

Le médecin aurait pu demander à ce qu'exceptionnellement la patiente puisse garder ses affaires pour la nuit afin d'évaluer si cela lui permettrait de s'apaiser. Mais prendre cette décision impliquait une opposition au corps soignant. Pouvait-on les "braquer" alors qu'ils allaient devoir surveiller et être attentif à cette patiente. Comment auraient-ils pu faire sereinement leur travail tout en se disant que cette patiente aurait dû être en isolement ? Même si seul l'état clinique du patient doit amener à la décision de mettre en chambre d'isolement, l'adhésion et la participation de l'équipe reste essentielle.

Cette vignette clinique montre également que, confronté à des décisions difficiles, il est important d'échanger. Ici, l'infirmière qui s'est dégagee comme "leader" de la mise en chambre verrouille toute tentative de dialogue, comme si tenter de comprendre ce qu'il s'était passé revenait à un aveu d'échec. On peut entrevoir la difficulté dans certains services de mettre en place le temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle recommandé par la Haute Autorité de Santé. Ce temps permet de développer la réflexivité des pratiques. Chacun est autorisé à verbaliser les difficultés ou les questionnements éthiques qu'il a rencontré lors d'une situation de mise en isolement, d'analyser la situation pour tenter de l'élaborer et de dégager des pistes pour améliorer les pratiques. Mais cela suppose de considérer que la remise en question des pratiques ne va pas menacer le rôle soignant.

III TROISIEME PARTIE

Les trois vignettes cliniques que nous avons présentées mettent en évidence plusieurs questions relatives à l'isolement en psychiatrie et notamment :

- Les différentes parties impliquées quant il est question d'isolement:
 - le patient: Si la décision d'isoler intervient souvent après un épisode de violence (agitation, auto ou hétéro agressivité), chaque patient est unique et va de ce fait vivre l'isolement à sa manière. Quel est donc le vécu des patients qui sont ou ont été isolé?
 - les soignants: Du médecin qui va prendre la décision d'isoler un patient, à l'infirmier qui va délivrer les traitements, en passant par l'aide-soignant qui va apporter le repas, c'est l'ensemble des professionnels soignants qui va être au côté du patient isolé. Derrière le terme de "surveillance", où se situe le travail soignant qui pourrait conférer à la chambre d'isolement sa dimension thérapeutique?
 - l'institution: La Contrôleuse générale des Lieux de Privation de Liberté a pointé les disparités entre les services de l'utilisation de l'isolement. De fait, à travers notre parcours d'interne et en discutant avec d'autres collègues, nous avons remarqué que si les "protocoles d'isolement" paraissaient similaires d'un service à l'autre, il n'en était rien de l'utilisation effective et de la manière de concevoir le soin en chambre d'isolement. De plus, nos vignettes cliniques ont montré les mouvements contre-transférentiels et les dynamiques de clivage que peut susciter le patient isolé. Comment appréhender cette dimension institutionnelle de l'isolement?
- Dans ces trois vignettes cliniques, l'isolement intervient après plusieurs tentatives pour désamorcer une situation à risque de violence : négociation avec le patient, modification thérapeutique, aménagement du cadre... Quels seraient donc les outils permettant une alternative à l'isolement?
- Nous avons vu que dans certains cas, la décision d'isoler un patient était complexe et impliquait plusieurs professionnels. Si l'état clinique du patient doit guider la décision du praticien, n'y a t il pas d'autres facteurs impliqués dans cette décision ou, du moins, l'influençant?

- Enfin, la HAS a émis des recommandations concernant les pratiques d'isolement en psychiatrie adulte qui ne peuvent s'appliquer telle quelle à la pédopsychiatrie. Quelles sont les pratiques en pédopsychiatrie et ont-elles des spécificités?

Depuis les années 2000, la littérature internationale s'est enrichie d'articles concernant l'utilisation de l'isolement en psychiatrie. Les questions qui ont émergées de nos vignettes cliniques ont servi de fil conducteur à cette revue de la littérature. Nous avons conçu un plan de discussion qui, loin d'être exhaustif, tente de répondre à certaines de ces questions.

III.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

III.1.1 A l'international

Dans une revue de la littérature de 2009, Steinert et al ont comparé les données relatives à l'isolement et la contention de différents pays. Ce travail de comparaison doit être pris avec prudence selon les auteurs. Tout d'abord parce que les outils d'analyse statistique varient selon les pays, rendant difficile toute comparaison. Par exemple, les Etats Unis utilisent volontiers le taux d'isolement et de contention sur 1000 jours, ce qui peut être pertinent pour des unités long séjour avec un faible turn over de patients. En revanche, ces résultats ne seraient pas pertinents pour des unités d'hospitalisation "aigüe", avec une durée moyenne de séjour courte. Pour ces unités qui accueillent un plus grand nombre de patients traversant un épisode psychiatrique aigu, il est intéressant de corrélérer les pratiques d'isolement au taux d'admission en calculant le pourcentage de patients admis dans un service ayant été isolé ou contentonné.

Ensuite, les durées d'isolement et de contention sont le plus souvent calculées lors des levées de mesures. Il existe deux façons de traiter et analyser ces données selon les auteurs, la médiane ou la moyenne. La moyenne tend à majorer la durée de la mesure comparativement à la médiane. En effet, il suffit d'un patient pour lequel la durée d'isolement a été particulièrement longue pour majorer la moyenne. Enfin, les définition de l'isolement peuvent varier d'un pays à l'autre (isolement en chambre d'isolement, isolement en chambre fermée, etc).

Douze études rapportant l'incidence de mesures d'isolement ou de contention (pourcentage d'admission ou de patient exposés) au sein d'un ou plusieurs hôpitaux, sur

une période définie, ont été retenues dans cette revue de la littérature. Les résultats montrent une grande variabilité des pratiques, en termes de fréquence et de durée des mesures utilisées. Les Pays Bas retrouvent une prévalence de 11,6% d'isolement parmi les admissions avec une durée moyenne d'isolement de 294 heures. C'est en Angleterre qu'on trouve la prévalence la plus basse avec 0,2% des patients admis isolés et une durée moyenne de l'isolement de 20 minutes. La différence entre ces chiffres pourrait s'expliquer par la culture du pays. Le "no-restraint" en Angleterre a permis de développer des alternatives aux mesures d'isolement et de contention. L'utilisation de psychotropes à visée sédatrice est préférée dans la gestion de l'agitation, au contraire des Pays Bas où l'administration d'un traitement médicamenteux sans le consentement du patient est une pratique très restreinte. Dans les autres états membres de l'Union Européenne, les quelques études publiées retrouvent une prévalence de mise en chambre d'isolement de 17,8% pour la Suisse, 7,8% pour l'Allemagne, 9,5% pour la Grèce. (Barrata, 2010)

III.1.2 En France

En France, deux études font état d'une prévalence de 5% (Baratta, 2009; Palazzolo, 1999). De plus, l'étude de Barrata de 2009 portant sur l'utilisation de la chambre d'isolement au sein d'un établissement public de santé montre qu'une majorité de patients isolés l'étaient initialement en soins libres et que pour 15% d'entre eux, aucune mise en conformité du mode de placement n'avait été faite au bout de 72 heures.

Magalie Coldefy a récemment analysé les données du Registre d'Information Médicalisé en Psychiatrie (Rim-P) relatives à l'isolement. Il apparaît que son utilisation est en augmentation depuis 2011 : 6,6% de patients isolés parmi les patients hospitalisés à temps plein en 2011 contre 8,3% en 2015. Ces résultats concernent la population adulte. A notre connaissance, aucune analyse des données concernant l'isolement des enfants et adolescents au niveau national n'a été faite.

Certaines caractéristiques peuvent être dégagées de l'étude de cette population:

- L'âge moyen des patients isolés est de 38 ans. Il s'agit en majorité d'hommes.
- Le diagnostic de schizophrénie est le plus souvent posé (23% des patients isolés), viennent ensuite les diagnostics de troubles bipolaires (10%), troubles de la personnalité ou du comportement (9%).

- Comparés aux patients hospitalisés non isolés, ceux placés en isolement sont plus souvent admis par les urgences (26% vs.13%), ou bien par un transfert ou une mutation depuis un autre service (24% vs. 18%).
- En 2015, 83% des patients mis en isolement étaient hospitalisés sans leur consentement: 36% de patients en SDRE, 25% en SPPI, 23% en SPDT. On retrouve également les détenus hospitalisés dans les services de psychiatrie générale en D398, souvent isolés pour des motifs sécuritaires à la demande du préfet, de l'administration pénitentiaire ou du directeur d'établissement. L'analyse du registre montre également que 1% des personnes en SL ont été placés en isolement, soit 4600 personnes.

Selon la même étude, le recours à l'isolement est observé dans tous les types d'établissements de santé: 63% des patients isolés l'ont été dans un Etablissement Public Spécialisé (EPS) dans la prise en charge des maladies mentales, 17% dans un Centre Hospitalier Général, 6% dans un Centre Hospitalo Universitaire, 1% dans un établissement privé à but lucratif. Ces chiffres apparaissent sans surprise, étant donné le nombre élevé d'EPS en France et la différence de population accueillie entre l'EPS (tout venant) et le CHU (souvent spécialisé dans un type de pathologie). L'analyse du Rim-P permet de constater l'importante disparité géographique des pratiques d'isolement, de moins de 5% en Seine Maritime ou en Charente à 15 voire 30% en Corse, Corrèze, Vendée. A Paris, on retrouve une prévalence située entre 7,5 et 10%. Une des causes de ces disparités pourrait s'expliquer par la présence d'unité spécifique accueillant des patients difficiles dans certaine région (UMD), mais reste insuffisante pour expliquer ce phénomène.

L'analyse des données quantitatives montre une augmentation des pratiques d'isolement dans les services de psychiatrie en France ces dernières années. Les causes de cette évolution n'apparaissent pas dans les résultats et restent encore à analyser.

D'autres études aussi bien quantitatives que qualitatives, d'autres indicateurs en lien avec la clinique, seraient nécessaires pour analyser plus finement les pratiques.

- Quand intervient la décision d'isolement par rapport à l'admission du patient? Se fait-elle dans les premiers jours suivant l'admission ou bien plus tard dans la prise en charge? S'il s'avère que la décision est plutôt prise dans les premiers

jours d'hospitalisation, un accent particulier pourrait être mis sur l'accueil et l'intégration des patients dans les services.

- A quel moment de la journée sont prises les décisions d'isoler: la journée? la nuit? lors des changements d'équipe? Ces éléments de contexte pourraient permettre d'analyser les facteurs extérieurs qui pourraient influencer sur la décision d'isoler le patient.
- Il pourrait être également intéressant d'affiner l'analyse de la population des patients isolés : S'agit-il de leur première hospitalisation en psychiatrie? Y a-t-il une consommation de toxiques, avec risques de troubles du comportement ou de passages à l'acte lié au sevrage?

Magali Coldefy met en avant certaines limites de l'étude du Rim-P : seules les mises en isolement correspondant aux motifs et au protocole de surveillance de la Haute Autorité de Santé sont analysées. Ne sont donc pas rapportés les cas où l'utilisation de l'isolement n'a pas de but thérapeutique, mais des fins sécuritaires ou pour soulager une équipe (utilisation constatée dans quelques établissements et dénoncée par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté). Ne sont pas recensées non plus les situations d'isolement dans une autre pièce, par exemple la chambre du patient fermée à clé, pourtant considérées comme un isolement à part entière par la HAS. La qualité du recueil d'information au niveau de chaque établissement doit être encouragée afin de rendre plus lisible la place que prend la mise en isolement dans la prise en charge des patients et dans le fonctionnement des services.

III.2 FACTEURS INFLUANT SUR LES PRATIQUES D'ISOLEMENT

Différentes études s'intéressent aux facteurs influant sur les pratiques d'isolement dans les services de psychiatrie, et notamment les facteurs environnementaux.

La chambre d'isolement vient souvent répondre à un épisode d'agitation ou de violence (qu'elle soit auto agressive ou hétéro agressive) du patient. La HAS a publié en septembre 2016 un guide méthodologique: "Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie". Deux situations à risque de violence sont repérées : l'admission et l'hospitalisation longue durée. D'après Henk Nijman, cité par la HAS, les facteurs pouvant favoriser l'expression de cette violence sont au nombre de

trois:

- Les facteurs internes, c'est à dire les caractéristiques du patient: le genre, l'âge, la pathologie sous-jacente.
- Les facteurs externes: il s'agit de l'environnement et la culture institutionnelle, l'architecture, le flux et le type de patients, la temporalité (moment de la journée), la formation et l'expérience des professionnels.
- les interactions entre les personnes dans une situation donnée.

Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé, la violence est un phénomène complexe. Au même titre, la décision d'isoler un patient n'est jamais simple et, si l'on peut dessiner un profil de patient le plus souvent isolé, chaque cas garde sa part de spécificité. Il s'agit d'un patient, avec sa pathologie et son histoire personnelle, qui va rencontrer une équipe, composée de soignants tous différents avec un style d'interaction propre à chacun, au sein d'un service porteur de sa propre histoire institutionnelle. Il s'agit donc de la rencontre entre un patient et un environnement de soin. Pour autant, malgré cette complexité, est-il possible de repérer certains facteurs extérieurs au patient influant sur l'utilisation de la chambre d'isolement?

- Caractéristiques de l'équipe :

Certaines études ont montré une association entre les caractéristiques sociodémographiques des membres d'une équipe et la fréquence d'utilisation de l'isolement. Rentreraient ainsi en compte : le niveau d'expérience (les infirmiers les plus anciens seraient moins favorables à l'utilisation de telles mesures), le genre (présence d'homme ou pas), le niveau d'éducation, les antécédents de mise en isolement vécu de manière traumatique (El-Badri, 2002 ; Janssen, 2007).

A l'inverse, d'autres études ne retrouvent pas d'association entre les caractéristiques sociodémographiques des membres d'une équipe et l'utilisation de l'isolement mais pointent l'influence des facteurs organisationnels et contextuels (Laiho, 2013 ; Boumans, 2015). Ainsi, le sentiment d'insécurité sur le lieu de travail (peu de soutien de la hiérarchie, peu de mesures de sécurité etc) serait corrélé à une utilisation plus importante de l'isolement. De même, la notion de "climat d'équipe", évaluée par la "Group Environment Scale" aurait une influence. Une plus grande expression de colère et d'agressivité parmi les membres d'une équipe aurait un effet sur la manière de gérer les épisodes d'agressivité et de violence des patients (réponse en miroir) et la capacité

de désamorçage de la situation. De même, un style d'interaction et d'intervention restrictif de la part de soignants serait associé à davantage d'épisodes de violence dans les services. Les soignants considérant l'agressivité et la violence des patients comme faisant partie de la pathologie psychiatrique apparaissent être plus en capacité de gérer leurs propres émotions face à la violence, et se disent moins atteints que les soignants voyant la violence et l'agressivité comme un comportement dysfonctionnel (De Benedictis, 2011). Percevoir l'agressivité comme le symptôme d'une pathologie permet d'envisager la situation sous un angle thérapeutique. Le soignant peut rester dans sa fonction soignante car ce n'est pas lui, en tant que personne, qui est attaqué et qui aurait donc besoin de se défendre.

- Environnement :

L'environnement pourrait avoir un effet sur l'utilisation de l'isolement. Une étude originale des Pays Bas a pris comme postulat de base que l'hétérogénéité des pratiques d'isolement pouvait en partie être expliquée par l'architecture des services d'hospitalisation. Les auteurs ont croisé les données concernant la qualité et la sécurité des bâtiments de différents hôpitaux psychiatriques aux données concernant la fréquence et le type de mesure coercitive par admission sur une période de 12 mois. Ils montrent que le risque d'être isolé diminue en fonction de l'espace privé réservé à chaque patient, du confort et de la visibilité dans le service (entendu comme une visibilité de l'équipe sur la plus grande partie du service). De même, la multiplication de lieux collectifs, où les soignants et les soignés peuvent se croiser, ferait baisser le recours à l'isolement (Van der Schaff, 2013). Bien entendu, les limites inhérentes à ce type d'étude sont relevées par les auteurs notamment parce que de nombreux autres facteurs font varier le recours à l'isolement. Pour autant, l'impact de l'environnement sur la gestion de l'agressivité, la colère ou la violence doit être prise en compte. Les endroits exigus, la chaleur excessive, la lumière crue, des bruits trop envahissants ou continus sont autant de facteurs prédisposant à une gestion anxiogène des situations de crise (Moratz, 2002)

- Temporalité :

Certaines études font état d'un risque majoré au cours des premières heures ou des premiers jours suivant l'admission. En Finlande, une intervention appelée " The first five minutes at admission" constitue une des mesures implantée dans un certain nombre

d'hôpitaux psychiatriques, et fait partie d'un programme destiné à diminuer l'utilisation de l'isolement et de la contention. Cette pratique repose sur le postulat que c'est lors des premières minutes suivant l'arrivée du patient dans un service que va pouvoir s'établir une relation soignant/soigné de bonne ou mauvaise qualité (Voskes, 2014). Palazzolo dans son étude note que les isolements ont le plus souvent lieu lors des changements d'équipe. On peut se demander si le temps des transmissions, temps crucial au sein de l'institution où les soignants se réunissent dans une pièce fermée aux patients, ne serait pas source d'angoisse. Les soignants ne sont plus là, ne sont plus visibles, pour réguler ou médiatiser les relations entre patients (Palazzolo, 1999).

Comme nous venons de le voir, l'étude des facteurs influant sur l'utilisation de l'isolement reste difficile, du fait des limitations propres à ce type d'étude. Il est délicat d'attribuer au seul facteur étudié la fréquence d'utilisation plus ou moins importante de l'isolement. De même, les résultats peuvent difficilement être généralisables. Le plus souvent, un petit nombre de service est étudié, chaque service ayant sa spécificité de pratiques (différente d'un hôpital à l'autre), dans un pays donné (avec une politique de santé spécifique, une organisation des soins spécifique). De plus ces études ne précisent pas la population de patients accueillis. On peut supposer que le rapport à la violence n'est pas le même dans une unité accueillant des patient supposés "dangereux" et dans une unité accueillant des patients tout venant. Ces études, si elles ne permettent pas d'établir des facteurs prédictifs de l'utilisation de l'isolement, ont néanmoins le mérite de s'intéresser à l'effet de l'environnement sur ces pratiques. Ce sont ces facteurs extérieurs au patient que nous avons tenté d'esquisser dans le cas de Mme. L. C'est la rencontre entre cette patiente et cette équipe qui a conduit à une mise en isolement. Ce sont d'ailleurs ces facteurs exogènes qui constituent l'entour du patient que les recommandations de bonnes pratiques encouragent à analyser rétrospectivement : Qu'est ce qui a pu participer à l'épisode d'agitation? Quels outils ont pu ou n'ont pas pu être utilisés pour tenter d'apaiser la situation? Qu'est ce qui pourrait être amélioré? Ces temps d'analyse et de reprise en équipe sont destinés à améliorer la réflexivité des pratiques et in fine, d'améliorer la prévention. Il semble important de rappeler que ces questions, même si le vocabulaire employé pour y répondre se transforme, n'est pas nouveau. C'est même tout l'enjeu de la capacité de contenance d'une institution que nous avons esquissé dans notre première partie. En son temps, Jean Oury, fondateur de

la psychothérapie institutionnelle, avait déjà théorisé l'importance de *l'ambiance* d'un service, et son effet sur l'état clinique des patients.

III.3 VECU DES PATIENTS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

La perception que les patients ont de la chambre d'isolement et la prise en compte de leur vécu est incontournable quand on s'intéresse à l'emploi de cette mesure. Avant les années 1990, quelques auteurs ont travaillé sur le discours de patients concernant l'isolement. Depuis les années 2000, un nombre croissant d'articles portant sur ce sujet paraît, montrant un nouvel intérêt pour cette question. En France, il y a encore peu de publications mais notre recherche documentaire nous a permis de découvrir quelques travaux y faisant référence. La plupart sont des études qualitatives réalisées pendant ou dans les jours suivants la mesure d'isolement. Nous avons retenus plusieurs points qui permettent de saisir les effets de la mesure chez le patient et qui éclairent la clinique.

III.3.1 Le vécu émotionnel

Ce sont d'abord des émotions négatives associées à la période d'isolement qui ressortent comme la colère, la peur, un sentiment d'impuissance. Dans une étude australienne, l'analyse du discours spontané de patients sortis d'isolement dans les sept jours précédant l'entretien met en évidence des expériences de majoration de symptômes psychiatriques : recrudescence hallucinatoire, déréalisation, vécu de dépersonnalisation. Ces mêmes phénomènes ont été décrits chez des détenus lors d'expériences d'isolement sensoriel conduites en prison (Meehan, 2000). A l'inverse, certaines études font état d'un sentiment d'apaisement à l'initiation de la mesure, et d'une sensation de sécurité (Mann, 1993).

En France, Palazzolo a conduit une étude qualitative auprès de 67 patients isolés, tous diagnostic confondu. Un entretien semi-directif a été réalisé dans les 3 premiers jours de la mesure d'isolement et 24 heures après la fin de la mesure.

- Concernant l'état émotionnel avant l'initiation de la mesure, 58% des patients admettent avoir perdu le contrôle et auraient eu l'intention de faire du mal aux autres ou à eux même.
- 70 % des patients décrivent une relation soignant-soigné de mauvaise qualité ou des rapports ambivalents avec les membres de l'équipe avant la mesure

d'isolement.

- 84% fait état de relations conflictuelles avec les autres patients.
- Lors des premières 24 heures en isolement, la colère est l'émotion prédominante mais elle laisse place à une sensation d'apaisement pour 94% des sujets interrogés.
- Une tonalité anxieuse tout le long de la mesure est relevée chez 67% des sujets isolés, anxiété qui se manifeste le plus souvent par un appel en direction des soignants (cris, tapage à la porte...). Cette anxiété peut sembler en contradiction avec la sensation d'apaisement rapportée. Peut-être faut-il envisager que les patients traversent des mouvements ambivalents, avec alternance de période calme et d'épisodes anxieux où ils interpellent alors les soignants?
- A la sortie de la chambre d'isolement, la plupart des sujets font état d'une anxiété liée à la crainte d'un passage à l'acte suicidaire, et mettent en place des conduites d'évitement. Certains rapportent éviter de passer devant une fenêtre, d'autres ne plus se raser (Palazzolo, 2004).

La thèse de Clémence Baldo soutenue en 2015 et portant sur le vécu des patients en chambre d'isolement montre des résultats similaires. Vingt patients ont été interrogés et ont répondu à un questionnaire sur leur ressenti en chambre d'isolement à distance de la mesure (délai moyen de 11 mois).

- La majorité des patients interrogés rapportent un sentiment d'impuissance. Les émotions le plus souvent ressenties sont la peur, la colère, la tristesse.
- Les patients évoquent une perte de la notion du temps (absence d'horloge permettant un repérage temporel), des difficultés liées au sevrage tabagique ayant pour effet une majoration de l'anxiété.
- Concernant les besoins fondamentaux, 40% des patients interrogés disent avoir souffert de la soif pendant toute la durée de la mesure.

Peu de sentiments positifs donc dans le vécu émotionnel exprimé par les patients. Au contraire, il semblerait que la mise en isolement mobilise l'angoisse notamment dans les premières heures suivant son l'initiation. L'anxiété au premier plan est majorée en cas de sevrage tabagique ou autres toxiques.

III.3.2 Vécu de la prise en charge

Il s'agit ici de voir comment les patients perçoivent la prise en charge soignante pendant le temps en chambre d'isolement. L'étude de Palazzolo montre que les patients gardent en mémoire leur mise en chambre d'isolement, et ce malgré leur trouble (par exemple un vécu délirant). Ainsi, 85% des patients se souviennent du prénom des infirmiers qui sont venus les visiter pendant toute la durée de la mesure.

Dans son travail de thèse, C. Baldo rapporte que 60% des patients se sont sentis proches des soignants pendant toute la durée de la mesure, même si certains patients déplorent le manque de temps d'écoute et de parole à leur égard. Une patiente signale ainsi qu'elle aurait aimé qu'un soignant prenne le temps de s'asseoir à côté d'elle pour parler.

Nicole Cano a conduit une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi directifs auprès de 30 patients un mois après leur sortie de chambre d'isolement (Cano, 2013). Elle s'est appuyée sur des principes éthiques pour définir le cadre d'analyse du corpus d'entretien:

- le principe d'autonomie définit comme "*allant chercher la part libre du sujet. Il est actualisé dans un cadre offrant des repères (spatiotemporel et référents soignants) et par les règles du consentement, de l'information, de la confidentialité, de la participation*".
- le principe de non malfaisance qui "*préconise de ne pas imposer au patient des souffrances qui ne feraient pas sens pour lui*".
- le principe de bienfaisance qui "*dicte d'accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître*".

57% des patients interrogés expriment une satisfaction globale vis-à-vis de leur prise en charge en chambre d'isolement, à savoir les soins infirmiers et les entretiens. Les effets bénéfiques de la mesure reconnus comme tels sont moins fréquemment rapportés, notamment l'apaisement durant le séjour. Ces résultats mettent en évidence l'importance des passages réguliers et du maintien des entretiens cliniques des soignants tout au long de la mesure pour permettre au patient de lutter contre le sentiment d'abandon et permettre la restauration d'une enveloppe psychique contenante.

Ils vont dans le même sens que ceux présentés dans d'autres études, comme celle de Meehan par exemple, pour qui la présence des soignants permet de lutter contre les sentiments d'isolement social et d'abandon que ressentent les patients en chambre d'isolement.

Ces échanges avant et pendant l'isolement, que ce soit pour évaluer l'état clinique, lors de la prise des constantes, pour délivrer une information ou pour administrer un traitement, devraient participer à l'établissement d'une contenance relationnelle capable de résister aux assauts destructeurs du patient en situation de souffrance.

III.3.3 Perception de l'efficacité de la mesure d'isolement

Le recueil du vécu à distance est intéressant dans le sens où il permet, du point de vue des patients, d'apprécier l'efficacité de la mesure "après-coup".

Dans sa thèse, C.Baldo montre que:

- 65% des patients interrogés estiment que le maintien en chambre les a aidé à se calmer, notamment sur le plan comportemental.
- 50% se sont senti apaisé à l'issue de la mesure.

Dans l'étude de N.Cano, les mêmes appréciations ressortent:

- 36,7 % des patients ont pu dire que l'isolement leur avait permis de recouvrer "un contrôle de soi".
- 50 % ont reconnu que l'isolement les avait aidé à résoudre une crise : " je connais mieux ma pathologie et ses effets ".
- La sensation de retrouver une autonomie en tant que sujet participe à la reconnaissance de l'efficacité de l'isolement.
- A noter cependant que pour 73% d'entre eux, l'insalubrité et la dégradation de la chambre d'isolement, le non respect de leur intimité et l'absence de repérage temporel restaient toujours associés négativement à cette expérience.

III.3.4 L'information

La majorité des patients interrogés dans les trois études citées plus haut déplorent le manque d'information quant au motif de leur mise en chambre d'isolement. 50% des patients interrogés par C.Baldo disent ne pas avoir reçu d'explication et 60% disent n'avoir pas compris les motifs d'isolement.

Pour N.Cano, l'information du patient est primordiale afin qu'il puisse retrouver son autonomie en tant que sujet, autonomie mise à mal lors des phases aiguës de décompensation de certaines pathologies. L'autonomie est ici envisagée selon un point de vue éthique, comme la part libre du sujet de décider pour lui-même. L'information doit être répétée si le patient n'est pas en capacité d'entendre ou de comprendre au démarrage de la mesure. Selon elle, informer le patient " peut éviter aussi des interprétations sur l'attitude des soignants à son égard, et notamment diminuer dans l'après-coup le vécu punitif ".

Au delà de l'anosognosie des troubles liée à certaines pathologies, il semble nécessaire de délivrer une information claire et compréhensible sur l'indication de la chambre d'isolement et des effets recherchés. Elle doit être adaptée au niveau de compréhension de la personne, et ce pour rechercher autant que possible son adhésion au projet qui la concerne. Cette information semble d'autant plus légitime que, comme nous l'avons vu précédemment, les patients vivent le temps d'isolement avec intensité et conscience dans une certaine mesure. Au delà de préserver l'alliance thérapeutique, elle doit permettre au patient de se situer dans une démarche d'autonomisation et de meilleure compréhension de ses troubles. Il s'agit de mettre en mot et en forme ce qui ne peut se dire chez lui, mais aussi de lui éviter d'interpréter l'attitude des soignants à son égard. Il ne s'agit pas d'annuler ou de nier un vécu négatif ou punitif, mais de renvoyer au patient ce que les soignants ont compris de l'agir ou de l'état clinique dans lequel il se trouve et comment un temps d'isolement pourrait être thérapeutique.

III.3.5 Entretien de débriefing

La Haute Autorité de Santé recommande dans son dernier rapport de proposer au patient lors d'un entretien spécifique une analyse de l'épisode ayant conduit à la mise en chambre d'isolement. Cet entretien, qui se rapproche de l'entretien de débriefing dont parlent les anglo saxons, doit permettre entre autre au patient de verbaliser son vécu. Cette pratique est encore trop peu développée en France. Ainsi, 75% des patients interrogés par C.Baldo disent ne pas avoir bénéficié de cet entretien. Pour 60% d'entre eux, cela aurait pu être bénéfique.

Cet entretien apparait d'autant plus nécessaire que, comme nous l'avons vu plus haut, les patients témoignent prioritairement d'émotions négatives et d'une certaine anxiété liée à la crainte d'un éventuel passage à l'acte suicidaire à la sortie de la chambre

d'isolement, leur séjour en milieu sécurisé les ayant selon eux mis à l'abri de tout geste autolytique d'ordre impulsif. Repérer des phénomènes de cet ordre permettrait de les accompagner et de les élaborer avec le patient et l'équipe.

III.4 PROTOCOLES EXISTANTS

Une revue de la littérature intitulée "Seclusion and restraint for people with serious mental illness" est parue en 2000, et a été réactualisée en 2012 (Sailas, 2000). Son objectif principal est d'étudier l'effet thérapeutique de l'isolement et de la contention en comparaison avec d'autres alternatives. Les auteurs montrent qu'aucune étude contrôlée concernant l'efficacité thérapeutique de ces mesures n'a été retrouvée et que plusieurs effets secondaires ont été rapportés (notamment suite à des pratiques de contention). L'absence d'efficacité prouvée de ces techniques, les questionnements éthiques qu'elles soulèvent ont en partie contribué à une volonté de les diminuer et de développer d'autres alternatives de prise en charge de la violence. Divers pays ont engagé une véritable politique de soin en santé mentale et ont mis en place des programmes ayant pour objectif de diminuer les pratiques d'isolement et de contention dans les services de psychiatrie. Ces programmes nationaux s'appuient sur des guides stratégiques. Nous allons en présenter brièvement deux.

Le « *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*© » est un guide, datant de 2002, développé par la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) aux Etats-Unis (Huckshorn, 2004). Les six points décrits sont :

- Une modification dans l'organisation de la direction des soins. La réduction des pratiques d'isolement et de contention doit être une priorité dans chaque établissement. Les différents corps de métiers mais aussi de représentants des usagers et de familles d'usagers doivent être inclus dans l'élaboration du projet.
- L'utilisation des données pour informer sur les pratiques et optimiser le traitement de l'information concernant l'isolement et la contention.
- Le développement des compétences en s'appuyant sur la formation des équipes à la prévention, aux stratégies de désescalade, à l'impact sur le patient de ces mesures.
- L'utilisation d'outils de prévention : évaluation des risques de violence, mise

en place de chambre d'apaisement, d'activités thérapeutiques, travail avec le patient autour de repérage des facteurs de stress environnementaux ou émotionnels faisant perdre le contrôle, apprendre l'autogestion de la maladie.

- L'encouragement du rôle des patients et des représentants des usagers dans les unités de soins
- L'utilisation d'outils de débriefing.

Le modèle de Murphy et Bennington-Davis de 2005 « *Restraint and seclusion. The model for eliminating their use in healthcare* ». Dans cet ouvrage les auteurs présentent ce qu'ils nomment le "modèle de l'engagement" qui a pour but "de redéfinir la relation entre les soignants et les soignés afin de minimiser les conflits et d'optimiser la collaboration et la coopération". Afin que le projet puisse aboutir, les auteurs insistent sur plusieurs points:

- L'implication de la hiérarchie hospitalière pour redéfinir une politique de soin axée sur la réduction des mesures coercitives.
- La mise en place d'une équipe de "management" qui assurera le "leadership" du projet. Cette équipe, constituée de différents professionnels au sein de l'établissement, va encourager les équipes sur le terrain, soutenir les changements de pratiques, évaluer les effets.
- Un modèle de soin basé sur le trauma. Les auteurs partent du constat que la majeure partie des patients hospitalisés en psychiatrie ont connu ou connaissent des évènements traumatiques dans leur histoire, au sein de la société (discrimination) mais aussi dans leur parcours de soin (soins sous contrainte, isolement, contention) ou du fait de la pathologie (épisode psychotique, trouble de l'humeur). A partir de la connaissance des effets du trauma au niveau neurologique, biologique, psychologique et social, les professionnels de la psychiatrie doivent mettre en place des soins adaptés ("trauma-informed care"). Ils doivent être en mesure de rechercher les antécédents de trauma, les éventuels symptômes de stress post traumatiques et aider le patient à développer des stratégies d'adaptation.
- Un changement de culture au sein de l'établissement, en déconstruisant les mythes et les croyances liées à l'isolement ou à la contention, en incluant tous les professionnels dans une démarche de changement. L'analyse des interactions au

sein d'une équipe, du vocabulaire employé pour parler des épisodes de violence ou des mesures de contrainte, des rapports entre les soignants et les patients sont autant d'éléments devant être modifiés sur le terrain pour réduire les mesure d'isolement et de contention.

- Le debriefing avec les équipes et avec le patient isolé est un des éléments essentiel du dispositif.

Ces approches, bien que différentes, présentent certains éléments communs comme un "leadership" fort, une augmentation du personnel soignant, l'implication de l'institution dans son ensemble, une formation des équipes concernant l'isolement et la contention, une formation à la prise en charge des situation de crise (stratégies de désescalade, résolution de conflits etc.), l'optimisation du recueil des données pour améliorer les pratiques.

Ces programmes auraient démontré leur efficacité selon plusieurs études américaines qui rapportent une diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention de 54 à 75% selon les services (Fischer, 2003). Cependant, il est impossible d'évaluer quels sont les éléments de ces programmes les plus impliqués dans la transformation des pratiques. De plus, la plupart de ces études évaluent la fréquence des mesures d'isolement et de contention avant et après l'implantation du programme mais ne tiennent pas compte de facteurs extérieurs au programme qui pourraient avoir une influence sur le recours ou non à l'isolement. Par exemple, l'utilisation de psychotropes, un changement dans le personnel, la typologie de la population de patients au moment de l'étude. De plus, l'effet Hawthorne peut modifier les résultats du simple fait que les équipes vont avoir conscience qu'elles participent à une étude et qu'elles font l'objet d'une attention particulière.

Cependant, comme le font remarquer Gaskin et al dans leur revue de la littérature, la mise en place d'études contrôlées randomisées, qui permettraient d'évaluer au mieux l'efficacité de telles pratiques, présente beaucoup trop de difficultés en raison de la variabilité de l'organisation des différents services hospitaliers, des comportements des équipes et des pathologies des patients. Trouver un échantillon de services suffisamment homogène qui autorise une telle étude semble quasiment impossible. Les auteurs suggèrent une approche plus pragmatique comme l'étude de cas, et la description fine de l'implantation des programmes dans les établissements ciblés, avec les effets observés, aussi bien négatifs que positifs (Gaskin, 2007).

III.5 L'ISOLEMENT EN PEDOPSYCHIATRIE

La plupart des études portant sur les pratiques d'isolement chez l'enfant ou l'adolescent sont anglo-saxonnes. Deux visions prévalent concernant l'utilisation de mesures coercitives chez les patients mineurs. Certains auteurs postulent que l'isolement pourrait permettre de retrouver des limites, d'apprendre le contrôle de soi chez des enfants ou adolescents présentant des pathologies dites narcissiques où le passage à l'acte prévaut. L'utilisation de l'isolement doit néanmoins s'inscrire dans un processus thérapeutique et éducatif global conduisant à un changement de comportement. D'autres auteurs mettent en avant l'absence de preuves de l'efficacité de telles mesures, voire leur iatrogénie aussi bien physique que psychique puisqu'elles constitueraient une expérience traumatique pour un certains nombres de patients (Fincke, 2001).

Nous n'allons pas ici chercher à trancher sur ces approches cliniques divergentes. Nous allons plutôt nous intéresser aux données concernant la prévalence de l'isolement et à l'existence d'éventuels facteurs prédictifs. Nous présenterons ensuite des études témoignant de pratiques alternatives à l'isolement et leur efficacité dans des services d'hospitalisation pour enfant et adolescent. Nous terminerons par la présentation d'études françaises existantes sur ce sujet.

III.5.1 Prévalence

Les études anglo-saxonnes portent peu sur l'isolement seul mais davantage sur les mesures coercitives qui englobent la contention et l'isolement (SRU: Seclusion Restraint Use), voire les pratiques de "time out" et de "holding" fréquentes dans ces pays. Le "time out" est défini comme un temps limité (le plus souvent 30 minutes) que l'enfant ou l'adolescent va passer hors du groupe (principalement dans sa chambre), soit sur injonction d'un adulte, soit de sa propre initiative suite à un comportement violent ou inadapté. Cette pratique a pour but d'extraire le patient du groupe, source d'excitation et d'agitation, et de travailler sur des stratégies d'auto contrôle du comportement. Le "holding" est défini comme le maintien corporel du jeune patient par un soignant qui va dans le même temps user des techniques de réassurance.

Une revue de la littérature réalisée en 2011 sur la prévalence de l'utilisation de l'isolement et de la contention chez les enfants et les adolescents pointe certaines zones d'ombre dans la recherche concernant ces pratiques en population pédopsychiatrique. Le nombre limité d'études sur le sujet, l'absence de définition commune de l'isolement et la nécessité de définir des indicateurs précis afin d'étudier l'efficacité de ces mesures en donnent une portée très limitée (De Hert, 2011). Les prévalences sont très variables d'un pays à l'autre et d'un établissement à l'autre. Sourander et al. ont conduit une étude transversale sur l'utilisation de mesures de contrainte (isolement, contention, time out, holding) dans les services d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents en Finlande . Au total, 504 enfants et adolescents hospitalisés ont été inclus sur une période d'un an. La prévalence de l'utilisation de la chambre d'isolement est de 8,5%. Elle est associée à un diagnostic de trouble psychotique, de passage à l'acte suicidaire et d'un âge compris entre 13 et 18 ans (Sourander, 2002). Donovan et al, ont étudié les caractéristiques associées à une mesure d'isolement ou de contention chez 442 enfants et adolescents hospitalisés sur une période de deux ans. Ils retrouvent une prévalence de 61% (Donovan, 2003).

III.5.2 Facteurs prédictifs

Certains facteurs ont été identifiés comme pouvant être associés à un risque accru d'isolement : un antécédent de comportement violent ou d'agression, un comportement suicidaire, une pathologie psychiatrique sévère. Certaines études montrent également des liens entre une admission en urgence et une mesure d'isolement (Donovan, 2003).

Gullick et Dermott se sont intéressés aux facteurs psychopathologiques et familiaux d'enfants et d'adolescents hospitalisés afin de définir un profil de patient à risque d'être isolé. Des échelles d'évaluation clinique comme la *Child Behavior Checklist* (CBCL), la *Youth Self Report* (YSR), la General Health Questionnaire (GHQ), la General Functioning Scale of the Family Assessment Device (GFS-FAD) et la The Life Events Scale (LES) ont été utilisées pour décrire ces différents facteurs, à la fois environnementaux, familiaux, mais également personnels (profil psychopathologique). Les résultats montrent un score élevé dans les troubles dits externalisés, qui mettent en évidence une plus grande propension à répondre par l'agir à un facteur de stress , et dans les troubles internalisés sous tendant une dysrégulation des affects et de l'humeur. L'anamnèse retrouve un environnement familial carencé, un retard de prise en charge et des antécédents psychiatriques familiaux (Gullick, 2005).

III.5.3 Des pratiques en voie de diminution?

En 1999, la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), agence nationale de lobbying et d'assistance technique qui administre dans 50 Etats les hôpitaux psychiatriques, définit les pratiques de contention et d'isolement comme des mesures sécuritaires de dernier recours et non comme des mesures thérapeutiques. La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organisme de financement et d'accréditation d'établissements de santé sur le territoire américain, encourage les initiatives pour réduire les mesures coercitives dans les hôpitaux psychiatriques. C'est dans ce contexte que l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) publie en 2002 ses recommandations, que nous avons développé en première partie de ce travail, concernant la prévention et la gestion des comportements violents chez l'enfant et l'adolescent (Masters, 2002). Aux Etats Unis, des programmes destinés à la réduction des mesures d'isolement et de contention chez l'enfant et l'adolescent mais aussi chez l'adulte ont été mis en oeuvre dans un certain nombre d'établissements. Plusieurs études ont tenté d'évaluer l'efficacité de tels programmes en comparant la prévalence d'isolement et de contention avant et après leur initiation.

LeBel et al ont étudié l'implantation d'un modèle de "strength base care" dans les unités de pédopsychiatrie de l'état du Massachussets. Ils concluent que cette pratique développe chez le jeune patient des capacités et une force d'action qui lui permettent d'enrayer lui même un certain type de comportement problématique. La mise en place de cette approche dans les services de pédopsychiatrie a été soutenue par la formation des professionnels de santé sous forme de conférences, d'ateliers pratiques (enseignement de techniques de désescalade par exemple). Chaque unité devait viser une réduction significative du nombre d'isolement et de contention. Afin d'atteindre cet objectif, un formateur extérieur venait assurer une assistance technique, sous forme de débriefing ou de conseil. Pour examiner l'efficacité de ces mesures, les auteurs ont calculé la totalité des épisodes d'isolement et de contention pour 1000 jour-patient ainsi que leur durée. Les données datant d'un an avant l'implantation du modèle de strength base care ont été recueillies, ainsi que celles un an après l'implantation et 22 mois après. Avant l'introduction de ce programme, les mesures d'isolement et de contention s'élevaient à 84 pour 1000 jour-patient dans le département enfant, 72 pour 1000 jour-patient dans le département adolescent et 73 pour 1000 jour-patient dans une unité accueillant enfant et adolescent. Après 22 mois de fonctionnement, les auteurs évaluent

la diminution des mesures d'isolement et de contention à 59,8% tout service confondu, dont 72% dans le département enfant. La durée des isolements diminue également (Le Bel, 2004). A noter que les auteurs dans leur étude ne font pas la distinction entre les pratiques d'isolement et les pratiques de contention.

Outre les limites de ce type d'étude, que nous avons développées dans le chapitre précédent, reste à savoir si les changements dans les pratiques et leurs effets sur le recours à l'isolement ou la contention s'est pérennisé dans le temps, au delà des 22 mois. A noter que les auteurs dans leur étude ne font pas la distinction entre les pratiques d'isolement et les pratiques de contention.

De la même manière, Dean et al ont évalué l'effet d'un programme de management comportemental, issu des thérapies comportementales, dans une unité pour enfant et adolescent. Ce programme inclut plusieurs points dont la détection et la prévention de comportements agressifs, la formation des équipes, les techniques de renforcement positif etc. Les auteurs ne différencient pas dans leurs résultats l'isolement ("seclusion") en chambre d'isolement et les "locked intervention", qui comprennent notamment les temps de time-out en chambre fermée. Avant la mise en place du programme, la fréquence d'isolement par mois est évaluée à 10,7. Six mois après la mise en place du programme, les auteurs notent une diminution de 97% du nombre d'isolement. Cependant, les "all locked intervention" augmentent de 35,5% (Dean, 2007). Ces résultats posent question au regard de la définition française de la Haute Autorité de Santé, qui considère le temps en chambre fermée comme un fait d'isolement. On peut dès lors se demander si la diminution des pratiques d'isolement ne s'accompagnerait pas d'une augmentation d'autres mesures (time out, contention ou bien prescription de psychotropes).

III.5.4 En France

En France, il n'existe que peu d'étude concernant les pratiques d'isolement en pédopsychiatrie. Welniarz et al ont conduit une enquête nationale entre avril 2003 et avril 2004 sur les pratiques d'isolement des services et secteurs de psychiatrie infanto juvéniles disposant de lits à temps pleins. Leur étude met en évidence l'utilisation de la chambre d'isolement dans la plupart des services.

- La durée moyenne de l'isolement est de 30 minutes chez les enfants, douze heures chez l'adolescent. Ces résultats semblent suggérer que les enfants

retrouvent plus rapidement leur état affectif antérieur après un temps isolé relativement court. De plus, les pathologies psychiatriques à l'adolescence s'apparenteraient davantage à la pathologie de l'adulte (épisode maniaque, épisode délirant...) et demanderaient un temps d'isolement plus long avant une régression symptomatique.

- L'isolement serait plus fréquemment utilisé chez l'adolescent que chez l'enfant. Ce résultat entre en contradiction avec certaines études anglo saxonnes qui font état d'une prévalence d'utilisation de l'isolement plus élevée chez les enfants. Dans l'étude de Welniarz, les motifs de mise en chambre d'isolement ne sont pas pris en compte, ni le diagnostic sous jacent. Ces indicateurs pourraient s'avérer pertinents pour analyser en partie la différence constatée au niveau fréquence et durée d'isolement entre l'enfant et l'adolescent.
- Les auteurs notent que plus de la moitié des services n'utilisent pas de protocoles d'isolement ou d'échelle d'évaluation telle que l'échelle d'agressivité manifeste de Yudovski utilisable dans les situations de violence. Selon les auteurs, outre la nécessité de formaliser les pratiques, la rédaction d'un protocole d'isolement permettrait " d'élaborer une réflexion d'équipe sur les pratiques et de pouvoir ainsi dégager des références cliniques communes". En outre, cela éviterait une certaine culpabilité soignante et la constitution de violences institutionnelles (Welniarz, 2005).

Nadereau et al ont conduit une étude rétrospective de 2005 à 2010 au sein d'une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents en Seine Saint Denis afin de comparer les profils des patients isolés versus non isolés et de préciser les modalités pratiques du recours à l'isolement. Il s'agit d'une unité de 8 lits qui accueille des adolescents entre 12 et 17 ans. L'admission se fait après un entretien de pré-admission. La durée moyenne de séjour est de 40 jours.

Les auteurs rapportent que 13% des patients hospitalisés ont été isolés entre 2005 et 2010. Quelques spécificités se dégagent de cette population:

- Il s'agit en majorité de garçon, dont l'âge moyen est de 14,3 ans.
- Les admissions décrites "à caractère d'urgence" ou se faisant par les urgences sont significativement plus fréquentes ($p < 0,001$) chez les patients isolés (respectivement 39,13 et 26,09%) que chez les non isolés (9,87 et 1,97%).

- La consommation de toxiques et la prescription de psychotrope à la sortie d'hospitalisation sont plus fréquemment observées.
- En terme diagnostic, les patients les plus fréquemment isolés présentent un trouble des conduites, des épisodes thymiques (maniaque le plus souvent) et des épisodes délirants aigus.
- La durée moyenne d'isolement est de 16 jours.

Les motifs les plus souvent cités comme préalable à la mise en chambre d'isolement sont l'hétéro agressivité et l'agitation. Viennent ensuite les tentatives de fugue et les menaces verbales. Il est intéressant de noter que 26% des mises en isolement ont eu lieu dans les 24 premières heures suivant l'admission et la moitié s'est produite dans les huit premiers jours. Les auteurs rapportent une atténuation des troubles du comportement après une mesure d'isolement à l'exception de deux adolescents chez qui l'isolement a provoqué une recrudescence d'une symptomatologie anxio-délirante, conduisant à la levée précoce de la mesure. Les auteurs relèvent chez l'un d'entre eux l'existence d'un passé traumatique avec violences intra familiales et posent la question d'une possible iatrogénie chez ces patients. Ils rejoignent en cela le postulat de plusieurs auteurs selon lequel une mesure d'isolement chez un patient ayant subi des événements traumatogènes dans l'enfance pouvait constituer un nouveau traumatisme et réactiver des symptômes non seulement anxieux mais également un état de stress post traumatique (Nadereau, 2013).

Les pratiques françaises semblent différer des pratiques des pays anglo-saxons, notamment concernant la fréquence et la durée des mises en chambre d'isolement. Ainsi, chez nos voisins, au cours d'une hospitalisation, un patient peut être isolé plusieurs fois pour des durées plus brèves qu'en France. Ces différences pourraient s'expliquer par la pratique du "time out", très utilisée dans ces pays. En France, au delà de l'atténuation des symptômes les plus "bruyants", la chambre d'isolement et les soins intensifs qui l'accompagnent vont permettre un travail d'élaboration des agirs, à partir d'une approche théorico-clinique s'appuyant principalement sur le concept de contenance que nous avons abordé dans notre première partie.

Plusieurs problématiques se dégagent de ces différentes études:

- La prévalence et la durée de l'isolement diffère selon que l'unité accueille des enfants, des adolescents, ou bien des enfants et des adolescents en même temps.
- La question du diagnostic sur les protocoles de mise en chambre d'isolement se pose également. En effet, l'intérêt de regarder au delà du motif de mise en chambre d'isolement et de s'intéresser à la pathologie qui sous tend les troubles du comportement, permettrait des études épidémiologiques sur la population de patient isolés, mais permettrait également d'adapter la prise en charge à chaque patient. Comme nous l'avons vu plus haut, une agitation dans un contexte d'épisode maniaque ne se prend pas en charge de la même manière qu'une agitation dans le cadre d'un trouble des conduites. Cela pose alors la question difficile de coter les diagnostics en restant au plus près de la clinique. Les feuilles de protocole sont parfois remplies par des médecins de garde qui ne connaissent pas le patient et ne sont donc pas au courant du diagnostic. De plus dans certains services de pédopsychiatrie, le psychiatre ne se déplace pas systématiquement lors d'une mise en chambre d'isolement. Les isolements courts peuvent être initiés et levés par l'équipe soignante, qui n'est pas nécessairement familiarisée avec des échelles de cotation.
- Les risques d'isolement sont plus élevés les huit premiers jours suivant l'admission d'un jeune patient. L'arrivée dans un nouveau lieu, la rencontre avec d'autres patients, les sollicitations par l'équipe de soin tend à faire émerger les situations conflictuelles et anxiogènes. De plus, les patients à leur admission ne bénéficient pas toujours d'un traitement de fond qui pourrait apaiser ces symptômes. L'accent mis sur l'accueil des patients mais aussi une attention constante semble nécessaire pour prévenir autant que possible l'utilisation de l'isolement comme réponse à des comportements réactionnels à l'hospitalisation.
- L'existence de traumatismes dans l'enfance agirait comme une contre indication à l'utilisation de la chambre d'isolement. Il s'avère donc important de rechercher dans l'histoire de l'enfant des évènements traumatogènes pour adapter si besoin la prise en charge. Dès lors, qu'en est il des patients présentant des troubles des conduites, ayant pu vivre des expériences traumatiques dans l'enfance, et qui sont à risque d'être isolé? Comme nous l'avons dit dans notre première partie, une attention particulière devrait être portée à l'effet de la chambre d'isolement sur ce type de patient, en gardant en tête l'éventualité d'une contre-indication en

cas de reviviscence de scène traumatique, de majoration de l'angoisse, de réactivation de vécu abandonnique.

- La prise en charge des soignants doit être maintenue pendant tout le temps de l'isolement. Chaque période devrait être accompagnée d'un protocole de surveillance infirmière, comprenant les entretiens infirmiers et médicaux, pour garantir une véritable prise en charge globale et intensive.
- Enfin, chaque service devrait favoriser le développement d'alternatives à la chambre d'isolement sur le plan institutionnel, mais aussi dans la prise en charge individuelle en s'autorisant à créer, avec le patient, des espaces intermédiaires ou des solutions lui permettant de s'apaiser.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude comparant les pratiques d'isolement en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. De fait, si les motifs d'isolement peuvent à priori sembler similaires (agitation, risque de fugue, hétéro ou auto agressivité), elles paraissent différer sur bien des points.

- la fréquence et la durée des isolements.
- l'utilisation de la chambre fermée, qui constitue selon la définition de la HAS un isolement, semble plus fréquente en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte.
- L'absence de soins sous contraintes : seuls les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sous contrainte peuvent être isolés selon la circulaire Veil. De telles mesures de contraintes n'existent pas en pédopsychiatrie : le patient est soumis à l'autorité parentale, ou bien fait l'objet d'une mesure d'Ordonnance de Placement Provisoire. Ainsi selon la loi, " l'admission d'un mineur est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire, munie du certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier". Pour les mineurs relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et dont les parents n'ont pas eux même placés leur enfant dans le service de l'ASE (et donc n'étant plus titulaire de l'autorité parentale), c'est l'ASE qui doit être informée et autoriser l'admission en hospitalisation.
- L'information va de ce fait être différente en pédopsychiatrie. Si l'information sur les motifs de l'isolement et les objectifs peut être apportée au mineur, il convient d'informer les détenteurs de l'autorité parentale de l'instauration d'une mesure

d'isolement dans le cadre d'une hospitalisation qu'ils ont demandé ou autorisé. Comment délivrer l'information à la famille quand cette dernière est en proie à des mouvements ambivalents, comme nous l'avons vu dans le cas Hanae? Et qu'en est-il des mineurs admis à la demande du juge des enfants ou relevant de l'aide sociale à l'enfance : qui doit-on informer dans ce cas?

III.6 VERS UNE EVOLUTION DES PRATIQUES

Si on retrouve un certain nombre de publications sur les pratiques d'isolement dans la littérature internationale, la France se saisit de cette question depuis une dizaine d'années. Même si la littérature française reste pauvre sur le sujet, les articles et les travaux universitaires se multiplient et explorent différentes facettes de l'isolement : témoignage de pratiques, étude qualitative du vécu des patients, étude descriptive. La loi de 2016 dite "de modernisation de notre système de santé" et les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé vont dans le sens d'un questionnement des professionnels de santé mais aussi des personnels administratifs des établissements de santé mentale sur ces pratiques longtemps restées dans l'ombre. Ainsi, les premières données épidémiologiques paraissent et les établissements lancent leurs études sur le sujet. On peut citer à ce titre l'étude EPIC (Eude Prospective des Isolements et des Contentions) en cours, conduite par le Dispositif Territorial de Recherche et de Formation Paris-Sud qui vise à décrire l'utilisation des chambres d'isolement et la contention dans les établissements du sud francilien.

Certains points mis en avant dans les recommandations de la HAS sont appelés à être appliqués dans les services et pourraient faire l'objet de futures recherches. Deux points nous paraissent particulièrement importants:

- La prise en compte du vécu du patient mais aussi du vécu de l'équipe après une mesure d'isolement : "Après la sortie d'isolement ou la levée de la contention mécanique, il est recommandé de proposer au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe" (HAS, 2016). Ce "temps de reprise" a fait l'objet de plusieurs études en majorité anglo-saxonne. Il s'inspire du "débriefing" en psychologie, définit comme une intervention précoce après un événement potentiellement traumatique, visant à diminuer le risque de symptômes post-traumatiques.

En santé mentale, différents protocoles de débriefing existent. On peut citer le "post-seclusion debriefing", qui relève de l'infirmier et qui cible le patient seul, au cours duquel le patient va être invité à exprimer son état émotionnel. L'infirmier va alors avoir un rôle de soutien et de réassurance (Needham, 2010). Le debriefing peut également cibler le patient et l'équipe de soin. Ce dernier protocole va encourager l'expression des émotions chez le patient et chez l'équipe après une mesure d'isolement. Cet entretien a un but thérapeutique pour le patient (développement des capacités de mentalisation, repérer les facteurs déclenchant une perte de contrôle, travailler l'alliance, mettre du sens sur son vécu) mais aussi institutionnel (développer une pratique réflexive, favoriser l'empathie et à terme, faire émerger des questionnements autour des pratiques d'isolement). (Goulet, 2015). Cette analyse rétrospective de la décision clinique permet à l'équipe d'améliorer ses pratiques lors de futures interventions, sans tomber dans des pratiques "réflexes" et automatiques qui appliqueraient strictement un protocole prédéfini. D'autre part, elle donne un rôle particulier au médecin qui va pouvoir mener ces temps de reprise avec le patient et l'équipe, et qui devra être attentif à la dimension institutionnelle de l'isolement.

- D'autre part, l'information délivrée au patient sur les motifs et les objectifs de l'isolement fait partie des bonnes pratiques. La délivrance de cette information pose la question de la capacité du patient à comprendre le sens de cette information lors de l'initiation de la mesure (phase aigüe de la maladie, état d'agitation). De plus, qu'en est-il des patients souffrant de déficience intellectuelle, ou par exemple des autistes sans langages. Ce type de patients peuvent être contenu par l'isolement à l'occasion de conduites d'automutilations par exemple. Comment délivrer l'information dans ce cas? Dans le cas de M.B que nous avons exposé plus haut, nous avons souligné son incapacité à comprendre les objectifs de l'isolement. L'information de la famille a été primordiale pour montrer la cohérence des soins dont il allait bénéficier. Ainsi, la famille a pu être aidante, notamment en expliquant à sa manière au patient pourquoi il s'était retrouvé là. La HAS recommande la désignation d'une personne de confiance dès l'admission en hospitalisation. Cette personne pourrait, si le patient en donne l'accord, être informée d'une mesure d'isolement si le patient n'est pas en capacité de comprendre à ce moment là.

La HAS insiste également sur la nécessité de développer des alternatives à l'isolement. Nous avons vu que les programmes implantés au Etats Unis destinés à diminuer les pratiques d'isolement et de contention mettaient l'accent sur la formation des professionnels à des outils comme le désamorçage de situation de crise, la négociation avec le patient, la prévention de la violence. En France, avec la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, force est de constater que la formation généraliste des nouveaux infirmiers ne permet pas de développer de telles compétences. De même, la proposition de créer des "espaces d'apaisement" comme alternative à l'isolement, ce qui permettrait de prévenir en amont une situation de crise, nécessite un aménagement des services et du matériel spécifique. Dans quelle mesure ces aménagements coûteux peuvent être mis en place dans le contexte politique actuel de restriction budgétaire? Dans la dernière partie des recommandations, on trouve écrit : "La mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique nécessite donc une mobilisation des moyens (ressources humaines, formation, supervision, etc.) dont les établissements de santé doivent être pourvus". Si les intentions ainsi clairement énoncées sont louables, qu'en est-il de leurs déclinaisons opérationnelles qui nécessitent un personnel en nombre suffisant, un investissement dans la formation continue, une réflexion sur le management des équipes ?

Pour conclure, il est important de noter certaines "zones d'ombre" qui persistent dans ces textes de référence :

- Les pratiques d'isolement en pédopsychiatrie ne sont pas interrogées. Il n'existe à ce jour pas de recommandations françaises applicables à la pédopsychiatrie.
- De même, en stipulant que l'isolement doit intervenir "en dernier recours", la loi du 26 janvier évacue la question de la chambre d'isolement comme pouvant faire partie intégrante d'un projet de soin à un moment donné d'une prise en charge. Un temps en chambre d'isolement, prévu à l'avance, dont le patient est informé n'entre pas dans la définition du dernier recours. Le cas d'Hanae a montré en quoi, pour cette situation particulière, un temps limité d'isolement intégré à un projet de soin a pu être bénéfique et permettre de sortir d'un schéma répétitif d'altercations et de violence. La justification de cette utilisation particulière de l'isolement pourrait apparaître dans le dossier médical, avec les objectifs d'un tel dispositif, sa description exacte (heure de début d'isolement, durée, rythme de la surveillance, reprise avec les soignants ...), les alternatives qui ont été essayées, les effets observés. De plus, fixer par avance une durée limite du protocole (par

exemple cinq jours) avec, à l'issue, une réévaluation clinique, permettrait d'éviter de le prolonger inutilement

IV QUATRIEME PARTIE

Dans le cadre de ce travail, il nous a semblé intéressant de présenter la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles sur le thème de la chambre d'isolement conduite à la Fondation Vallée. La Haute Autorité de Santé définit l'EPP comme "l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives." Son objectif est l'amélioration de la qualité des soins. Après une présentation rapide et limitée des résultats obtenus dans cette étude, nous présenterons les effets que cette démarche d'EPP a eu sur l'institution et sur les équipes. Ensuite, nous présenterons de nouveaux indicateurs qui pourraient être utilisées dans le cadre d'une future recherche sur les pratiques d'isolement au sein de l'établissement.

La Fondation Vallée a été créée en 1847 par Hippolyte Vallée, instituteur à Bicêtre. Initialement pensé comme un établissement pour enfants déficients mentaux, la Fondation Vallée se diversifie progressivement dans l'accueil des enfants en souffrance psychique. Elle devient un centre de référence en matière de soins et d'enseignement sous l'impulsion du Dr Bourneville puis de Roger Misés qui va impulser le modèle de la cure institutionnelle.

Actuellement la Fondation Vallée couvre un large bassin de population allant du Val-de-Marne pour les unités sectorielles ambulatoires, les hospitalisations de courtes durées pour adolescents, les urgences, à d'autres départements pour les unités longs et moyens séjours pour enfants et adolescents.

L'offre de soins se compose en :

Pôle enfant	Pôle adolescent
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation à temps complet : <ul style="list-style-type: none"> ○ Winnicott UMLS ○ USO Françoise DOLTO • Hospitalisation à temps partiel <ul style="list-style-type: none"> ○ Hôpital de jour Chaslin ○ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel • Centre médico-psychologique, consultation, diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> ○ Centre de diagnostic de l'autisme ○ Centre Thérapeutique du Tout Petit ○ CMP de Villejuif ○ CMP Chevilly Larue 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation à temps complet : <ul style="list-style-type: none"> ○ USI Geneviève HAAG ○ Bourneville USA ○ USI Mélanie KLEIN • Hospitalisation à temps partiel <ul style="list-style-type: none"> ○ Hôpital de jour Roger Misès ○ Maison des 13-17 ○ Unité transitionnelle pour adolescents (jour/nuit) • Urgences <ul style="list-style-type: none"> ○ ULPIJ • Centre Médico-Psychologique <ul style="list-style-type: none"> ○ CMP Gentilly ○ CMP Kremlin-Bicêtre

En gras: unités disposant d'un espace de repos sécurisé.

Toutes les unités d'hospitalisation à temps plein et l'ULPIJ possèdent une chambre d'isolement appelé Espace de Repos Sécurisé. Nous allons présenter brièvement ces unités :

- **L'ULPIJ** est une unité fermée intersectorielle et départementale de 8 lits. Elle accueille uniquement des mineurs du Val de Marne présentant le plus souvent un épisode psychiatrique aigu. Implantée sur le site du Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre, sa vocation est de répondre avec un dispositif spécifique aux situations de crise exprimées dans l'urgence par les jeunes et/ou leur entourage. La durée moyenne de séjour est de trois semaines.
- **L'Unité de Soins pour Adolescents Bourneville** est une unité ouverte d'hospitalisation de 10 lits accueillant des adolescents de 13 à 18 ans. La durée d'hospitalisation va de trois à dix mois. Adressés par leur médecin référent dans une période de crise, les patients présentent le plus souvent des profils de dysharmonie psychotique, de trouble narcissique.
- **L'Unité de Soins Intégratifs Geneviève Haag** est une unité d'hospitalisation de semaine accueillant 10 adolescents pour une durée supérieure à 6 mois.
- **L'Unité de Soins Intégratifs Mélanie Klein** accueille dix adolescents entre 15 et 18 ans atteints de troubles psychotiques ou de troubles du spectre autistique, qui

ne peuvent plus vivre en famille ou en institution médico-éducative en raison de la gravité de leurs troubles.

- **L'unité de Soins et d'Observation Dolto** accueille dix enfants de 4 à 9 ans pour une période de 3 semaines d'observation.
- **L'Unité de Soins Intégratif Winnicott** accueille en hospitalisation de semaine des patients âgés de 6 à 12 ans présentant des troubles sévères du développement et de l'organisation de la personnalité. La durée de prise en charge est adaptée aux enfants et va de quelques mois à quelques années.

En octobre 2010, un groupe d'Evaluation des Pratiques Professionnelles a repris une enquête initiée en 2007, sur le thème des pratiques de mise en chambre d'isolement. Ce thème a été choisi afin de rendre plus lisible cette pratique et de penser le recours à cet outil dans le cadre de la cure institutionnelle. Cette enquête s'est faite selon deux approches:

- Une approche quantitative: analyse rétrospective sur un mois à partir des dossiers patients qui ont été mis en chambre d'isolement et analyse synchronique sur un mois à compter du début de l'étude des mises en chambre d'isolement en cours: envoi de questionnaires, se basant sur les recommandations de l'ANAES, dans les unités disposant d'une chambre d'isolement. Cette analyse s'est déroulée sur deux mois.
- Une approche qualitative : les professionnels conduisant cette EPP sont allés rencontrer les équipes concernées et ont mené des entretiens avec des infirmiers, éducateurs, aide-soignants.

Deux utilisations principales de la chambre d'isolement ont été relevées :

- Une utilisation "en dernier recours" lors de crises clastiques ou d'agitation, pour prévenir un passage à l'acte auto ou hétéro agressif, et quand d'autres alternatives se sont avérées inefficaces (tentative de dialogue, mise à l'écart du groupe, relai par un tiers).
- Une utilisation comme un temps intégré dans un projet de soin individualisé, comme cela a pu être le cas pour Hanae comme nous l'avons vu en deuxième partie.

La moitié des mise en chambre d'isolement sont décidées par les équipes et secondairement confirmée par le médecin. L'autre moitié est décidée par un médecin directement, en concertation avec l'équipe.

Les entretiens avec les professionnels soignants ont permis de mettre en évidence des mouvements paradoxaux : un sentiment de culpabilité mais aussi la constatation des effets bénéfiques que pouvait avoir l'isolement sur certains patients. Des questions autour de la légalité de ces pratiques ont également émergées de ces entretiens. Certains soignants ont pu dire qu'ils trouvaient la responsabilité d'une telle décision lourde. En effet, la moitié des mise en chambre d'isolement sont décidées par les équipes et secondairement confirmée par le médecin lors d'une visite ou par téléphone lorsque l'isolement a lieu la nuit ou le week end.

Cette EPP a eu in fine plusieurs effets :

- La présentation des résultats lors d'un colloque "Contenance et Contention" organisé à la Fondation Vallée en 2011.
- Le renforcement de la formation des personnels soignants, notamment en intégrant la question de la contenance en chambre d'isolement au programme de tutorat dont bénéficient les nouveaux soignants arrivant sur la Fondation Vallée.
- L'établissement d'une liste de points à améliorer sur des thématiques très variées comme sur le plan architectural (position de la chambre d'isolement au sein de l'unité) ou l'information faite aux familles.
- La création d'une fiche de "protocole ERS" qui permet notamment aux soignants de savoir quand interpeller le médecin et l'actualisation de la fiche de protocole ERS permettant de détailler la surveillance.

Cette démarche a également permis de soutenir une dynamique de questionnement clinique engagée au sein de l'institution autour des pratiques d'isolement. L'analyse qualitative du discours soignant a pu cerner les besoins d'une équipe "au plus près du terrain" et proposer des axes de travail adaptés à chacune d'elle pour améliorer les pratiques.

Au delà d'un recueil de données, cette recherche a sorti l'institution d'un tabou régnant sur ces pratiques, et a porté à un niveau collectif et institutionnel les questionnements éthiques et cliniques inhérents à cette mesure. Ainsi, l'évaluation des pratiques professionnelles a suscité une réflexion commune de tous les professionnels concernés,

elle a également permis de clarifier son recours dans une démarche thérapeutique. L'élaboration d'un protocole qui prend en compte les pratiques réelles s'inscrit dans cette démarche de réflexion, et permet aux équipes de mieux s'en saisir. Le partage des résultats de cette EPP et des problématiques qu'elle soulève au cours de journée de formation invite les nouveaux arrivants à s'impliquer dans une logique d'amélioration des pratiques.

Plusieurs points méthodologiques nous semblent intéressants dans la démarche présentée ici:

- Elle permet d'adapter les recommandations de bonnes pratiques à un établissement spécifique, porteur de son histoire et de sa culture.
- Elle engage les professionnels concernés qui, loin de n'être que de simples "exécutants" d'un protocole, peuvent s'en saisir et l'inscrire dans une démarche soignante.

Sur le plan de la recherche, la Fondation Vallée est un terrain intéressant concernant les pratiques d'isolement en pédopsychiatrie : elle accueille des patients de 4 à 18 ans, atteints de pathologies variées (troubles de la personnalité grave, trouble du spectre autistique, schizophrénie etc.), pour des durées plus ou moins longues, avec des prises en charge différentes en fonction des services d'accueil.

Notre revue de la littérature sur les pratiques d'isolement en pédopsychiatrie mais également les données issues de la pratique adulte éclairent plusieurs indicateurs qui pourraient être intégrés dans le cadre d'une future recherche sur l'utilisation de la chambre d'isolement.

Concernant le patient: il s'agit d'entrevoir les caractéristiques des patients isolés, afin de déterminer les éventuels patients "à risque" d'isolement.

- Age et sexe du patient.
- Motif de mise en isolement.
- Diagnostic CIM 10 ou CFTMEA.
- Antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie.
- Antécédent d'isolement.
- Antécédent de consommation de toxiques.

- Mesure judiciaire ou éducative ambulatoire.
- Présence d'une Ordonnance de Placement Provisoire
- Date d'admission dans l'unité.

Concernant l'isolement en lui même: il s'agit de comprendre comment se met en place et s'accompagne la mesure.

- Unité concernée.
- Initiation de la mesure: psychiatre, infirmiers.
- L'isolement s'inscrit il dans un protocole de soin? Si oui, à précisez.
- Heure du début de la mesure.
- Heure de levée de la mesure.
- Information du patient.
- Information du tuteur légal.
- Traitement médicamenteux associé.
- Entretien de reprise médical ou infirmier avec le patient (vécu du patient).
- Temps de reprise en équipe de la mise en isolement (vécu soignant).

Il paraît nécessaire de prendre en compte la spécificité de chaque unité pour analyser certaines données comme, par exemple :

- Le profil des patients accueillis : l'utilisation de l'isolement à l'ULPIJ pourrait se rapprocher de l'utilisation faite en psychiatrie adulte. Cela peut s'expliquer en partie par les symptômes présentés à l'adolescence parfois similaires à ceux du jeune adulte (décompensation d'un épisode thymique, bouffée délirante aigüe). A l'opposé, dans les unités accueillant de jeunes autistes sans langage, on peut supposer que la chambre d'isolement est utilisée différemment, par exemple au sein d'un protocole de soin pour un enfant qui vient d'arriver sur l'unité et qui est mis en difficulté par le groupe.
- Le fonctionnement de chaque unité où le soin en chambre d'isolement va être différent : par exemple dans certaines unités, l'enfant va être accompagné en chambre d'isolement par un soignant qui va rester auprès de lui. Certains soignants vont utiliser l'enveloppement dans une couverture pour aider à contenir l'enfant. Il serait intéressant de repérer si ces pratiques se font de façon intuitive par certain soignant seulement, ou bien si elles sont protocolisées pour un enfant donné. Cela pose la question des soins en chambre d'isolement qui sont

prodigués en fonction du niveau de développement de l'enfant ou en fonction de l'investissement de l'équipe.

- La durée des prise en charge : les patients sont accueillis à l'ULPIJ pour une courte durée d'hospitalisation, dans un moment de crise. Les autres unités accueillent sur une plus longue durée. La chambre d'isolement va s'inscrire dans une autre temporalité, dans un projet de soins à plus long terme. Dans ce type d'unité, un protocole d'isolement sur une courte durée va pouvoir permettre de travailler certaines dimensions psychique, comme la capacité d'être seul par exemple.
- L'information des patients : comment est présenté l'espace de repos sécurisé aux jeunes patients sans langage? L'information est-elle adaptée au niveau de compréhension de chaque patient? L'utilisation d'un pictogramme serait elle pertinente?

La difficulté de mener une recherche sur l'ensemble de la Fondation Vallée reste d'analyser les résultats obtenu au regard des pratiques de chaque unité, ou d'en tirer des tendances significatives au niveau de l'ensemble de l'institution. C'est pourquoi ce travail de recherche doit s'accompagner d'un travail clinique qualitatif. Par exemple, il serait intéressant que chaque unité puisse témoigner de façon détaillée de sa pratique de l'isolement, qu'elle puisse évoquer ses représentations, ses attentes, afin de dégager si possible des indicateurs cliniques opérants capable de soutenir la démarche d'amélioration des pratiques prônée par l'institution. Par exemple:

- Si l'isolement s'inscrit dans un protocole de soin: Quelle forme prend il? Qui l'élabore et comment?
- Les objectifs de chaque unité : Faudrait il diminuer le nombre d'isolement? Faudrait il créer d'autres espaces de contenance?
- La mise en isolement s'accompagne -t- elle obligatoirement d'un soin particulier (enveloppement, présence d'un tiers, traitement médicamenteux...)?

CONCLUSION

L'utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie fait l'objet de nombreux débats au sein de la communauté médicale et scientifique. Alors que la majorité des services d'hospitalisation temps plein en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie en sont pourvus, la tendance actuelle est à une diminution des pratiques d'isolement. Dans plusieurs pays européens et outre-atlantique, des programmes destinés à diminuer leur utilisation sont implantés dans des établissements de santé, avec un certain succès selon les premières études qui en évaluent l'efficacité.

En France, la chambre d'isolement a longtemps été considérée comme un outil de soin dont le psychiatre était le prescripteur. La publication du rapport de la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Libertés qui en pointe les paradoxes et les dérives et la nouvelle loi du 26 janvier 2016 ont contribué à la remise en question de sa vertu thérapeutique en tant que telle. Considérée comme une pratique attentatoire aux droits fondamentaux, le législateur a, pour la première fois, encadré son utilisation. La Haute Autorité de Santé, dans une volonté d'harmoniser les pratiques, a publié ses premières recommandations.

Plus que jamais, les professionnels de la psychiatrie et, au premier plan, le psychiatre, sont appelés à réfléchir à la forme que peut prendre le soin en chambre d'isolement. Parce que cette mesure intervient généralement en dernier recours, quand la parole n'est plus possible, elle doit permettre de recréer un lien thérapeutique dans la rencontre avec le patient. Elle ne peut pas et ne doit pas être un espace d'exclusion. Nous avons vu que l'information du patient et la prise en compte son vécu sont désormais des pratiques incontournables. L'entretien de débriefing dans le cadre d'une relation thérapeutique (avec le psychiatre référent par exemple) devrait être systématiquement proposé afin de permettre au patient de mettre un sens sur cet épisode. Le versant institutionnel de la chambre d'isolement doit être également pris en compte. Reprendre avec les soignants le contexte d'une mise en chambre d'isolement, fait partie du travail de contenance institutionnelle.

En amont de cette prise en charge, un questionnement autour du travail d'accueil du patient en souffrance psychique est indispensable. Pour prévenir toute systématisation du recours à l'isolement, un travail axé sur la prévention des situations de violence dans les services, notamment par la maîtrise de techniques de désescalade, et le développement d'alternatives à la chambre d'isolement semble indispensable.

Avec l'amélioration du recueil des données de l'isolement, la recherche quantitative est appelée à se développer. Elle doit s'accompagner de recherches qualitatives, par exemple sur le vécu des patients et des soignants, afin de rendre plus lisibles ces pratiques. Elle doit fournir une base de réflexion aux équipes médicales et paramédicales, mais également aux internes dans le cadre de leur formation.

En effet, il nous tient à coeur pour conclure ce travail, d'insister sur la nécessité de former les futurs psychiatres à cette question de l'isolement, au delà de l'apprentissage nécessaire des indications, contre indications et risques associés à cette pratique. Il s'agit de comprendre les enjeux émotionnels pour le patient et les soignants et d'être attentif au contexte institutionnel. Mettre du sens sur les épisodes de violence qui conduisent à une mise en chambre d'isolement mais aussi avoir en tête les références théoriques et cliniques liées à son utilisation nous semblent primordial pour en garantir la dimension thérapeutique.

S'asseoir à côté d'un patient isolé qu'on ne connaît pas, demander s'il a soif ou faim, évaluer ce que le patient a compris des objectifs de l'isolement, lui permettre de nous dire ce qu'il en pense, ce qu'il ressent, bref, prendre le temps de la rencontre dans ce contexte si particulier est déjà un soin.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU, Didier. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod, 1995.

BALDO, Clémence. Contention et mise en chambre de soins intensifs : une approche clinique du vécu du patient. *Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine*. Université de Nantes, 2015.

BARATTA, Alexandre et MORALI, Alexandre. Chambres d'isolement en psychiatrie: état des lieux en France. *Médecine & droit*, 2010, vol. 2010, no 102, p. 86-89.

BARATTA, Alexandre. 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, vol. 48, no 3, p. 278-285.

BICK, Esther. L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces. *Rev. Bel. Psychan*, 1968, vol. 1, no 1982, p. 7376.

BION, Wilfred Ruprecht et ROBERT, François. *Aux sources de l'expérience*, 1979.

BONNAFÉ, Lucien. Réflexions sur l'isolement thérapeutique (le problème des «cellules» et des chambres à l'hôpital psychiatrique). *L'information psychiatrique*, 1949, vol. 5, p. 172-186.

BOUMANS, Christien E., EGGER, Jos IM, BOUTS, Richard A., *et al.* Seclusion and the importance of contextual factors: An innovation project revisited. *International journal of law and psychiatry*, 2015, vol. 41, p. 1-11.

CANO, Nicole, BOYER, Laurent, WAWRZYNIAK, François-Simon, *et al.* L'hospitalisation en psychiatrie: point de vue des patients et perspectives éthiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2013. p. 518-523.

CICCONI, Albert. Enveloppe psychique et fonction contenante: modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 2001, no 2, p. 81-102.

COLDEFY, Magali. Les données administratives de l'isolement. Dossier isolement et contention "en dernier recours", *Revue Santé mentale*, 2016, no. 210, p. 46-49.

DE BENEDICTIS, Luigi, DUMAIS, Alexandre, SIEU, Nida, *et al.* Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 2011, vol. 62, no 5, p. 484-491.

DE HERT, Marc, DIRIX, Nele, DEMUNTER, Hella, *et al.* Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 2011, vol. 20, no 5, p. 221-230.

DEAN, Angela J., DUKE, Suzanne G., GEORGE, Michelle, *et al.* Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007, vol. 46, no 6, p. 711-720.

DONOVAN, Abigail, PLANT, Robert, PELLER, Allyson, *et al.* Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatric Services*, 2003, vol. 54, no 7, p. 987-993.

DUGRAVIER, Romain, GUÉDENEY, Antoine, *et al.* Attachement et troubles du comportement. *Perspectives psy*, 2006, vol. 45, no 1, p. 87-92.

EL-BADRI, Selim M. et MELLISOP, Graham. A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 36, no 3, p. 399-403.

ESCH, Tobias et STEFANO, George B. The neurobiology of stress management. *Neuroendocrinology letters*, 2010, vol. 31, no 1, p. 19-39.

FINKE, Linda M. The use of seclusion is not evidence-based practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2001, vol. 14, no 4, p. 186.

FISHER, William A. Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Practice*, 2003, vol. 9, no 1, p. 7-15.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Editions Gallimard, 2014.

FRIARD, Dominique. *L'isolement en psychiatrie: séquestration ou soin?*. Elsevier Masson, 2002.

GASKIN, Cadeyrn J., ELSOM, Stephen J., et HAPPELL, Brenda. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 191, no 4, p. 298-303.

GOLSE, Bernard. L'enfant excitable. *Enfances & Psy*, 2001, no 2, p. 49-56.

GOLSE, Bernard. La résilience: concept utile ou concept valide?. *Archives de pédiatrie*, 2006, vol. 13, no 10, p. 1354-1357.

GOULET, Marie-Hélène et LARUE, Caroline. Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review. *Archives of psychiatric nursing*, 2016, vol. 30, no 1, p. 120-128.

GULLICK, Karen, MCDERMOTT, Brett, STONE, Prue, *et al.* Seclusion of children and adolescents: Psychopathological and family factors. *International journal of mental health nursing*, 2005, vol. 14, no 1, p. 37-43.

HAZAN, Adeline. Rôle du contrôleur général des lieux de privation de liberté en France. *L'information psychiatrique*, 2017, vol. 93, no 2, p. 89-91.

HOUZEL, Didier. *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press, 2010.

HUCKSHORN, Kevin Ann, *et al.* Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2004, vol. 42, no 9, p. 22-33.

JANSSEN, Wim, NOORTHOORN, Eric, VAN LINGE, Roland, *et al.* The influence of staffing levels on the use of seclusion. *International journal of law and psychiatry*, 2007, vol. 30, no 2, p. 118-126.

KAËS, René. Enveloppes, limites, contenance et transitionalité. *Psychismes*, 2012, p. 167-182.

KAËS, René. *L'Institution et les institutions: études psychanalytiques*. Dunod, 1988.

LAIHO, T., KATTAINEN, E., ÅSTEDT-KURKI, P., *et al.* Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2013, vol. 20, no 9, p. 830-839.

LANTÉRI-LAURA, G. Éléments pour une histoire de la psychiatrie, 2003, vol. 28, no 04. Disponible sur le site http://www.serpsy.org/histoire/Lanteri_1.html.

LEBEL, Janice, STROMBERG, Nan, DUCKWORTH, Ken, *et al.* Child and adolescent inpatient restraint reduction: A state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004, vol. 43, no 1, p. 37-45.

MANN, Lee S., WISE, Thomas N., et SHAY, Laurel. A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience. *General hospital psychiatry*, 1993, vol. 15, no 3, p. 177-182.

MASTERS, Kim J., BELLONCI, Christopher, *et al.* Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent

psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002, vol. 41, no 2, p. 4S-25S.

MASTERS, Kim J., BELLONCI, Christopher, *et al.* Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002, vol. 41, no 2, p. 4S-25S.

MEEHAN, Tom, VERMEER, Cathryn, et WINDSOR, Carol. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of advanced nursing*, 2000, vol. 31, no 2, p. 370-377.

MILIKOVITCH, R., DUGRAVIER, Romain, et MINTZ, Anne Sophie. Attachement et psychopathologie durant l'enfance. N. Guedeney & R. Dugravier. *L'attachement: approche clinique, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson*, 2010, p. 97-106.

MISÈS, Roger. *La cure en institution: l'enfant, l'équipe, la famille*. Les Editions ESF, 1980.

MORASZ, Laurent. Comprendre la violence en psychiatrie: approche clinique et thérapeutique. Dunod, 2002.

MOREAU, Delphine. Conjurant la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte: le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie. *Revue Sociologie Santé (33)*, 2011

NADEREAU, Lise, SABBAH-LIM, I., CORUBLE, M. N., *et al.* À propos de la chambre d'isolement en pédopsychiatrie. Étude au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2013, vol. 61, no 2, p. 72-80.

NEEDHAM, Heather et SANDS, Natisha. Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention. *Perspectives in psychiatric care*, 2010, vol. 46, no 3, p. 221-233.

NIJMAN, Henk LI, Á CAMPO, Joost MLG, RAVELLI, Dick P., *et al.* A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 1999, vol. 50, no 6, p. 832-834.

PALAZZOLO, Jérôme. À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie: le témoignage de patients. *L'Encéphale*, 2004, vol. 30, no 3, p. 276-284.

PALAZZOLO, Jérôme, CHIGNON, J.-M., et CHABANNES, J.-P. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *L'Encéphale*, 1999, vol. 25, no 5, p. 477-484.

PÉCHILLON, Éric et DAVID, Michel. Décision ou prescription du psychiatre: quelles différences juridiques?. *L'information psychiatrique*, 2017, vol. 93, no 4, p. 349-350.

QUÉTEL, Claude. *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*. Tallandier, 2014.

SAILAS, Eila ES et FENTON, Mark. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Library*, 2000.

SOURANDER, A., ELLILÄ, H., VÄLIMÄKI, M., *et al.* Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 2002, vol. 11, no 4, p. 162-167.

STEINERT, Tilman, LEPPING, Peter, BERNHARDSGRÜTTER, Renate, *et al.* Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2010, vol. 45, no 9, p. 889-897.

THOMAS, B. Y. et GUTHEIL, G. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *Am J Psychiatry*, 1978, vol. 135, no 3.

TIM MURPHY et MAGGIE BENNINGTON-DAVIS. *Restraint and seclusion: The model for eliminating their use in healthcare*. HC Pro, Inc., 2005.

VAN DER SCHAAF, P. S., DUSSELDORP, E., KEUNING, F. M., *et al.* Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, vol. 202, no 2, p. 142-149.

VIGNAT, Jean-Pierre. Isoler pour soigner. *Soins Psychiatrie*, 2014, vol. 35, no 294, p. 12-15.

VOSKES, Yolande, KEMPER, Martijn, LANDEWEER, Elleke GM, *et al.* Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing ethics*, 2014, vol. 21, no 7, p. 766-773.

WELNIARZ, Bertrand. et MEDJDOUB, H. L'hospitalisation temps plein en psychiatrie infantile: un état des lieux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007, vol. 55, no 7, p. 401-406.

WELNIARZ, Bertrand et MEDJDOUB, H. L'utilisation de l'isolement thérapeutique au cours des hospitalisations à temps plein en psychiatrie infantile. *L'Information Psychiatrique*, 2005, vol. 81, no 9, p. 789-795.

WINNICOTT, Donald Woods, KALMANOVITCH, Jeannine, et SAUGUET, Henri. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.

WINNICOTT, Donald Woods. *La capacité d'être seul*. Payot, 2012

Textes de loi et rapports officiels

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 par le CPT, 2010. Disponible sur <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012i13iinifra.htm>

Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, 2004. Disponible sur <https://wcd.coe.int>.

Contrôleur général des lieux de privations de liberté. Rapport d'activité 2013 du contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2013. Disponible sur <http://cglpl.fr>.

Circulaire N°48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 (circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Legifrance (en ligne). Disponible sur <http://www.requa.fr>.

"Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé". Legifrance (en ligne). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

"Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge". Legifrance (en ligne). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

"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". Legifrance (en ligne). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.

Résolution 46/119 de l'ONU. Déclarations et conventions figurant dans les résolutions de l'assemblée générale, 1991 (en ligne). Disponible sur http://www.un.org/french/documents/instruments/docs_fr.asp.

Textes des recommandations

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie . 1998.

Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis la Plaine. HAS, 2017.

Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. Saint Denis La Plaine. HAS, 2016.

ANNEXE 1

	FORMULAIRE D'UTILISATION DE L'ESPACE DE REPOS SECURISE en l'absence de protocole spécifique	Version 4 30/07/2016
---	--	-------------------------

<p><i>Étiquette du patient ou :</i></p> <p>Nom usuel :</p> <p>Prénom usuel :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G</p> <p>Né(e) le : ___/___/___</p> <p>N°IPP :</p>	<p><i>Unité :</i></p> <p><input type="checkbox"/> USI Haag <input type="checkbox"/> USA Bourneville</p> <p><input type="checkbox"/> USI Klein <input type="checkbox"/> USO Dolto</p> <p><input type="checkbox"/> USI Winnicott <input type="checkbox"/> ULPIJ</p> <p><i>Date :</i> ___/___/___</p>
---	---

Modalités d'entrée en ERS :

- Heure de début : ___:___ (hh:mm)

- Motif :

.....

.....

- Nombre de soignants présents pour la mise en ERS : - Nécessité d'un renfort : Oui Non

- Administration d'un traitement si besoin : Oui Non

<p style="text-align: center;"><i>1^{er} Contact médecin</i></p> <p>Nom et fonction du médecin contacté :</p> <p>Modalité de contact : ___:___ (hh:mm)</p> <p>- Appel téléphonique <input type="checkbox"/></p> <p>- Visite <input type="checkbox"/></p> <p>Décision concernant les modalités de surveillance : <input type="checkbox"/></p> <p>toutes les 10' <input type="checkbox"/> Spécifique</p> <p>(précisez).....</p>	<p style="text-align: center;"><i>Si mise en ERS >30 min, 2nd contact médecin</i></p> <p>Nom et fonction du médecin contacté :</p> <p>Modalité de contact : ___:___ (hh:mm)</p> <p>- Appel téléphonique <input type="checkbox"/></p> <p>- Visite <input type="checkbox"/></p> <p>Décision concernant les modalités de surveillance : <input type="checkbox"/></p> <p>toutes les 10' <input type="checkbox"/> Spécifique</p> <p>(précisez).....</p>
---	---

<i>Evaluation de l'état clinique du patient durant la mise en ERS :</i>			Actions spécifiques			
Initiales	Heure (hh:mm)	Etat clinique du patient	Prise des constantes	Traitement si besoin	Accompagnement Soignant	Autres

Suite du tableau au verso si nécessaire.

Modalités de sortie ERS : Heure de sortie : ___:___

- Entretien soignant : Oui Non - Entretien médical : Oui Non

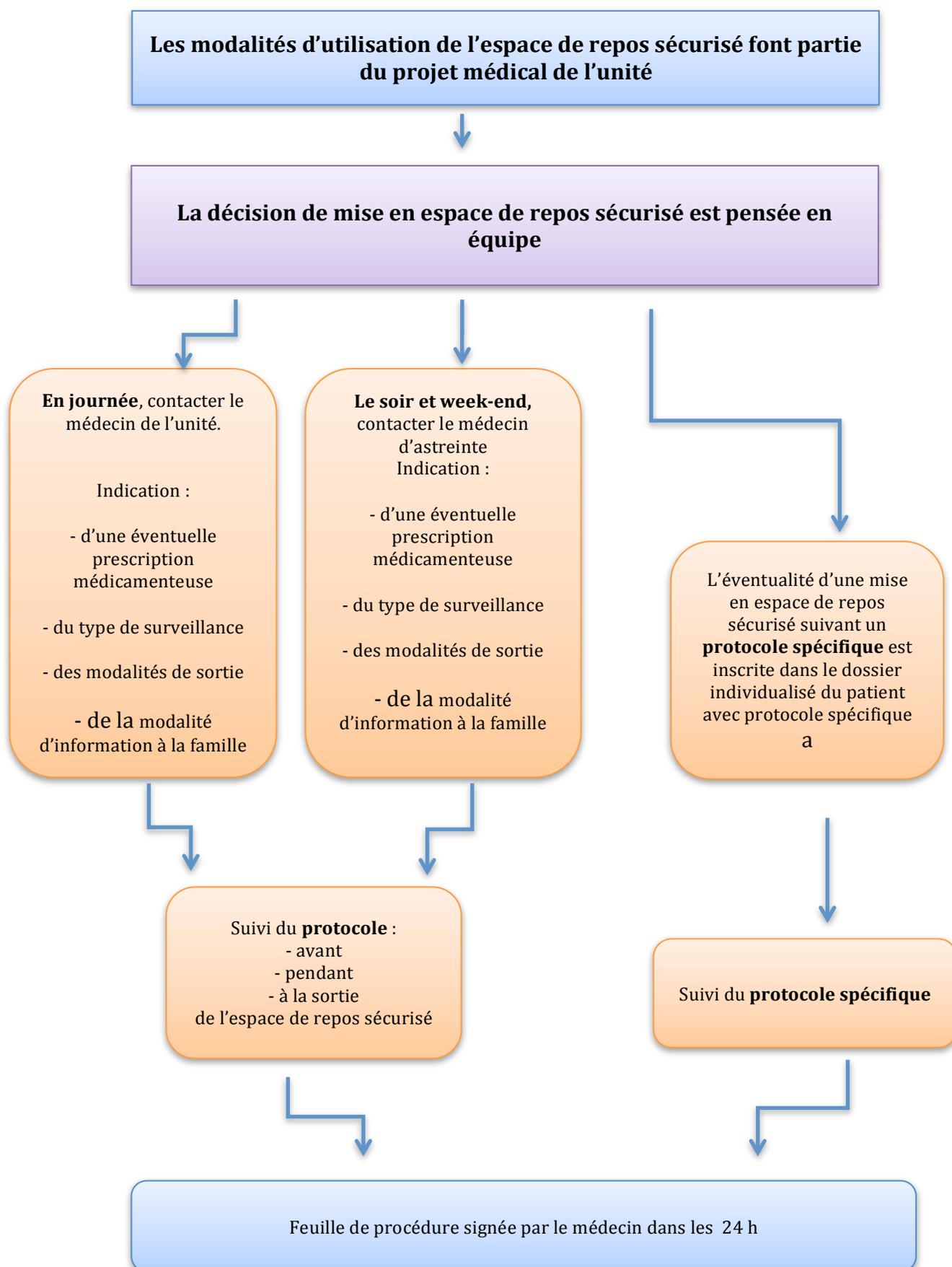
- Modalités d'information à la famille :

Information donnée par le soignant Appel par médecin Appel par cadre

Information faite lors d'un prochain entretien médical

<i>Eléments médicaux :</i>	
- Diagnostic médical CIM 10 :	CFTMEA :
- Traitement médicamenteux habituel :	
- Traitement médicamenteux si besoin donné :	
<i>Visa du médecin de l'unité :</i>	Nom Date Signature

ANNEXE 2



La chambre d'isolement en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie:

Réflexions cliniques et revue de la littérature.

Contexte: L'utilisation de l'isolement en psychiatrie et pédopsychiatrie soulève des questionnements cliniques, éthiques et déontologiques. La première loi française d'encadrement des pratiques d'isolement et de contention a été promulguée le 26 janvier 2016. Elle précise que l'isolement doit intervenir en "dernier recours". La Haute Autorité de Santé vient de publier des recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement en psychiatrie. Plus que jamais, les professionnels de santé et, en première ligne, le psychiatre, sont appelés à justifier et interroger cette pratique.

Méthode: Après avoir exploré les différentes théories qui sous-tendent l'utilisation de la chambre d'isolement, et plus particulièrement la notion de contenance, nous présentons trois cas cliniques illustrant chacun une utilisation particulière de la chambre d'isolement. Les questions soulevées par l'analyse des cas sont confrontées à une revue de la littérature internationale et française.

Discussion: Après rappel des données épidémiologiques existantes sur l'utilisation de la chambre d'isolement en France, nous nous intéressons au vécu des patients. Nous présentons par la suite deux protocoles visant à diminuer les pratiques d'isolement au sein d'établissements de santé aux Etats Unis. Nous tentons par la suite d'exposer les spécificités de l'isolement en pédopsychiatrie. Tout au long de ce travail nous insistons sur l'information donnée au patient isolé et sur l'utilité des entretiens de débriefing post-isolement pour le patient mais aussi pour les équipes. Car au-delà de la clinique individuelle du patient, la dimension institutionnelle de l'utilisation de la chambre d'isolement doit être prise en compte pour en garantir un éventuel effet thérapeutique.

Conclusion: La diminution des pratiques d'isolement est un objectif prioritaire dans nombre de pays à l'international. En France, les professionnels sont appelés à se questionner sur l'utilisation de la chambre d'isolement à un niveau clinique, thérapeutique et institutionnel pour atteindre ce même objectif.

Mots clés:

chambre d'isolement; psychiatrie; pédopsychiatrie; isolement thérapeutique; contenance

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**