



HAL
open science

Le vécu des adolescents en chambre de soins intensifs : une étude qualitative

Julien Amar

► **To cite this version:**

Julien Amar. Le vécu des adolescents en chambre de soins intensifs : une étude qualitative. Psychiatrie et santé mentale. 2017. dumas-01875803

HAL Id: dumas-01875803

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01875803v1>

Submitted on 17 Sep 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° 296

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
DES Psychiatrie

Le vécu des adolescents en chambre de soins intensifs :
une étude qualitative

Présentée et soutenue publiquement
le 22 novembre 11/2017

Par

Julien AMAR

Né le 27 novembre 1987 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Lise Nadereau, PH

Jury :

M. Le Professeur Thierry Baubet, PU-PH..... Président
M. Le Professeur Bernard Golse, PU-PH
Mme Le Docteur Dalila Rezzoug, MCU-PH
Mme Le Docteur Clémentine Rappaport, PH



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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry Baubet

Tu me fais l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je te remercie pour ta bienveillance, ta gentillesse, tes conseils avisés sur la date de ma soutenance et tes attentions répétées pour me mettre dans les meilleures conditions de travail (« Alors, ça avance ? »).

Merci pour tout. Nous nous reverrons vite.

A Monsieur le Professeur Bernard Golse

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et c'est pour moi une chance formidable que de bénéficier de l'avis d'une référence de la pédopsychiatrie française.

Je vous témoigne ici de mon profond respect.

A Madame le Docteur Dalila Rezzoug

Tu me fais l'honneur de juger mon travail et d'y apporter la richesse clinique que je te connais.

Ta douceur et ta compréhension des patients m'auront beaucoup marqué, et je te témoigne ici de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Clémentine Rappaport

Tu m'as accueilli dans ton service alors que j'étais un tout jeune interne, et j'ai tout de suite senti toute ta bienveillance, à l'égard des patients comme des professionnels qui t'entourent.

Tu me fais l'honneur d'être membre de ce jury et je t'exprime ici ma gratitude, ma reconnaissance et mon impatience de travailler à nouveau à tes côtés.

A Madame le Docteur Lise Nadereau

Merci.

Merci de m'avoir accompagné dans mes premiers pas de pédopsychiatre.

J'ai découvert avec toi la passion qui m'anime dans la prise en charge des adolescents, et j'y ai confirmé en te côtoyant mon désir de pratiquer la psychiatrie dans toute sa considération de la personne humaine.

Merci pour ta douceur, ta gentillesse, ta bienveillance, ton intelligence, ton gâteau au chocolat.

Merci pour les temps passés à me corriger, à m'encourager, à me soutenir, toujours avec ton sourire et ta légèreté, même lorsqu'il s'agissait de points primordiaux de mon travail, même lorsque je m'y prenais, comme d'habitude, au dernier moment.

C'est une chance inouïe pour moi que de t'avoir eue à mes côtés.

A Nicolas Leblé

Tu as été pour moi d'une aide formidable pendant ce travail.

Ta supervision a été d'une richesse incomparable, et j'ai rapidement compris pourquoi Lise prenait tant de plaisir à travailler avec toi.

Je tiens ici à te remercier chaleureusement.

Aux adolescents qui ont accepté de témoigner

Merci pour votre courage et votre disponibilité.

J'espère avoir fait honneur à votre parole à travers ce travail de thèse.

Je sais la valeur de celle-ci et l'importance qu'il faut lui donner.

A Monsieur le Docteur Alexis Mongelli

Tu représentes pour moi tellement de choses que je ne sais par où commencer.

A tes côtés pendant un an, j'ai appris ce qui m'a semblé être une encyclopédie de la psychopathologie de l'adolescent. Ta maîtrise de l'entretien psychiatrique, ton savoir, ton rire, ta bonne humeur, ta gentillesse, ta sensibilité et parfois même ton impulsivité m'auront bouleversé. Tu es pour moi le modèle que j'ai longtemps cherché pendant mes études, et je ne te remercierai jamais assez pour ça. J'espère ne pas te décevoir en te disant que tu es devenu pour moi un véritable ami plus qu'un deuxième père. Nous savons bien tous les deux que seul un nouveau France-Italie en finale de coupe du monde pourra nous séparer. Et encore...

A Madame le Dr Geneviève Serre

Merci pour ce dernier semestre d'internat passé à tes côtés.

J'ai rencontré avec toi un médecin et une femme incroyable d'intelligence, de finesse, de force et de douceur à la fois.

Merci de m'avoir appris à jouer avec des enfants tout en les observant. J'espère que ça me servira un jour !

Aux équipes qui m'ont accompagné pendant mon internat et sans qui rien n'est possible

Merci aux équipes d'Erasmus, de Louis Mourier, de Maison Blanche, de la CMME et d'Avicenne.

Merci à l'équipe des Lits ados que j'ai hâte de retrouver. Vous avez beaucoup joué dans mon envie de vous rejoindre en tant qu'assistant.

Merci à l'équipe de l'UPA de la clinique Dupré avec qui j'ai passé un an. Je n'oublierai jamais les moments partagés ensemble, les rires, les crises de larmes, le séjour thérapeutique, et tout cet engouement qui fait de vous une équipe extraordinaire.

A Frédérique Rohée

Merci pour ton dévouement et ton aide précieuse dans l'initiation de mon travail de recherche.

Aucun entretien n'aurait été possible sans les heures que tu as passées à rassembler les coordonnées des patients et à les contacter.

Je te témoigne ici de ma profonde reconnaissance.

A Sammy, Arnaud, Rithy, Lucas et Romain

(sans ordre de préférence, chacun sait ce qu'il en est au fond)

Notre parcours commun depuis la P2 a forgé notre amitié. Vous m'êtes précieux à un point que vous n'imaginez sans doute pas.

Merci pour les fous rires, les bières de la Gueuze, le coca de la Plagne, et toutes nos aventures communes.

Merci de me rappeler chaque jour sur Whatsapp que Romain est de droite.

Marie, Cyrille, Guillaume, vous êtes les trois nouvelles lumières de ce chandelier. Bon courage.

A tous mes co-internes

A Léa, Agathe, Clémence et Marine. J'espère vous garder auprès de moi pour longtemps encore.

A Clément, Yann et Guillaume. Allons au restaurant les gars, de toute manière on ne paye pas. Merci pour votre amitié.

A Raphaël, Anne-Laure, Morgane, Léa. Merci pour ce dernier semestre génial passé à vos côtés.

A Jannick

Merci de m'avoir accompagné, soutenu et supporté pendant trois magnifiques années.

Je n'oublierai jamais toute l'aide que tu m'as apporté, ton amour, ta gentillesse et ta considération.

Je sais que nous nous retrouverons vite. Je le sens.

Aux Canadiens, mes amis, mes frères

Vous êtes à mes côtés depuis tellement d'années que je ne les compte plus.

Vous m'êtes tellement précieux, tellement riches. Votre présence est toujours pour moi synonyme de rires, de joie, de bonheur et de partage. Vous êtes ma deuxième famille, l'un des socles de mon existence.

Merci d'être ceux que vous êtes et d'avoir fait en partie de moi celui que je suis.

A mes grand-mères, Mamie Yolande et Mamie Vivia

Vous êtes les piliers de deux familles extraordinaires, et votre amour a bercé mon enfance.

Je n'oublierai jamais votre courage, vos histoires, vos combats.

Merci pour tout.

A mes parents, à Nathalie, Maxime, Sébastien, le petit Clément

Vous êtes ma famille, ce que j'ai de plus cher au monde.

Merci pour votre soutien indéfectible, discret mais profond pour toi Papa, expansif et enveloppant pour toi Maman. Si j'en suis arrivé là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à vous.

J'ai tellement de chance de vous avoir.

Je vous aime.

Table des matières

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE.....	12
1. Histoire et contexte	12
1.1. <i>Histoire de la chambre de soins intensifs au cours des siècles</i>	12
1.2. <i>Statut actuel en France et à l'étranger</i>	16
1.2.1. Isoler : entre le judiciaire et le thérapeutique, mieux définir pour mieux soigner.....	16
1.2.2. Des pratiques disparates	18
1.3. <i>Nouvelles recommandations</i>	22
1.3.1. Un protocole ajusté	22
1.3.2. Mieux informer.....	24
1.3.3. Un environnement pour se repérer et garder sa dignité	25
1.3.4. Un travail institutionnel de qualité.....	25
1.3.5. Des adolescents « oubliés »	26
2. Isolement et pédopsychiatrie	28
2.1. <i>La clinique de l'adolescent : particularités psychopathologiques et profil des patients isolés</i> Erreur ! Signet non défini.	
2.1.1. Une épidémiologie à part / Profil des patients isolés.....	28
2.1.2. Adolescence : normal et pathologique.....	30
2.1.3. La violence comme mode adaptatif face à la violence du pubertaire.....	32
2.1.4. Violence et phénoménologie	35
2.1.5. L'agir violent : une réactivation de la violence internalisée	33
2.2. <i>Spécificités de l'hospitalisation et de l'isolement en pédopsychiatrie</i>	38
2.2.1. L'hospitalisation en pédopsychiatrie : évolution historique d'une pratique récente	38
2.2.2. L'isolement thérapeutique en pédopsychiatrie : entre pratique courante et banalisation, émergence d'un questionnement de fond	42
2.2.3. Eduquer et/ou soigner : éternel dilemme	45
2.2.4. Le risque de la dérive coercitive et la maltraitance institutionnelle	42
2.3. <i>Débat sur l'isolement autour des adolescents</i>	45
2.4. <i>Vécu en isolement – Revue de littérature</i>	51
2.4.1. Vécu négatif de l'isolement	52
2.4.2. Vécu positif de l'isolement	54
2.4.3. Vécu chez les Adolescents	55
2.4.4. DISCUSSION	58
2.4.5. CONCLUSION	Erreur ! Signet non défini.

1. Approche qualitative	64
1.1. Généralités	64
1.2. <i>Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)</i>	66
2. Présentation de l'étude	68
2.1. Population	68
2.1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	68
2.1.2. Modalité de recrutement des participants	69
2.2. <i>Matériel et méthode</i>	70
2.2.1. Objectifs d'étude	70
2.2.2. Mode de recueil des données :	71
2.2.3. Analyse des données	71
2.2.4. Considérations éthiques	73
2.3. <i>Protocole de mise en CSI</i>	74
3. Résultats	75
3.1. <i>Un vécu essentiellement négatif</i>	79
3.1.1. Le moment de l'annonce et l'entrée dans la CSI	79
a. La mise en chambre de soins intensifs survient dans un contexte d'instabilité psychique	79
b. La mise en chambre de soins intensifs, qu'elle soit acceptée ou non, est vécue comme une mesure coercitive	81
c. L'entrée dans la CSI est le moment le plus marquant émotionnellement.....	82
3.1.2. Le début de la période d'isolement.....	83
a. Le sujet est dans un état de sidération psychique	83
b. Le début de l'isolement concentre les émotions négatives.....	83
c. Un moment de changement ou de déséquilibre psychique	84
d. Un sentiment de privation de liberté.....	85
3.1.3. Le quotidien dans la chambre de soins intensifs.....	86
a. La régression de l'agitation comportementale et l'apaisement par le sommeil	86
b. La souffrance psychique persiste	88
c. L'isolement induit un vécu de passivité et d'ennui.....	89
3.2. <i>Le face-à-face avec les soignants</i>	91
3.2.1. L'isolement instaure une relation duelle conflictuelle avec l'équipe	91
a. La mise en chambre de soins intensifs est un moment d'affrontement avec les soignants	91
b. La dualité de la relation alimente le vécu de répression	93
c. Les liens entre le patient et l'équipe sont fragilisés.....	94
3.2.2. La relation aux soignants catalyse les problématiques relationnelles du sujet.....	94
a. La mise en chambre de soins intensifs intervient dans un contexte relationnel insecure	95

b.	La relation aux soignants est un vecteur d'expression d'une agressivité relationnelle indifférenciée.....	96
3.2.3.	L'absence de relations extérieures se conjugue avec une réémergence de la pensée.....	97
a.	Le seul à seul fait réfléchir l'adolescent sur le motif d'isolement.....	97
b.	Le processus d'élaboration est réactivé	98
3.3.	<i>La relation de dépendance au cœur du vécu</i>	99
3.3.1.	L'adolescent est ramené à un état de dépendance primaire.....	99
a.	Une dépendance à tous les niveaux	100
b.	Des caregivers défaillants	101
c.	Une mesure régressive sans intérêt	101
3.3.2.	L'adolescent se sent soumis à une instance surmoïque toute puissante	102
a.	Le vécu de contrainte préexiste à la MCSI	102
b.	Un vécu de soumission permanent	102
3.3.3.	Les alternatives proposées sont autant de moyens de lutte contre cette dépendance	103
a.	Le dialogue comme moyen d'accès à une distance relationnelle rassurante	103
b.	Une demande de liens renforcés avec l'extérieur	105
4.	DISCUSSION	106
4.1.	<i>Commentaires des résultats</i>	107
4.1.1.	Interprétation des résultats : une analyse en 3 phases.....	107
a.	L'avant et le moment de l'annonce	107
b.	Début de l'isolement.....	109
c.	Evolution de l'état au cours de l'isolement	110
4.1.2.	Biais et limites de l'étude	115
4.2.	<i>L'impact thérapeutique de l'isolement et ses alternatives</i>	116
4.3.	<i>Place et point de vue du chercheur au sein de l'étude</i>	121
4.3.1.	Rapport au sujet d'étude et ressentis personnels.....	121
4.3.2.	Du « Moi chercheur » au « Moi clinicien »	122
	CONCLUSION.....	125
	BIBLIOGRAPHIE	128
	ANNEXES	134
	ANNEXE 1 : Fiche de surveillance d'un patient en isolement	135
	ANNEXE 2 : LETTRES D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	137
	ANNEXE 3 : PHOTO-ELICITATION	142
	ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN	144
	ANNEXE 5 : AVIS FAVORABLE CERES ET CPP.....	147
	ANNEXE 6 : Protocole de mise en CSI aux Lits Ados	150
	ANNEXE 7 : DESSINS.....	158

INTRODUCTION

La chambre de soins intensifs (CSI), encore appelée « chambre d'isolement » ou « chambre d'apaisement », est un des symboles des spécificités thérapeutiques de la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales, de par son atteinte à la liberté de l'individu imposée pour des raisons thérapeutiques. Bien que de nombreuses divergences subsistent, elle est actuellement reconnue par la communauté scientifique comme un des leviers de la prise en charge des états d'agitation aigus dans les services de psychiatrie adultes et infanto-juvénile. Si les protocoles de ce soin ont beaucoup évolué depuis des décennies et ne cessent de se moderniser (recommandations de bonnes pratiques, HAS 2017), l'isolement reste pour autant un épisode difficile du parcours de soins d'un patient. La CSI représente en effet un lieu où s'impose la restriction de la liberté d'aller et venir, et sert parfois à la contention mécanique des sujets agités. De ce fait, un contrôle de plus en plus attentif a été porté ces dernières années sur les mesures de contraintes par les autorités sanitaires afin de prévenir des dérives liberticides inhérentes à ces pratiques (rapport du CGLPL¹, mai 2016ⁱ).

La pratique de l'isolement est le plus souvent considérée par les équipes comme un outil thérapeutique, et les éléments d'information que nous avons sur le point de vue des patients sont globalement tirées d'études quantitatives s'intéressant aux différentes émotions ressenties et à leur évolution au sein de la CSI. En y regardant de plus près, il ressort par ailleurs qu'un nombre très limité de ces études s'intéresse spécifiquement à une population de sujets adolescents.

Nous savons aujourd'hui que la plupart des patients adultes ayant nécessité un passage en CSI s'accordent à dire, a posteriori, qu'il leur aura permis de s'apaiser, de se détendre ou de surmonter un état d'angoisse particulièrement explosif. Ils sont également une majorité à juger ce soin utile et transposable à d'autres patients qui, comme eux, en auraient besoin un jour. Cependant, le vécu

¹ Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés

émotionnel de beaucoup d'entre eux passe initialement par des moments particulièrement difficiles et des sentiments négatifs (colère, tristesse, incompréhension, injustice, etc...) trouvant généralement leurs origines dans le sentiment de solitude lié à la procédure d'isolement.

Comme ont pu l'évoquer Wadeson et Carpenter (1976), l'utilisation de l'isolement en psychiatrie peut être ou devenir une source de conflits, tant pour le patient lui-même (mise en chambre de soins intensifs sans consentement) que pour l'équipe soignante, individuellement et collectivement. L'étude mentionne que les relations entre les individus isolés en chambre de soins intensifs et l'équipe soignante sont au cœur de l'expérience vécue du patient, et le malaise qui pourrait découler de ces différents conflits internes une source d'émotions négatives de part et d'autre de la porte qui les sépare.

Comment approfondir alors nos connaissances sur le vécu des patients isolés et les souvenirs qu'ils en gardent ? Quelle est la place de l'adolescence et des bouleversements physiques et psychiques qui la caractérisent dans l'expérience de l'isolement ?

La période de l'adolescence, si particulière sur le plan du développement psychique et de la construction de soi, mérite d'être prise à part dans l'évaluation des soins psychiatriques qui y sont rattachés. En effet, les nombreuses spécificités liées à cette population entraînent souvent des dilemmes diagnostiques et thérapeutiques chez les psychiatres qui en ont la charge. Les remaniements intrapsychiques et l'importance des liens interpersonnels à cet âge sous-tendent de fait un certain nombre d'agirs plus ou moins bruyants sans nécessairement rentrer dans le champ de la pathologie psychiatrique au sens d'un trouble structurellement constitué. Il est par conséquent nécessaire de bien comprendre ce qui est mis en jeu individuellement dans chaque situation afin d'y apporter les réponses les plus pertinentes.

Dans ce travail, nous avons d'abord cherché à définir et contextualiser précisément la question de l'isolement thérapeutique, dans son cadre général d'une part et dans son utilisation chez l'adolescent d'autre part.

Nous nous sommes ensuite penchés sur les aspects cliniques, psycho-affectifs et psychopathologiques de l'adolescence. A partir des éléments étudiés, nous avons transposé ces spécificités à la question particulière des soins intensifs en psychiatrie et tenté de comprendre par quels moyens nous pouvions améliorer nos pratiques.

Nous avons enfin étudié, par une méthodologie qualitative appelée IPA (Interpretative Phenomenological Analysis, Smith), le vécu des adolescents en chambre de soins intensifs. Nous présenterons les résultats de ce travail dans une deuxième partie, parachevant ainsi une revue de littérature des articles parus sur la question du vécu des patients en chambre de soins intensifs et une explication détaillée de la méthodologie utilisée pour la réalisation de notre étude.

Nous discuterons en conclusion des résultats obtenus en proposant une interprétation détaillée et multifocale de ceux-ci, et laisserons la place au chercheur pour exprimer les doutes et réflexions qui l'auront accompagné pendant son parcours.

Tout au long de ce travail, l'obsession de comprendre toujours davantage les mécanismes psychiques mis en jeu chez les adolescents dans leur vécu de l'isolement restera notre ligne de conduite.

PREMIERE PARTIE

1. Histoire et contexte

1.1. Histoire de la chambre de soins intensifs au cours des siècles

Le mot « isolement » vient de l'italien « isolato », terme architectural qui signifie « séparé comme une île » et décrivant un groupe de bâtiments séparés, un pâté de maisons. Selon le Littré, isoler correspond, au sens figuré à « ôter à quelqu'un ses relations ».

Le mot « isolement » (au sens psychiatrique du terme) regroupe en fait deux types de séparations différentes. La première correspond à la volonté sociale de mettre à part, dans un lieu séparé, le malade mental. Elle correspond au fondement de la loi du 30 juin 1838 et rejoint la philosophie de Pinel et d'Esquirol qui énonçaient la nécessité d'ôter toutes ses relations sociales et affectives à l'aliéné afin de le rééduquer grâce à la discipline parfaite de l'asile. La seconde, celle de l'isolement thérapeutique à proprement parler, consiste en un « *enfermement simple dans une chambre close de l'aliéné agité ou violent, qui ne se plie pas à la discipline parfaite de l'asile* ». Elle est alors « *un mode de gestion des problèmes disciplinaires et ou thérapeutiques à l'intérieur de l'asile* » (Friard, 2002).

La pratique de l'isolement thérapeutique a depuis longtemps été sujette à controverse, et a amené des questionnements profonds sur la nature des soins psychiatriques et des méthodes utilisées, aussi bien par les professionnels de santé que par la société civile. Alors que le XIXème siècle fut marqué par des débats profonds autour des procédures de contentions physiques

(immobilisation, hydrothérapie, *packs*) et chimiques (utilisation de molécules comme le bromure, l'hydrate de chloral, l'hyoscine, le paraldéhyde, le sulfonal, les narcotiques...), le XX^{ème} siècle a été celui d'une remise en question du « *modèle concentrationnaire* » de l'isolement des patients présentant des troubles graves du comportement (Palazzolo, 2002).

Avec son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, né dans les suites des réflexions philosophiques et humanistes du siècle des Lumières, Pinel est le premier à entériner le principe du « traitement moral », forme de thérapie mais surtout de considération du malade mental. Avec ce nouveau paradigme de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques, il n'est plus question de référer l'origine de ceux-ci à une malédiction ou une punition divine, mais de les intégrer comme citoyens à part entière au sein de la société civile. La maladie mentale, sous toutes ses formes, devient une affaire de raison. Il devient alors possible et imaginable de s'adresser à la partie « saine » des malades et par conséquent de les amener à la guérison. Cependant, malgré l'avancée indéniable dont il est porteur, Pinel reste convaincu de la nécessité de hiérarchiser les relations au sein de l'asile, ainsi que d'agir selon un principe éducatif qu'il instaure comme la condition d'un retour à une forme de normalité de l'état psychique. L'isolement reste un outil précieux dans le traitement moral et a valeur de « punition » d'un comportement jugé comme répréhensible et dont le malade doit apprendre à se défaire. Pour ce faire, Pinel croit en la valeur du travail, de l'empathie et du développement d'une relation de confiance entre soignants et soignés. Malheureusement, certains malades gravement agités restent, à cette époque, isolés de manière presque permanente, se retrouvant ainsi coupés du reste de la société. Foucault, qui dénonce par ailleurs la dérive totalitaire de la direction des asiles (Foucault, 1972), expose deux raisons essentielles à ce fonctionnement :

- Il exclut le malade du milieu familial et social dans un but thérapeutique. Isolé dans l'asile, l'attention du sujet est plus facilement captable. Les mesures coercitives (menaces, privation de promenades, de cigarettes, etc...) permettent de rééduquer et de (re)socialiser le sujet.

L'internement à l'asile permet de mettre de la distance avec les facteurs environnementaux qui induisent ou entretiennent les troubles mentaux.

- Il permet de préserver la communauté asilaire du sujet qui enfreint les règles ou dont les symptômes sont trop perturbateurs. On arrive alors à un enfermement dans l'isolement pour maintenir le fonctionnement institutionnel.

Plusieurs aliénistes de l'époque, comme Evariste Marandon de Montyel, médecin-chef à Ville-Evrard, partent du principe que l'isolement permanent de patients souffrant de troubles du comportement dans des cellules vides et capitonnées, loin d'être efficace, mènerait à la chronicisation des troubles (Morel, 1985). Ils reprochent notamment à Pinel d'avoir « brisé les chaînes de l'aliéné sans leur rendre pour autant leur liberté » (Marandon de Montyel, 1896). Le maintien de l'isolement du malade, le privant de toute stimulation extérieure, aurait pour effet « *d'augmenter et d'entretenir l'agitation* » (Toulouse, 1897). Le paradigme de l'isolement cellulaire prolongé est ainsi totalement remis en cause, alors même qu'il restait une pratique de référence de la prise en charge des états d'agitation sous Pinel et Esquirol lors des débuts de la désaliénation.

Cela se concrétise et prend forme en 1921 lorsqu'Edouard Toulouse ouvre à l'hôpital Sainte-Anne le premier service ouvert permettant d'hospitaliser des malades ne répondant pas aux exigences de placement prévus par la loi de 1838. A la même époque, commence à se développer la mise en place d'« asiles-villages », où l'idée est d'écarter de l'esprit des patients, tant que leur état mental le permet, « *tout ce qui lui rappelle la séquestration dont il est frappé* ». Il s'agit alors de proposer aux patients concernés un espace de soins où « *l'illusion d'une vie libre* » est proposée et où le malade peut circuler librement au sein du milieu dans lequel il est contraint de résider (Briand, 1988). Ces services ouverts prennent la forme de villas dispersées dans un parc ou groupées sous forme de villages, et sont les précurseurs des services de soins institutionnels qui verront le jour plus tard, sous l'impulsion de Georges Daumézon et Philippe Koechlin, ou encore de Jean Oury avec la clinique La

Borde, ouverte en 1953. Il s'agit alors de dégager des espaces en partie libres où la parole, rendue à nouveau possible, « *favoriserait un processus de désaliénation au cœur même des organismes de soins les plus aliénés* » (Daumézon et Koechlin, 1952 ; Oury, 1976).

C'est finalement Lucien Bonnafé qui, en 1949, au lendemain de la deuxième guerre mondiale et de la découverte des conséquences dramatiques de l'univers concentrationnaire sur l'individu ainsi que de l'abandon des patients dans les asiles, résume le mieux les objectifs de la psychiatrie moderne quant à la prise en charge des états d'agitation : « *la psychiatrie médicale naissante n'a pas préconisé la multiplication des cachots au détriment des salles communes, elle a tenté de donner un sens thérapeutique à l'isolement du malade* » (Bonnafé, 1949). La chambre de soins intensifs prendrait alors « *le sens d'une conception moderne où l'isolement thérapeutique s'oppose à la réclusion et à la contrainte* », constituerait une « *régression transitoire* » (Racamier, 1970), et devrait être soumise, comme tout soin, à des règles strictes de posologie, d'évaluation et de suivi.

Il est donc devenu indispensable, au fil des ans, d'essayer de définir de plus en plus précisément les conditions d'application des mesures de coercition en psychiatrie. Représentant un outil qu'« *on ne sait pas par quoi remplacer* », comme le souligne Bonnafé, la recherche d'une optimisation thérapeutique de l'utilisation de la chambre de soins intensifs et de la lutte contre les dérives punitives (et humaines) de celle-ci a permis d'établir des recommandations de plus en plus précises concernant ses indications, ses contre-indications, son protocole de surveillance et son suivi thérapeutique.

1.2. Statut actuel en France et à l'étranger

1.2.1. Isoler : entre le judiciaire et le thérapeutique, mieux définir pour mieux soigner

Dans sa définition la plus courante, la mise en chambre de soins intensifs consiste à « *enfermer un sujet dans une pièce vide de tout mobilier* » (Philips et Nasr, 1983). Cette définition a peu à peu évolué et s'est davantage concentrée sur l'aspect individuel du sujet pris comme point de départ de l'environnement qui l'entoure. On peut ainsi lire plus tard à propos de la chambre d'isolement, la définition suivante : « *placer le sujet, seul, dans une pièce désignée, que l'on peut fermer, et dans laquelle il peut être surveillé par une fenêtre* » (Kirkpatrick, 1989). Comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son dernier rapport, les différentes descriptions existantes selon les études et donc l'absence de référentiel commun concernant la définition de la chambre d'isolement mettent en lumière la difficulté à faire exister une pratique universelle et reconnue comme telle par le milieu scientifique. L'isolement, tel qu'il est conçu en psychiatrie, est redéfini comme suit par l'HAS (HAS, 2017) :

- Tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée et qui est séparé de l'équipe de soin et des autres patients
- Toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de sa propre chambre ou d'une pièce prévue cet effet (chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention, etc.)
- Placer ou laisser une personne dans une chambre seule, jour ou nuit, avec la porte de sortie fermée ou bloquée, de façon à empêcher la personne de sortir

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

Dans les grandes sociétés occidentales autres que la France, isolement et contention existent généralement comme mesures de sécurité. En Allemagne, le paragraphe 29 de la loi du 20 mars 1985 évoque des mesures dites de « *sécurité particulière* » s'il existe un risque considérable que le patient placé ne se tue ou se blesse sérieusement, ou qu'il devienne violent, ou bien encore qu'il fugue. Ces mesures, allant de l'isolement à la contention, doivent être ordonnées et limitées dans le temps par un médecin et sont obligatoirement documentées. L'avocat du patient doit également être prévenu dans les plus brefs délais (Friard, 2002).

En Grande-Bretagne, l'Acte de Santé mentale de 1983 préconise un usage des chambres d'isolement qui doit être contrôlé au moins une fois par an par la Commission de Santé Mentale (corps indépendant non médical). Les mesures d'isolement (la contention étant proscrite dans ce pays) sont là aussi considérées comme des mesures de sécurité et non thérapeutiques (Mental Health Act, 1983).

Il en va de même pour le Canada, la Belgique, les Pays-Bas ou encore la Russie. Dans tous ces pays, les mesures d'isolement et de contention sont depuis longtemps appliquées dans un cadre juridique strict et contrôlées régulièrement par des organismes indépendants garants des droits et des libertés des malades hospitalisés. Elles sont avant tout sécuritaires et leurs bénéfices thérapeutiques éventuels ne déterminent ni leurs indications, ni leurs modalités d'application.

En France, aucun cadre juridique formel n'encadrerait ces pratiques avant la loi de modernisation de la santé du 16 janvier 2016, dite « loi Santé ». Auparavant, si la loi du 30 juin 1838 définissait dans

quelles conditions il est licite d'enfermer, d'interner ou d'hospitaliser un individu contre son gré, elle était en revanche muette sur les conditions d'application des mesures coercitives (isolement et contention physique), selon l'idée pinélienne que l'isolement n'est pas une mesure de sécurité mais un acte thérapeutique, et donc indépendant des prérogatives juridiques encadrant les droits et les libertés de la personne (Friard, 2002). On retrouve d'ailleurs ce paradigme dans la définition de la chambre d'isolement faite par l'ANAES en 1998 : « *Tout patient dont la porte est verrouillée et qui est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de fait en isolement. Cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soins des établissements de santé* » (ANAES, 1998).

1.2.2. Des pratiques disparates

A travers un certain nombre d'études françaises et internationales portant sur les données épidémiologiques de l'utilisation de la chambre de soins intensifs dans les services de psychiatrie, il ressort globalement une grande hétérogénéité dans son type et sa fréquence d'utilisation, mais surtout un défaut de précisions concernant les protocoles de mise en place de ce soin. Les études sur le sujet s'attardent généralement sur les variables statiques, quantitatives (voir tableau 1), mais presque aucune d'entre elles ne tentent de mesurer l'impact de ces mesures sur les sujets isolés.

Plusieurs facteurs, notamment environnementaux, ne sont pas abordés dans la plupart des études consultées :

- Quel est l'aménagement du service, sa superficie ?
- Existe-t-il des lieux où les patients peuvent s'isoler, au sein de l'unité ?
- Existe-t-il un protocole de soins bien défini ?
- S'agit-il d'un service ouvert ou fermé ?

- Existe-t-il une chambre de soins intensifs de soins intensifs ?
- Quels sont le type et le nombre d'infrastructures disponibles rattachées au secteur ?

Le même constat est fait dans les études s'intéressant aux pratiques d'isolement auprès d'enfants et d'adolescents. La pratique de l'isolement dans les services de pédopsychiatrie est rapportée d'un point de vue essentiellement quantitatif.

La grande majorité des services de pédopsychiatrie utilisent l'isolement thérapeutique : 65% chez les enfants, 80% chez les adolescents et 71% chez les enfants-adolescents (Welniarz, 2005). Dans presque toutes les études publiées, l'utilisation de l'isolement se révèle plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte mais pour des durées plus brèves, et la majorité des équipes choisissent d'isoler les mineurs dans leur chambre plutôt que dans des chambres de soins intensifs classiques (Donovan, 2003).

Les durées moyennes d'isolement sont courtes : 30 min chez les enfants, 12h chez les adolescents et 7h chez les enfants-adolescents. Welniarz explique cette différence par la capacité des jeunes patients à retrouver plus rapidement leur état affectif antérieur et leurs capacités d'adaptation (Welniarz, 2005). Dans l'ensemble, les durées moyennes d'isolement varient de manière importante selon les études, de 31.2 min (Angold et Pickles, 1993) à 15.7 heures (Binder, 1979), laissant supposer une importance considérable des caractéristiques des unités étudiées (nombre et disponibilité du personnel soignant, type de prises en charge effectuées, caractéristiques de la chambre de soins intensifs, etc...). Tous ces chiffres sont repris dans le tableau 2.

Tableau 1. Etudes sur la fréquence d'utilisation de l'isolement (d'après Palazzolo, 2002)

<i>Auteurs</i>	<i>% de patients isolés</i>	<i>Période d'étude</i>	<i>Durée moyenne de l'isolement</i>	<i>Durée totale de l'isolement</i>	<i>Moment où l'isolement est le plus fréquent</i>	<i>Population étudiée</i>
Palazzolo et coll. (1999)	5	1 an	15 jours	De 24 h à 1632 h	-	Centre hospitalier spécialisé N = 460
Lendemeijer et coll. (1993)	-	-	66.1 h	De 30 min à 3000 h	de 21 h 00 à 01 h 00 de 10 h 00 à 12 h 00	3 unités d'hospitalisation psychiatriques adultes
Way (1986)	3.5	4 semaines	2.5 h	De 30 min à 12 h	de 09 h 00 à 10 h 00 de 12 h 00 à 13 h 00	82 centres hospitaliers
Bornstein (1985)	5.3	-	-	-	-	Centre hospitalier général
Okin (1985)	28.6	2 semaines	3.5 h	-	-	Hôpitaux psychiatriques d'état N = 23
Oldham et coll. (1985)	18.2	-	1.25 h	De 45 min à ?	De 10 h 00 à 14 h 00	Centre hospitalier universitaire N = 313
Tardiff (1981)	1.9	30 jours	-	-	-	Hôpitaux psychiatriques N = 5580
Soloff et Turner (1981)	10.5	8 mois	10.8 h	de 30 min à 120 h	-	2 unités d'hospitalisation en CHU N = 218
Convertino et coll (1980)	-	-	-	-	15% durant la journée 41% durant la soirée 44% durant la nuit	2 unités d'hospitalisation psychiatriques adultes
Binder (1979)	44	-	-	-	-	Unité de crise
Schwab et Lahmeyer (1979)	36.6	6 mois	-	-	De 22 h 00 à 02 h 00	1 unité de 24 lits en CHU N = 52
Plutchik et coll. (1978)	26	-	4 h	-	47% durant la journée 32 % durant la soirée	4 unités d'hospitalisation en CHU N = 450
Wadeson et Carpenter (1976)	66	-	-	-	-	Unité de recherche N = 68

Tableau 2. Comparaison des pratiques en fonction de l'âge des patients dans les services de pédopsychiatrie français (Welniarz et Medjdoub, 2005)

Caractéristiques	Hospitalisations enfants	Hospitalisations adolescents	Hospitalisations enfants/adolescents
Services (nb)	17	44	34
Isolement (%)	65	80	71
Disposant d'une chambre d'isolement (%)	35	32	26
Isolement en chambre normale (%)	59	61	62
Durée moyenne d'isolement	30 min	12h	7h
Durée maximale d'isolement	24h	> 100h	< 100h
Protocole d'isolement (%)	29	45	44
Echelle d'évaluation (%)	6	18	15
Ratio personnel/patient (%)	1.72	1.54	2.06

1.3. Nouvelles recommandations françaises

En France, la pratique de l'isolement est contrôlée régulièrement par l'HAS. En mai 2016, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dénonçait la banalisation de la contention et de l'isolement. Selon les dernières données de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), le recours à l'isolement aurait plus que doublé en 12 ans, de 13 000 patients concernés en 2003 à au moins 28 000 en 2016, avec de grandes disparités selon les territoires (CGLPL, mai 2016).

1.3.1. Un protocole ajusté

Depuis la loi Santé du 26 janvier 2016, le recours à l'isolement et à la contention mécanique chez l'adulte sont obligatoirement consignés dans un registre spécifique, de même que le sont les suivis quantitatif et qualitatif de ces soins.

Les principaux aspects des nouvelles recommandations éditées de bonne pratique (en gras dans le texte) sont les suivantes (HAS, 2016) :

- L'isolement est indiqué en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.
- L'isolement est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de l'isolement.

- Une **fiche particulière de prescription du suivi** de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- **À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures.** Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- **Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.**
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement, de **donner au patient des explications claires concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée.**
- La mise en place d'une mesure d'isolement doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La mesure d'isolement est faite dans un **espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé**, notamment sur le plan architectural.

Il est à noter que certains points concernant les indications de l'isolement présents dans les recommandations de l'ANAES de 1998 ne sont plus présents, et **notamment celui permettant de proposer une période d'isolement à un sujet qui en fait la demande.**

L'HAS propose synthétiquement les indications suivantes :

- Prévention d'une violence imminente ou réponse à une violence immédiate **sous-tendue par de troubles mentaux**
- Uniquement lorsque des **mesures alternatives** se sont révélées inefficaces (on détaillera ci-après les alternatives à l'isolement ayant déjà été proposées dans la littérature)
- En dernier recours et pour une durée limitée

- Justifié par des arguments cliniques détaillés.

Les contre-indications, quant à elles, doivent être systématiquement recherchées, et leurs absences faire l'objet d'une mention écrite dans la fiche de suivi de l'isolement. Elles sont définies comme suit :

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, organisationnel, institutionnel ou structurel du service
- Pas d'isolement « préventif » ni en « si besoin »
- Balance bénéfico-risque à évaluer lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient.

1.3.2. Mieux informer

Parmi les modalités de mise en œuvre, il est bien précisé que des **informations sur le motif de l'isolement et les conditions de sa levée** sont données au patient au cours d'un entretien initial effectué, dans la mesure du possible, par le psychiatre de l'unité qui s'occupe du patient isolé. Ces points sont fondamentaux et ressortent majoritairement comme des éléments demandés par les patients (voir revue de littérature ci-après). Il est notamment demandé au psychiatre chargé du suivi de l'isolement de **préciser au patient les mesures qui ont été « *vainement mises en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours* »**. Les visites du psychiatre doivent être au nombre minimum de 2 par 24h, et l'isolement **doit être levé dès que l'état clinique du patient le permet**. Des **explications continues** concernant le déroulement du temps d'isolement (visites, examens, traitements administrés, accès aux repas, aux boissons, hygiène, surveillance) doivent être données au patient **pendant toute la durée de l'isolement**. Enfin,

il est possible d'isoler des patients en soins libres de manière exceptionnelle et uniquement dans des situations d'urgence pour des raisons tenant à leur sécurité. La durée de cet isolement ne doit pas dépasser 12h, le temps de permettre au psychiatre de modifier ou non la modalité d'hospitalisation du patient isolé. Chez l'enfant et l'adolescent, les parents doivent être systématiquement informés et ce le plus rapidement possible.

1.3.3. Un environnement pour se repérer et garder sa dignité

Il est intéressant de noter que toute une partie de ces nouvelles recommandations est consacrée à « *l'espace d'isolement* », à savoir la chambre de soins intensifs et l'environnement qui fait rôle de cadre. Il est spécifié que cet espace doit permettre de procurer au patient « **un environnement soignant et sécurisant** », qu'il doit « **respecter la dignité et l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement** », et qu'il doit être « **équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations...** ». Dans l'ensemble, la chambre de soins intensifs doit donc être un lieu de soins avant tout et concentrer des outils thérapeutiques cohérent permettant au patient isolé d'être éloigné de tout stimulus sensoriel non indispensable tout en privilégiant un **maintien dans la réalité, le lien aux soignants et une permanence de l'objet extérieur**, symbolisé par sa propre chambre, accessible et réservée en son absence.

1.3.4. Un travail institutionnel de qualité

Enfin, un paragraphe est consacré au « *débriefing* » de l'isolement avec le patient une fois celui-ci sorti de la chambre de soins intensifs. Ce temps soignant doit être un temps « **d'analyse clinique** »

devant permettre au patient de « *mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident* », ainsi que de recueillir « *ses perceptions sur l'épisode d'isolement et sa relation avec l'équipe soignante* ». Cette étape, indispensable, doit, entre autre, amener à « *soutenir et prendre en charge le patient après l'épisode* », à lui « *fournir un soutien émotionnel et valider son ressenti de l'événement : l'aider à mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise* », ainsi que « *renforcer les liens avec le patient* » en « *identifiant ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée, ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement* ».

Un temps de reprise et de réflexion en équipe pluriprofessionnelle sera consacré pour chaque cas de sujet isolé.

1.3.5. Des adolescents « oubliés »

A notre connaissance, aucun texte de loi spécifique ne régit l'utilisation chez l'enfant et l'adolescent pour des raisons psychiatriques en France. La pratique de l'isolement est pourtant largement répandue dans les services de pédopsychiatrie, en France comme à l'étranger, dans des proportions souvent plus grandes que celles retrouvées chez l'adulte.

Dans le dernier rapport d'évaluation du plan de psychiatrie et de santé mentale 2011-2015 du Haut Conseil de la Santé Publique, aucune mention n'est faite concernant les pratiques d'isolement et de contentions chez le sujet mineur. Et en pratique, plus de la moitié des services n'ont ni protocole ni échelle d'évaluation (Welniarz, 2005), malgré des protocoles internationaux et des recommandations existantes déjà aux Etats-Unis. L'American Academy of Child and Adolescent

Psychiatry (AACAP), suite aux procédures médico-légales engagées dans les années 1980, propose en 2001 les premières recommandations internationales concernant l'utilisation des chambres d'isolement chez les adolescents et restreignant l'isolement aux deux indications suivantes (AACAP, 2001) :

- Prévenir un acte auto- ou hétéro-agressif
- Prévenir une modification incontrôlée ou une interruption de traitement.

Dans ces deux situations, l'AACAP précise que le recours à l'isolement ou la contention ne peuvent être indiqués que si toutes les autres mesures moins restrictives de la gestion de l'agressivité chez l'enfant ont été épuisées ou sont impraticables. Le texte précise également qu'en aucun cas isolement ou contention ne doivent recouvrir une dimension punitive, de facilitation de la vie d'un service, de compensation d'un manque de personnel soignant et de personnel soignant mal ou peu entraîné dans la gestion de l'agressivité des patients.

Nous tenons là deux faits incontestables : l'isolement est d'une part une pratique extrêmement répandue dans la prise en charge hospitalière des sujets adolescent, et d'autre part une pratique non clairement réglementée pour cette classe d'âge, laissée à la libre pratique de chaque service et sans cadre théorique ni pratique clairement établi. Pourtant cette classe d'âge présente des spécificités cliniques et psychodynamiques nécessitant des ajustements thérapeutiques particuliers pour lesquels l'usage de la chambre de soins intensifs ne fait pas exception. C'est ce que nous allons développer dans le chapitre suivant.

2. Les soins intensifs en pédopsychiatrie

Comme nous l'avons vu précédemment, il n'existe pas de cadre de référence pour une pratique ancienne controversée. Celui-ci est appliqué auprès d'enfants et d'adolescents en prenant exemple sur les pratiques connues en psychiatrie adulte. Dans ce chapitre, nous allons dégager les profils cliniques prédominants chez les adolescents isolés et explorer des hypothèses psychopathologiques pour comprendre les enjeux relationnels ayant abouti à une telle mesure.

2.1. Paradigmes de l'adolescence et des adolescents isolés

2.1.1. *Epidémiologie et profil des patients isolés*

Selon une grande étude d'Erickson et Realmuto, les adolescents isolés souffrent majoritairement de problématiques narcissiques marquées par des conduites externalisées (trouble des conduites, trouble oppositionnel, troubles du comportement multiples avec hyperactivité) ou internalisés (trouble de l'humeur) (Erickson & Realmuto, 1983). Les troubles psychotiques arrivent en deuxième position des causes de mise en chambre de soins intensifs, contrairement aux chiffres retrouvés chez l'adulte.

Angold et Pickles ne retrouvent pas de différences significatives entre les sujets psychotiques et non psychotiques, que ce soit dans le nombre total de sujets isolés ou bien dans le nombre de sujets isolés spécifiquement pour épisodes de violence (Angold, 1992). L'étude de Roustit et Marquette sur les considérations éthiques de l'utilisation de l'isolement met en évidence des

résultats similaires : les troubles oppositionnels avec hyperactivité sont plus fréquemment retrouvés que les troubles psychotiques, même si ces derniers entraînent des périodes d'isolement plus longues (Roustit et Marquette, 1999).

De même, l'étude de L. Nadereau retrouve le trouble des conduites avec trouble de la personnalité au premier rang des diagnostics des patients isolés dans un service de psychiatrie de l'adolescent (52,18% de trouble des conduites dont 34,78% associé à un trouble de la personnalité) (Nadereau, 2013).

Dans les deux premières études, le ratio serait par ailleurs en faveur d'une équivalence fille/garçon, rejoignant ainsi les résultats de l'étude de Welniarz (Welniarz, 2005), donnée contredite par celle d'Allen qui retrouve une fréquence plus importante de l'isolement chez les garçons (Allen, 2000).

Parmi les antécédents notables des patients isolés, on retrouve un risque relatif augmenté concernant les tentatives de suicide, les antécédents d'abus sexuels et les antécédents d'agressions physiques dans les 6 mois qui précédaient la décompensation (Angold, 1993). De même, on retrouve significativement plus d'antécédents de maltraitance, d'évènements de vie stressant récents, de processus psychopathologiques plus sévères, d'antécédents familiaux de pathologies psychiatriques et de dysfonctionnements de la cellule familiale, signant une plus grande fragilité de l'environnement familial, par discontinuité et précarité des liens affectifs (Nadereau, 2015 ; Gullick et al., 2005). Toutes études confondues, nous notons également une prévalence de l'isolement plus importante chez les patients soumis à des mesures de protection ou des mesures éducatives, chez les patients vivant en foyer ou en famille d'accueil, chez ceux souffrant d'une situation sociale précaire (déscolarisation, errance, chômage) et chez les patients suicidaires (Allen, 2000).

L'environnement immédiat du patient et l'organisation du temps soignant (et donc des équipes) agiraient également directement sur la fréquence et la durée de l'isolement. Ainsi, Angold et Pickles rapportent plus de mises en chambre d'isolement pendant la journée et lors des journées

très chargées pour les soignants, avec un faible temps d'attention dévoué aux adolescents hospitalisés (Angold, 1992). Les facteurs institutionnels aggravant le recours à l'isolement sont également cités dans l'étude de Roustit et Marquette : manque de personnel et activités moins structurées entraînant une fréquence augmentée des mises en chambre d'isolement le soir, clivage de l'équipe et défaut d'un adulte référent de l'hospitalisation (Roustit et Marquette, 1999).

Il est à noter que les épisodes de violence contre l'équipe, et notamment contre les femmes, aboutiraient plus rapidement à l'isolement que la violence envers les autres patients du service (Garrison, 1984). Par ailleurs, plus le nombre d'épisodes d'isolement augmente, plus la durée d'isolement de chaque épisode augmente (Millstein et Cotton, 1990).

Enfin, les effets indésirables de l'isolement sont pointés par plusieurs études, variant considérablement selon les pathologies présentées par les sujets concernés. L'utilisation de la chambre de soins intensifs chez les enfants et adolescents souffrant de troubles psychotiques augmenterait l'anxiété, favorisant les phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation, ainsi que l'activité hallucinatoire (Roustit et Marquette, 1999 ; Wadeson et Carpenter, 1976). L'isolement en réponse à des passages à l'acte hétéro-agressifs aurait également comme conséquence d'accentuer la marginalité des adolescents à travers l'amplification de la discontinuité relationnelle vécue avec l'adulte (Saimi-Belarbi, 2002).

2.1.2. Adolescence : normal et pathologique

Selon Garrison et al., la grande majorité des adolescents isolés l'est pour des troubles du comportement violents non sous-tendu par un accès psychotique (Garrison, 1984). A quoi correspondent donc ces accès clastiques incontrôlables chez des sujets adolescents non désorganisés

ou structurés sur un mode clairement psychotique ? Comment caractériser les « agirs violents » de l'adolescent afin de les inclure dans une réflexion psychopathologique globale, tant sur le plan de la compréhension que du soin, et donc de l'utilisation dans certains cas de la chambre de soins intensifs ? Nous décrirons dans ce chapitre les modalités relationnelles de l'agir violent à l'adolescent et ses conséquences dans le soin d'un point de vue psychodynamique.

Physiologiquement, le début de l'adolescence correspond peu ou prou à l'âge de la puberté. Celle-ci est définie de manière consensuelle comme une période de métamorphose globale sous l'influence de la production des hormones sexuelles. La puberté est un processus de plus en plus précoce, avec un âge moyen de l'apparition des règles chez la femme estimé à 12 ans contre 17 ans au XIXème siècle, encadrant plusieurs années de vie pendant lesquelles l'adolescent est soumis au changement de son corps, de sa voix, de sa personnalité, de ses limites physiques et psychiques. La confrontation directe avec cette métamorphose (physique) est le point de départ de la construction (psychique) de l'adulte en devenir que constitue l'adolescent. Par ailleurs, du fait de l'évolution de la société essentiellement, le début de l'âge adulte se fait, lui, de plus en plus tardivement (durée des études allongée, augmentation du chômage et donc de la dépendance aux parents, baisse importante des possibilités d'autonomisation rapide pour les sujets non diplômés, etc...), dégageant ainsi trois sous-classes à celle de l'adolescence : le pré-adolescent (10-12 ans), l'adolescent (12-18 ans) et le jeune adulte (18-21 ans).

Sur le plan psychodynamique, Jeammet et Kestemberg estiment que l'adolescence représente un travail psychique majeur d'élaboration au terme duquel il faudra :

- Intégrer une image nouvelle d'un corps sexué ;
- Assurer « *de nouvelles sources de régulation de ses tensions internes et de ses plaisirs* », prenant en compte l'accès possible aux relations sexuelles et en lien étroit avec l'organisation préalable de la sexualité infantile de l'individu ;

- S'assurer une construction de l'estime de soi plus indépendante de l'entourage immédiat.

Les auteurs parlent alors de la « *potentialité traumatique* » de l'adolescence du fait de l'exigence du travail d'élaboration psychique que représentent la poussée pulsionnelle sexuelle et les transformations du corps qu'elle implique (Jeammet et Kestemberg, 1987). La résurgence du conflit œdipien sous forme d'une « *flambée* » lui fait perdre son pouvoir organisateur au profit de son « *effet excitant et désorganisateur* », tandis que la sexualisation et la fragilité narcissique propres à cet âge peuvent amener l'adolescent à être poussé dans des modalités défensives (objet d'autant plus menaçant qu'il est plus désiré, notamment dans les représentations des imagos parentales), la résurgence d'une problématique de dépendance et des difficultés à trouver une distance relationnelle satisfaisante. L'adolescent oscille donc entre angoisse d'abandon et angoisse d'intrusion.

2.1.3. La violence comme mode adaptatif face à la violence du pubertaire

Les passages à l'acte pourraient donc constituer ce que Jeammet appelle « *le recours massif au renversement de la passivité en activité* », puisque l'adolescent se trouve dans une forme de passivité à l'égard du processus pubertaire qu'il subit et dont il ne contrôle pas les effets immédiats sur son Moi. Il en va de même des tentatives de clivage, reflet de celui existant entre le corps de l'adolescent et son Moi psychique, le corps pouvant être dénié dans sa dimension sexuelle et de support d'émotions trop débordantes ; ainsi que du rapport particulier de l'adolescent à la temporalité et à l'attente. Le recours au percept, au « *réel externe* », devient alors un moyen

d'objectivation, de vérification et de rupture des liens avec le monde interne au profit d'agirs et de matérialisation objective des affects, constatables par tous (Jeammet, 2002).

Tout le paradoxe de cette violence tient dans le fait que cet autre, cet objet qui menace est aussi une source de désir pour le sujet (« appétence objectale »). Mais ce désir induit un risque de perte de soi dans l'autre, un risque de « fusion » avec lui qui tendrait à l'effondrement du sujet. C'est cette crainte de l'emprise de l'autre sur soi, de la dépendance à l'autre qui est intolérable. Il faut alors maîtriser l'autre avant qu'il ne nous maîtrise.

2.1.4. L'agir violent : une réactivation de la violence internalisée

Pour caractériser les comportements violents des enfants et des adolescents victimes ou témoins de violences dans le milieu familial, M. Berger évoque, lors des passages à l'acte, le probable surgissement d'un imago parental violent introjecté précocement, probablement au stade pré-verbal, lorsque l'enfant était sans défense, terrifié, sans adulte avec qui partager ce qu'il ressentait (Berger, 2001). Il définit ainsi la formule d'« *identification incorporative pathologique* » produisant des formes de réminiscences perceptives survenant brusquement lors de scènes de la vie quotidienne tantôt violente, tantôt banales. Rejoignant la clinique du traumatisme à l'adolescence décrite par Jeammet, ces identifications pathologiques sont réactivées d'autant plus intensément au moment de la puberté et de l'explosion pulsionnelle hormonale, l'objet devenant, comme nous l'avons vu, une menace potentielle permanente, intrusive et persécutrice. Les crises clastiques seraient alors comparables à de véritables « *moments hallucinatoires* » hors réalité, sans culpabilité ressentie au décours et frappant de manière totalement indifférenciée. Ces troubles des conduites majeurs, chez les enfants très violents, se fixent très rapidement, fréquemment dès l'âge de 18 mois

à 2 ans. Pour M. Berger, l'enfant violent est avant tout un « *enfant terrorisé* », victime d'une « *violence subie* » à un stade précoce de développement psychomoteur. Ces enfants ont pu subir une violence parentale, physique et/ou sexuelle, ou bien être exposés très jeunes à des scènes de violence conjugale, à une époque où ils ne se sentaient pas encore totalement différenciés du monde extérieur. L'auteur résume ainsi le processus psychique qui opère chez le bébé comme chez l'adolescent qu'il deviendra : « *Un bébé dont la mère est frappée quand elle le porte dans les bras se vit comme un bébé frappé, mais ainsi, et c'est le seul moyen dont il dispose pour ne pas sombrer dans l'angoisse la plus totale, comme l'agresseur tout-puissant* ». La mise en chambre d'isolement constituerait de fait un moyen d'immobiliser et de contenir physiquement et psychiquement un adolescent qui, souffrant de troubles de la représentation de soi, d'une perturbation des interactions précoces et de processus identificatoires pathologiques, exprime par des troubles du comportement auto- ou hétéro-agressif son désir de se mettre psychiquement hors de soi, comme une tentative de fugue d'un corps-objet en transformation et d'une psyché prise au piège des réminiscences violentes qui l'accompagnent.

Dans un article écrit en 2002, M. Myquel explique que l'évolution, depuis plusieurs années, de la société et de la famille amène à plus de difficultés dans la fonction contenante de l'environnement familial et social, et notamment lorsqu'il existe une défaillance de l'un de ses membres (Myquel, 2002). Selon lui, la violence à l'adolescence est un appel à cette contenance qui fait défaut, par manque d'un objet protecteur symbolique et donc par création d'un objet réel dont il doit s'assurer qu'il ne vienne à manquer. Lorsque les réseaux éducatifs et judiciaires sont dépassés, il en revient aux institutions psychiatriques de relever le défi d'une restauration du lien et des assises narcissiques. Nous prenons le parti de considérer l'adolescence comme un phénomène évolutif, avec une dépendance inter-individuelle notable, et donc des propositions thérapeutiques qu'il est nécessaire de formuler le plus précisément possible au niveau individuel tout en maintenant un cadre théorique et pratique bien défini.

2.1.5. Violence et phénoménologie

Dans son travail sur l'enfant très violent, M. Berger parle de la nécessité d'apporter aux enfants contenus ou isolés une « *écoute individuelle intensive* », confiée essentiellement aux éducatrices, éducateurs ou infirmier(e)s, ces enfants ne pouvant attendre une séance de psychothérapie quelques jours plus tard pour exprimer leurs ressentis (Berger, 2007). La nécessité d'avoir à disposition un objet qui « *reçoive leurs émotions à l'état brut* » s'avère à la fois relever de la mise en place d'un cadre contenant, et à la fois d'un accompagnement permanent du jeune dans les différentes étapes de l'internalisation psychique des émotions ressenties. Elles ne sont ainsi ni déformées, ni désorganisées, mais converties immédiatement en matériel psychique accessible au travail d'élaboration du soignant et donc à disposition de l'adolescent dans le miroir qui lui est présenté. Ce travail doit être mené jusqu'à son terme naturel, sans interruption imposée par le soignant, et sans crainte phobique d'accompagner le jeune au bout de son processus psychique, quand bien même les émotions exprimées seraient « scandaleuses », au sens kantien du terme, c'est-à-dire inacceptables.

Seul un processus thérapeutique long de plusieurs années permet de modifier la structure psychique de certains de ces patients isolés. Pour Berger, une réflexion préalable et maintenue tout au long de l'hospitalisation de ces jeunes est indispensable, notamment vis-à-vis des attitudes contre-transférentielles provoquées par le traitement de ces patients chez des équipes se vivant parfois elles-mêmes comme un enfant face à la violence, c'est-à-dire dépourvue de capacités d'élaboration. En effet, la « *violence de l'institution* » (Saimi-Belarbi, 2002) peut devenir réelle face à ce genre de patients et s'organise autour de trois axes : la contrainte (période de séparation, cadre matériel, cadre temporel, règles de fonctionnement), la promiscuité (avec les pairs, avec la maladie) et la violence inhérente au fonctionnement d'un service. Les processus de « *désobjectivation intérieure* » et « *désobjectivation extérieure* » mis en œuvre par les adolescents violents à l'égard de

l'institution peuvent constituer une menace de l'identité institutionnelle qui, si elle n'est pas fortement établie, structurée et structurante, génère inévitablement des réponses violentes et incoordonnées. Ainsi, une hiérarchie clairement établie avec le respect par chacun de sa place et de sa fonction et le maintien d'un dialogue efficace avec les parents et les autres institutions de soins s'avèrent être des bases de travail indispensables. Les adultes, au sein de l'institution, doivent assurer les rôles de soutien des capacités de symbolisation, de conflictualisation du sujet et de contenance par le maintien d'un cadre référentiel théorique. La violence naissant de pathologies du lien, l'idée principale est d'en maintenir ou d'en restaurer le sens. Les processus thérapeutiques doivent, selon Berger, se découper en cinq thématiques :

- **La gestion du contre-transfert face à la violence** : il s'agit d'utiliser la parole comme outil de différenciation. Pour que la parole soit signifiante, elle ne pourra émerger que d'un cadre ayant pour but que l'individu s'approprie sa pensée ;
- **La gestion du rapport à la peur** : chez les adolescents ayant une force physique importante, les soignants savent qu'ils risquent d'être touchés physiquement par des actes violents. Une équipe qui ne se sent pas en sécurité réagit comme l'enfant terrifié, et ne peut plus penser. Il est donc nécessaire de mettre en place des dispositifs de sécurité ;
- **Le rapport à notre propre violence** : il peut s'agir de devoir parfois endosser le rôle d'un parent violent lors de tentatives de psychodramatisation des scènes d'agressions vécues par l'adolescent dans ses premières années de vie. Lorsqu'un affrontement survient, il est nécessaire de ne pas fuir, sans pour autant défier ;
- **Le rapport à la culpabilité** : lors de manifestations violentes d'un trouble du comportement, l'adolescent est généralement peu sensible au rappel de la loi, et il peut s'avérer efficace de montrer au sujet les conséquences de son action à travers une rupture relationnelle temporaire ;
- **Le rapport à la théorie** : le but premier du travail thérapeutique est de permettre à l'individu d'accéder à une pensée différenciée et d'une conscience de la temporalité, de la différence

entre réalité et hallucination, entre ce qui vient de soi et ce qui vient d'autrui. Pour ce faire, des connaissances théoriques solides sont un outil préalable nécessaire, permettant de savoir comment accompagner un patient à identifier ses sentiments, ainsi que de se sentir soi-même légitime, en tant que soignant, à pratiquer ainsi (validation pratique de la théorie de l'esprit par exemple).

L'idée n'est pas alors de « réparer », mais plutôt « *d'accepter de ressentir les affects [que l'adolescent] fait vivre, et qu'il a ressentis auparavant dans sa famille sans pouvoir les identifier* ». Cette interprétation rejoint les théories de W. Bion sur la fonction alpha de la mère (Bion, 1979), nécessaire au travail d'introjection et d'élaboration des affects primaires du bébé. H. Segal, dans un article sur le fonctionnement de l'enfant violent co-écrit avec F. Drossard, décrit ainsi le processus psychodynamique à l'œuvre lors de décompensations aiguës : « *C'est à ce moment qu'existe le risque d'une régression et d'une violente attaque contre l'émergence de la fonction alpha. Seule une interprétation correcte du phénomène peut alors restaurer cette fonction endommagée* » (Drossard, 2002).

2.2. Spécificités de l'hospitalisation et de l'isolement en pédopsychiatrie

2.2.1. *L'hospitalisation en pédopsychiatrie : évolution historique d'une pratique récente*

Historiquement, les premières tentatives de regroupement des enfants dans les asiles sont attribuées à J-P. Falret (service de filles épileptiques et idiots ouvert en 1831 à la Salpêtrière) et F. Voisin, chargés en 1833 d'organiser un « *service temporaire d'épileptiques et idiots* » pour garçons à l'hôpital Bicêtre. La loi de 1838 instaure la création de services spécialisés pour enfants mais à l'intérieur des asiles généraux, dont les détails des cellules sont notamment étudiés par Bourneville qui travaille à l'époque à une amélioration des conditions d'hospitalisation pour les idiots, dans un article publié en 1892 (Bourneville, 1892). Un rapport de 1875 déplore que seuls une douzaine d'asiles aient réservé des quartiers spécifiques aux enfants (Welniarz, 2007). Même ces lieux spécifiques sont décrits comme surencombrés, insalubres et sans équipements.

La première chaire de psychiatrie de l'enfant, dont la direction fut assurée un temps par Georges Heuyer, fut créée en 1948 à la Salpêtrière, quelques années après le premier congrès de pédopsychiatrie tenu à Paris en 1937. A cette époque, tout l'enjeu institutionnel de la psychiatrie infantojuvénile était de proposer des services spécialisés pour les enfants devant la reconnaissance du développement précoce de certains troubles psychiatriques, la différence psychopathologique fondamentale qui les oppose à ceux présents chez l'adulte et la nécessité de consacrer l'organisation médicale et paramédicale des unités en question aux particularités cliniques et développementales du sujet mineur.

En 2013, le premier « Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent » est publié, sous l'égide de l'AEPEA (Association Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent) née en 1992. La place des enfants et des adolescents dans les lois et recommandations officielles françaises concernant l'hospitalisation en psychiatrie et l'isolement thérapeutique n'est apparue que récemment, lors de l'application, dans les années 70, de la circulaire du 15 mars 1960 sur l'organisation de la sectorisation des services de psychiatrie. Auparavant, la loi du 30 juin 1838 ne faisait aucune différence entre les sujets majeurs et les sujets mineurs.

Comme le décrit le rapport de l'INSERM en 2003 (INSERM, 2003), la majorité des prises en charge psychiatriques des enfants et des adolescents s'est organisée, depuis les années 1970 et la mise en place de la politique de sectorisation sur une approche psychodynamique, sur une modalité ambulatoire. Allant dans le sens de la « désinstitutionnalisation » à la française, le rapport explique que « *97% des patients (en psychiatrie infanto-juvénile) sont suivis en ambulatoire, et ce pourcentage varie peu selon les régions* ». Ainsi, on assiste, entre 1986 et 2000, à de nombreuses fermetures de lits et une reconversion importante de ceux-ci en services de soins ambulatoires. Sur les 320 services de secteur de psychiatrie infanto-juvénile présents sur le territoire en 2000, seuls 129 sont dotés de lits d'hospitalisation à temps plein, soit une diminution de 38% comparativement aux chiffres de 1995. Sur les 432 000 enfants et adolescents faisant partie de la file active des secteurs en 2000, 85 % ont eu une prise en charge strictement ambulatoire.

En France, Welniarz et Medjdoub décrivent, dans leur étude datée de 2007, les résultats d'un état des lieux des hospitalisations à temps plein dans les services de psychiatrie infanto-juvénile. Les résultats présentés donnent des informations quant aux pathologies les plus représentées en fonction de la tranche d'âge évaluée. Ils séparent ainsi les unités d'hospitalisation en 3 catégories distinctes : les services pour enfants (sujets de 4 à 12.3 ans), services pour adolescents (sujets de 12.4

ans à 18 ans) et services mixés pour enfants et adolescents, dits « unités enfants-adolescents » (de 5 à 18 ans). Les auteurs retrouvent une prévalence plus importante de pathologies du spectre autistiques et de troubles psychotiques chez les enfants, tandis que les services pour adolescents comportent davantage d'individus hospitalisés pour des pathologies narcissiques, des troubles du comportement indéterminés ou des troubles dépressifs. A noter que les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux, phobiques et TOC, ainsi que les tentatives de suicide ne représentent qu'une part minoritaire des pathologies recensées. Le tableau 3 résume les résultats de l'étude.

Tableau 3. Principales pathologies par tranche d'âge pour les mineurs hospitalisés en France. En pourcentage de patients accueillis. (Welniarz et Medjdoub, 2007)

Type de pathologies	Enfants (%)	Adolescents (%)	Enfants-adolescents (%)
Psychose	28.8	26.9	26.5
Autisme	26.7	4.1	10.4
Schizophrénie	1.4	9.1	4.5
Troubles du comportement	24.6	26.9	22.6
Pathologie narcissique	12.9	19.1	14.5
Dépression	5.9	20.9	15.5

Une autre spécificité de la pédopsychiatrie l'amène à se définir également par le fait qu'elle concerne des personnes en état de dépendance. Au plan des pratiques, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent se caractérise d'ailleurs par une demande de soins qui n'est souvent pas le fait des individus concernés eux-mêmes mais qui est celle de leurs parents. Cela pose de manière particulière la question du consentement aux soins. Dans le cadre des demandes d'hospitalisation, un autre interlocuteur peut intervenir, la justice, par le biais d'une Ordonnance de placement provisoire (OPP). Cette OPP peut être demandée par les professionnels de santé contre l'avis de la famille.

2.2.2. L'isolement thérapeutique en pédopsychiatrie : entre pratique courante et banalisation, émergence d'un questionnement de fond

Nous constatons donc que des modalités bien particulières encadrent l'hospitalisation d'un individu mineur, tant d'un point de vue administratif (décision d'hospitalisation revenant à la charge des parents) que médical. Plus spécifiquement chez l'adolescent, la forte incidence de pathologies regroupant, parmi les motifs d'hospitalisation, les troubles des conduites, les troubles de l'adaptation et les troubles identitaires à type de trouble du lien et de trouble de l'attachement entraîne un contexte de soins bien différent de celui des unités hospitalières pour adultes, agissant aussi bien sur le transfert de l'individu hospitalisé que sur l'organisation des soins des équipes qui s'en occupent. Les problématiques émergeant du développement identitaire quant aux capacités d'introjection des limites et à la qualité des processus identificatoires de l'individu imposent, elles, de les inclure dans nos réflexions sur la qualité des soins que nous entendons mener.

Ainsi en va-t-il également de l'isolement thérapeutique. Qu'en est-il alors, en pratique, de sa place dans les unités d'hospitalisation pour adolescents ? Comment est-il pensé, développé et intégré dans l'offre de soins proposée et selon quels paradigmes ?

2.2.3. Le risque de la dérive coercitive et la maltraitance institutionnelle

Tomkiewicz définit le soin comme la capacité à « *mettre au service de quelqu'un son savoir, sa technologie, sa personnalité, ses efforts pour apporter la guérison de la maladie dont il est atteint* » (Tomkiewicz, 1997). Il s'agit alors, dans le domaine de la santé, soit de « *soulager la*

souffrance », soit de « *prévenir l'aggravation de la maladie ou de la souffrance* ». Le soin se place donc en opposition totale avec la punition, alors même que l'inverse, comme nous l'avons vu avant, n'est pas forcément vrai. « *En psychiatrie, dit-il, les personnes souffrantes ayant parfois tendance à faire en plus souffrir les autres, le désir de punir devenant alors de plus en plus fort chez les soignants* ». Il ajoute :

« Ce n'est pas l'ordre social, ni la morale publique, c'est la souffrance que nous soignons. Et même si cela nous pose des cas de conscience, des choix éthiques, il doit être primordial pour nous de le faire pour son bien. Nous devons toujours veiller à ce que ses bénéfices (et non ceux de l'institution ou de la famille) soient plus importants que les nuisances que nous infligeons. Le but est toujours le même, c'est le bien, l'intérêt du malade. Ce but n'exclut pas parfois la nécessité d'infliger la douleur et la souffrance. Surgit ici la notion de mal nécessaire. Cependant, cette douleur ne doit jamais être infligée comme une punition. »

A travers son article, l'auteur pose la question taboue de la jouissance dans la punition physique. Pour ainsi réfléchir sur des questionnements essentiels à l'analyse des contre-attitudes soignantes dans un soin aussi brutal que peut l'être une mise en chambre de soins intensifs : qui jouit le plus entre l'enfant tapé ou le « pédagogue-soignant » ? La punition existe pour le bien de qui : l'enfant, l'équipe, l'institution ? Est-elle utile pour arrêter rapidement un comportement gênant ou pour y mettre fin définitivement ?

Roustit et Marquette pointent également les risques de violence institutionnelle lors des moments de déstabilisation institutionnels induits par les passages à l'acte violent des adolescents (Roustit et Marquette, 1999). Le risque d'exclusion définitive peut faire se maintenir des processus d'exclusion sociale et engendrer un effet miroir des équipes à travers l'immédiateté des décisions prises. La violence, vécue comme menaçante par des soignants mal formés, peut entraîner des aménagements défensifs de type pervers de ces derniers avec un risque d'augmentation du recours à

l'isolement. L'isolement comme sanction déterminé par une instance surmoïque empêche alors les possibilités d'accès à la symbolisation de l'individu et de projections identificatoires saines.

Ces réflexions ont inéluctablement amené les auteurs à se pencher sur la question de la pertinence des chambres d'isolement. Au-delà de l'aspect psychodynamique essentiel à la compréhension des comportements violents de l'adolescent et des potentielles contre-attitudes soignantes réactionnelles, les débats sur la pratique de l'isolement se sont aussi portés sur l'organisation même de ce soin au sein des services.

2.3. Débat sur l'isolement autour des adolescents

2.3.1. *Eduquer et/ou soigner : éternel dilemme*

Au regard de l'Histoire, délinquance et soins psychiatriques sont deux notions étroitement liées. Contrairement à la clinique psychiatrique de l'adulte, la clinique de l'enfant est plus tardive et s'est articulée à partir d'un savoir-faire pluri-disciplinaire. Ainsi, la question des soins de l'enfant et de l'adolescent intéresse des éducateurs, des enseignants, des psychologues, des psychiatres, des écrivains... Elle ne se limite pas au champ exclusif de la psychiatrie, car avant l'émergence de la pédopsychiatrie, si on s'intéresse aux enfants, c'est pour leur santé physique, leur insertion sociale et de leur éducation.

August Aichhorn (1878 – 1949), qui accompagne les travaux de Freud dans la première moitié du XXème siècle, est sans doute le premier à soutenir l'idée que les comportements déviants des enfants et des adolescents sont une manifestation de troubles névrotiques sous-jacents. A partir d'un transfert positif noué avec l'adolescent, Aichhorn étaye son approche clinique sur la constitution d'un environnement thérapeutique : la thérapie par le « milieu ». Il retourne la perspective éducative qui avait lieu jusqu'alors. Pour lui, l'adolescent délinquant n'est pas un être dont il faut corriger l'inadaptation par la force. La méthode répressive est vouée à l'échec, car elle ne traite pas la question fondamentale à l'origine du comportement délictueux, à savoir les motifs inconscients auxquels l'adolescent lui-même n'a pas accès. Dès lors, comment pourrait-il bénéficier d'un traitement imposé, si celui-ci ne s'adresse qu'à la partie consciente de sa personnalité ? Le virage pédagogique est majeur : il met l'enfant au cœur du dispositif éducatif, en essayant de comprendre ce qu'il vit. Une fois la relation engagée, l'identification et la reprise de l'Idéal du Moi constituent alors les deux ressorts essentiels pour modifier la personnalité de ces jeunes (Houssier, 2004). C'est

suite aux travaux d'Aichhorn que des internats thérapeutiques sont créés pour accueillir des jeunes souffrant de troubles du comportement et de désordres affectifs majeurs.

Dans une étude datée de 1987, Irwin part du postulat que le milieu thérapeutique pour soigner l'enfant doit être « *prévisible, structuré, cohérent* », ce qui est contraire à l'imprévisibilité de l'utilisation de la chambre d'isolement (Irwin, 1987). Il existe donc selon lui un risque important d'amener de la confusion chez l'enfant. L'enferme induit des facteurs facilitant forcément l'évitement du recours à l'isolement lors de passages à l'acte violents : les sujets sont d'âge jeune donc il n'existe généralement pas de problème de rapport de force physique, et le temps soignant consacré aux unités de pédopsychiatrie est en moyenne bien plus important qu'en psychiatrie adulte, avec 1 soignant pour 2 patients (Welniarz, 2007). Les soins seraient alors facilités par l'environnement thérapeutique : des relations de confiance et de renforcement positif avec l'adulte, et un respect de l'autonomie de l'enfant adapté à son âge.

En 1989, Cotton analyse de l'impact de l'isolement chez l'enfant. Elle analyse la double considération de l'isolement, d'apparence contradictoire : l'isolement serait à la fois une « *anomalie* » (dans le sens d'une privation de liberté induite par la mise en isolement est décidée par le corps médical et non par un pouvoir juridique) au sein de laquelle peuvent se retrouver les risques de maltraitance institutionnelle ; et à la fois une étape pour « *apprendre le contrôle de soi à travers l'expérience d'être soi-même contrôlé* », chez des enfants chez qui les règles n'ont pas été apprises et les limites pas été correctement intériorisées (Cotton, 1989). L'auteur pointe les difficultés pour les enfants souffrant de pathologies narcissiques et d'impulsivité à comprendre le sens d'une « *punition* », étant de fait méfiant envers l'adulte et n'ayant pas la capacité d'intérioriser sa colère ni de la transformer en énergie positive, en regret ou en culpabilité.

2.3.2. Critiques de fond et difficultés de forme

« L'isolement thérapeutique sépare physiquement le patient de l'équipe mais ne l'isole pas psychiquement si un contact est maintenu. » (Welniarz, 2005).

L'ordonnance de 1945 sur la délinquance juvénile impose pour la première fois la non-proportionnalité de la peine et du délit. L'objectif principal est alors la réinsertion du délinquant, en stoppant ses actes répréhensibles et en l'aidant à s'épanouir moralement et intellectuellement. C'est la notion justice « soignante » qui apparaît, impliquant immédiatement une confusion punition/soin dont les professionnels de santé cherchaient pourtant à l'époque à se dégager ! Il devient juridiquement établi que la délinquance d'un jeune engage non seulement la responsabilité de l'enfant mais, avant, tout, la responsabilité de la société.

La psychiatrie n'évoluant jamais très loin des prises en charge des adolescents délinquants, les punitions étaient auparavant considérées comme des techniques de soin. L'asile donnait plutôt la préférence à la sauvegarde de l'ordre qu'au bénéfice thérapeutique des techniques utilisées. Il y avait les cages tournantes jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, les douches froides et camisoles jusqu'en 1950, les « cellules » d'isolement... En 1945, la « révolution psychiatrique » amène à une humanisation des pratiques avec l'apparition des neuroleptiques qui doit s'accompagner d'une réflexion sur les techniques de soins et la lutte contre la chronicité et l'hospitalisation.

En 1995, Earle tente de faire ressortir des liens de corrélation entre les mises en chambre de soins intensifs et les caractéristiques environnementales des unités étudiées. Il remarque que l'isolement est souvent secondaire à l'impulsivité du patient d'une part, et à l'importance du ratio soignant-soigné d'autre part (Earle, 1995). Il est alors possible d'imaginer que, du fait d'un manque de personnel dans des situations de violence à l'intérieur des services, les contre-attitudes

soignantes, fruits d'une réaction en miroir d'éléments pulsionnels bilatéraux et de projections agressives mal contrôlées, l'isolement est parfois la finalité punitive d'une manifestation symptomatique de la souffrance des patients.

Pour Finke, les pratiques d'isolement chez l'enfant et l'adolescent ne sont pas fondées sur des preuves scientifiques (Finke, 2001). Dans sa revue de littérature basée sur la quasi-totalité des articles parus entre 1970 et 2000 sur l'utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie infanto-juvénile, il estime qu'aucune tentative n'a été faite de nourrir les réflexions théoriques concernant les bénéfices de celle-ci avec des études scientifiques bien menées sur le plan méthodologique. Il conclut à la nécessité de développer les interventions de prévention et de gestion des passages à l'acte hétéro-agressifs plutôt que de persister avec une technique qu'il juge, à travers les résultats des articles étudiés, « *traumatique et nocive* ».

La littérature professionnelle a lourdement critiqué l'utilisation de l'isolement et de la contrainte chez l'enfant et l'adolescent. Par rapport à l'isolement en particulier, les études impliquant les enfants et les adolescents notent un manque de preuve concernant l'efficacité de ce soin mais des preuves très concrètes quant aux effets négatifs qu'il provoque (Finke, 2001). Certaines données indiquent que l'isolement peut être utilisé pour le bien-être des équipes soignantes plus que pour des motifs nécessitant réellement l'isolement d'un sujet, comme lorsqu'elles sont débordées (Millstein et Cotton, 1990). Il est à noter qu'encore aujourd'hui les pratiques d'isolement dépendent en grande partie de la conception qu'en ont les équipes soignantes. Une équipe américaine réalise en 1988 une enquête nationale sur la réglementation de l'isolement et de la contention dans les services de psychiatrie infanto-juvénile, montrant alors qu'une même terminologie recouvrait des réalités institutionnelles bien différentes (Fassler et Cotton, 1988).

Sur le plan théorique, les modalités des interventions cognitives et comportementales à visée d'apaisement des sujets agités passent par la mise en place d'un cadre thérapeutique bien

déterminé. Les équipes de soins doivent être bien différenciées, en cohésion, bien définie dans leurs rôles à une **position de pare-excitation**. Il doit exister des figures médiatrices ainsi que des adultes référents afin d'exercer une action contenante et rassurante, en opposition au risque d'escalade des troubles du comportement si l'adolescent perçoit un abandon ou un détachement de l'équipe (Donovan & al., 2003).

Friard résume ainsi la nécessité de créer du lien avec les individus isolés : « *Soins et mises à l'index s'excluant mutuellement, ce n'est qu'en rompant avec l'isolement, qu'en établissant un dialogue avec le patient considéré comme sujet que l'on peut lui permettre de se soigner. La mise en chambre d'isolement ne saurait donc être considérée comme une mesure thérapeutique. [...] Cet isolement ne deviendra thérapeutique que si nous mettons en place un dispositif d'accompagnement qui permette au patient et à l'équipe de faire retour sur ce qu'il s'est passé, sur ce qui a motivé l'isolement, que si nous substituons à un acte imposé par la situation une parole qui permette à chacun d'exprimer sa vérité, son ressenti* » (Friard, 2002).

De par ces conclusions, penser l'isolement devient non seulement un acte indispensable pour le patient mais également une garantie de l'équilibre institutionnel et des possibilités soignantes des équipes. Si l'isolement est réfléchi en amont, le risque de sidération diminue et les phénomènes de régression et d'appropriation psychique de l'agressivité peuvent émerger chez le sujet concerné. Les équipes doivent essayer dans tous les cas d'apaiser, d'accompagner l'adolescent dans l'accès à la différenciation de la projection des mouvements internes et de la réalité extérieure, de lui proposer des tentatives de perceptions des limites corporelles et psychiques.

Il nous a donc paru primordial de nous intéresser à la part active que les sujets isolés mettaient en œuvre dans le processus menant à leur isolement ainsi que dans les interactions

pouvant exister ensuite au moment de celui-ci. En effet, si nous partons de l'hypothèse que la mise en chambre de soins intensifs est un soin basé sur la pare-excitation par la diminution des stimuli sensoriels autant que par la mise en lien de l'individu agité avec des figures adultes étayantes, travailler en ce sens sans connaître l'expérience vécue intérieurement par ces individus paraît délicat.

En apprendre sur le vécu des adolescents isolés, c'est donc s'enrichir d'un outil précieux de compréhension de la relation bilatérale qui s'établit à un moment donné entre la subjectivité « malade » du sujet et celle « soignante » de l'équipe qui l'entoure, cette même relation qui sera un des éléments thérapeutiques indispensable et la reconstruction du lien, l'appropriation de la pensée et l'élaboration des émotions. C'est en ce sens que nous avons construit notre étude donc nous détaillerons les détails dans une deuxième partie, après avoir présenté une revue de littérature courte mais exhaustive sur ce qu'il est paru jusqu'à aujourd'hui concernant le vécu des patients, enfants et adultes confondus, en chambre de soins intensifs.

Dans un deuxième temps, nous tenterons de définir précisément la notion de « phénomène », à travers sa description philosophique et au regard de sa réalité pratique, dans le type de recherche à mener pour l'appréhender le plus précisément possible. Fera suite à cette description la présentation de notre étude sur le vécu par les adolescents de leur expérience de l'isolement, menée selon une méthodologie qualitative et analysant directement le discours de ces patients dans un travail d'intersubjectivité entre le sujet et l'investigateur.

2.4. Revue de littérature

MOTS-CLES : Isolement, Adolescents, expérience, vécu, chambre.

2.4.1. Introduction

Depuis les premières études, principalement nord-américaines, traitant des chambres de soins intensifs en psychiatrie dans le milieu des années 1980, peu d'entre elles se sont concentrées sur la question spécifique de la psychiatrie infanto-juvénile, et plus particulièrement sur celle de l'adolescence. Cette période est pourtant, comme nous le savons, marquée par des enjeux identitaires et relationnels majeurs, et le vécu des adolescents durant leur expérience de l'isolement se retrouve au centre du processus thérapeutique qui lui est rattaché.

Dans ce contexte, nous souhaitons par l'objet de cette revue de la littérature faire un état des lieux des publications sur le vécu en isolement des patients et préciser si des spécificités propres au sujet adolescent existent et ont été étudiées. Au vu des résultats de cette revue nous concluons sur la pertinence d'un travail de recueil et de réflexion sur le vécu de l'isolement dans le parcours de soin de l'adolescent.

2.4.2. Matériel et méthodes

Une recherche sur PUBMED, CAIRN et Ascodopsy a été réalisée, étendue aux articles disponibles en anglais et en français (dans leur version originale ou traduite).

Les termes suivants ont été employés : en anglais, « *seclusion* », « *seclusion room* », « *adolescent* », « *children* », « *experience* », « *feeling* », « *attitude* », « *perception* », « *view* » ; et en français, « *chambre d'isolement* », « *chambre de soins intensifs* », « *isolement thérapeutique* », « *vécu* », « *ressenti* », « *perception* », « *adolescent* ». Aucune limite de temps en termes de date de parution n'a été spécifiée.

Les études cliniques (rétrospectives, transversales ou prospectives) ayant un rationnel de départ clairement défini quant à la question du vécu de l'isolement ont été incluses dans cette revue de littérature. Nous avons dissocié trois parties pour ce travail : une première s'attachant au vécu négatif de l'isolement, une deuxième s'intéressant aux retours positifs de celui-ci, et une dernière traitant des spécificités du vécu de ce soin chez l'adolescent avec, en particulier, le point de vue des soignants.

Nous avons détaillé les études les plus pertinentes pour en faire ensuite une synthèse globale.

2.4.3. Vécu négatif de l'isolement

Le vécu négatif est relayé dans environ trois quarts des études portant sur le sujet. Il s'agit essentiellement d'émotions négatives à type de « *colère* », de « *tristesse* », de « *désespoir* », de « *peur* » (Binder, 1983 ; Hoekstra, 2004 ; Meehan et al., 2000 ; Palazzolo, 2004 ; Perret, 2009), d'expérience délirante et hallucinatoire (Wadeson et Carpenter, 1976), de « *solitude* », d'« *abandon* » (Madan, 2014) et d'interactions de mauvaise qualité avec le personnel soignant (Hoekstra, 2004 ; Palazzolo, 2004 ; Soliday, 1985), rendant la compliance immédiate aux soins plus compliquée. Certains auteurs parlent de l'impuissance comme de « *la pire chose dans le vécu de l'isolement* » (Norris, 1992). La privation sensorielle semble être à l'origine d'une perte de repères spatio-temporels, une anxiété majeure, une irritabilité, une dysphorie, une « *perte de contrôle* » et

une recrudescence délirante (Meehan et al., 2000 ; Palazzolo, 2004 ; Wadeson et Carpenter, 1976). L'isolement représenterait alors le paradigme du soin psychiatrique forcé, mal perçu, arbitraire, venant renforcer un sentiment d'exclusion déjà intensément vécu par les patients (Madan, 2014 ; Palazzolo, 2004).

Les autres ressentis pointés par les études se portent sur l'incompréhension par les patients du motif de leur isolement (87% des patients dans l'étude de Binder et McCoy ; plus de 50% dans celle de Meehan et al. , 63% dans l'étude de Cano et al.), une impression d'avoir été détenus en « *prison* » (Meehan, 2000 ; Palazzolo, 2004) ou un vécu de « *torture* » chez les patients expérimentant pour la première fois la mise en isolement (Mann, 1993), et un sentiment de dévalorisation et d'humiliation (Cano, 2005).

Ces vécus perdurent à distance de la sortie d'isolement, et la mémoire de l'expérience de l'isolement reste quasiment intacte même plusieurs années après celle-ci. Ainsi, dans les retours de vécu de l'isolement à long terme, et l'analyse de la capacité des patients à assimiler et mettre en place des stratégies d'adaptation face à l'isolement, les résultats indiquent que les patients retiennent, même longtemps après, un vécu d'« *impuissance* », de « *solitude* », et de « *perte d'autonomie et de dépendance aux soignants* » (Hoekstra, 2004).

L'étude de Wadeson et Carpenter relate de façon assez complète l'ensemble de ces observations par le recueil immédiat et à distance du vécu des patients isolés. Ils proposent dans leur article datant de 1976 les résultats d'une des premières études observationnelles concernant le vécu des patients en chambre d'isolement. Les dessins d'une cohorte de 62 patients souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif hospitalisés dans une unité du National Institute for

Mental Health (NIMH) aux Etats-Unis sont analysées. Aucune pharmacothérapie n'est utilisée pendant la durée de l'étude.

Le protocole, qui consiste en trois sessions d'art-thérapie individuelles (à 2 à 3 semaines après l'admission, à 2 à 3 semaines avant la sortie d'hospitalisation et à 1 an après la date d'admission) donne des résultats marquants : Il ressort que plus d'un tiers des patients produisent un dessin en rapport avec la chambre d'isolement (21 patients pour 43 dessins en rapport avec l'isolement) sans qu'aucune consigne ne leur ait été donnée. 79% des dessins évoquent la survenue d'« *hallucinations très agréables* » comme lutte contre la peur et l'anxiété liées à l'expérience de l'isolement sensoriel. 53% représentent des « *délires effrayants* » et 100% expriment des « *affects négatifs intenses* » (peur, anxiété, colère, solitude, frustration, tristesse). Enfin, 11% des dessins évoquent l'intérêt des patients isolés pour les membres de l'équipe présents de l'autre côté de la porte, attachant alors une importance capitale au maintien du lien et au rôle thérapeutique de ceux-ci dans les moments d'hallucinations envahissantes.

2.4.4. Vécu positif de l'isolement

Malgré ces résultats faisant état de ressentis négatifs dans l'immédiat de la mise en chambre, des retours positifs sont également formulés.

L'étude de Mann et Wise est une des premières à rapporter un bilan global plutôt positif du vécu des patients en chambre d'isolement. Parmi les 50 patients évalués sur la base d'un questionnaire de 13 questions rempli 48h après la sortie de l'isolement au sein d'une unité qu'on pourrait qualifier de « tout-venant », 67% disent s'y sentir en sécurité et ne pas avoir craint ce moment (Mann, 1993).

L'autre étude principale mettant en évidence un ressenti global positif chez les patients isolés est celle de Cano et al., réalisée en 2011. Dans cette étude de cohorte qualitative rétrospective, 30 patients sont évalués lors d'entretiens semi-directifs 21 à 28 jours après leur sortie d'isolement. Le

but est de déterminer le vécu des patients et leur avis général de la question à distance de l'isolement. S'ils notent eux aussi que cette expérience reste quoi qu'il arrive un fait marquant de leur hospitalisation, ils sont 56,7% à exprimer leur satisfaction globale du soin qui leur a été proposé. Ils l'ont également trouvée « *utile* » dans 43% des cas et sont presque 40% à juger qu'il leur a permis d'« *apaiser leur souffrance* ». Ils sont en revanche 76% à penser que la mise en isolement n'était « *pas nécessaire* » et que d'autres mesures, notamment un dialogue meilleur en qualité et en quantité avec les équipes, auraient permis de l'éviter.

Les autres études concluent à des résultats similaires. L'isolement est « *utile* » pour environ la moitié d'entre eux (Binder, 1983 ; Cano, 2005 ; Hammil, 1987 ; Palazzolo, 2004), apporte un sentiment de « *sécurité* » et « *d'apaisement* » (Palazzolo, 2004, Perret, 2009) et, toujours selon les patients, serait « *nécessaire* », « *juste* » et « *non humiliant* » pour gérer les troubles du comportement et résoudre une crise psychique (Martinez, 1999 ; Soliday, 1984). Ils sont une majorité à rapporter que leur expérience de l'isolement n'a, d'une part, pas changer leur manière d'appréhender les traitements (Binder, 1983), mais qu'il aura eu en plus tendance à « *améliorer leur relation à l'équipe et aux autres soignants* » (Palazzolo, 2004). La perte de repères étant souvent à l'origine d'angoisses massives, les patients peuvent se sentir rassurés par le maintien d'un « *pendule comme repère temporel* » (Perret, 2009). Certains, enfin, apprécient avoir eu le sentiment d'être « *vus* » et « *considérés avec attention* », se sentant rassurés par la « *présence* » soignante (Hammil,1987), et profitant des temps de soins corporels d'hygiène ainsi que des repas (Perret, 2009).

2.4.5. Vécu chez les Adolescents

Concernant le recueil du vécu propre aux adolescents, celui-ci ne semble pas différer fondamentalement de ce qui est observé chez l'adulte et que nous avons détaillé précédemment.

Seuls deux études concernant le vécu en chambre d'isolement existent dans la littérature. Dans ces deux études, les pathologies diagnostiquées chez les adolescents isolés sont principalement les troubles oppositionnels, les troubles des conduites, et les troubles schizophréniques (Van der Laan, 2016 ; Vishnivetsky, 2013). Le premier est celui de l'équipe hollandaise du Dr Van der Laan. Dans cette étude publiée en 2016, il est question de l'évaluation de 15 patients âgés de 15 à 21 ans et souffrant de troubles psychiatriques variés (trouble schizophrénique, trouble de l'humeur, trouble des conduites essentiellement). Ces patients sont interrogés sur 3 items : l'expérience émotionnelle de l'isolement, l'impact que celui-ci a eu sur eux et leur avis sur les mesures à prendre par le staff pour gérer leurs troubles du comportement. Comme chez l'adulte, il s'avère que la charge émotionnelle de l'expérience de l'isolement est « *négative* » pour plus de 50% d'entre eux (8/15) et un vécu de « *traumatisme* » pour 20% d'entre eux (3/15) (Van der Laan, 2016). Pour améliorer leurs conditions d'isolement, les adolescents interrogés sollicitent davantage de dialogue avec l'équipe soignante et la volonté de conserver leurs vêtements personnels. Ils sont une majorité à préférer l'isolement à la médication forcée, rejoignant une donnée déjà présente chez l'adulte (Velkamp, 2008). La deuxième étude est celle d'une équipe israélienne, plus complète, évaluant 50 patients de 13 à 24 ans ayant déjà eu au moins une expérience de mise en chambre d'isolement, sur la base de questionnaires. Les résultats s'attachent à décrire la préférence de la mise en isolement comparée à toutes les autres mesures coercitives (médication forcée, alitement forcé, contention physique). La « *honte* », « *l'inconfort* » et la « *colère* » sont cités comme les 3 éléments influençant le plus l'expérience des mesures coercitives et seraient directement liées à la qualité du vécu de l'isolement chez les patients (Vishnivetsky, 2013). Globalement, les patients interrogés ne se disent « *pas effrayés* » par la chambre d'isolement et admettent en majorité avoir été « *apaisés* » par celle-ci.

C'est davantage en termes de dynamique institutionnelle du soin de l'isolement et du retour des équipes soignantes sur leur expérience qu'une spécificité semble se dégager chez les adolescents. Indépendamment des conditions d'isolement des patients en fonction des services, il ressort en tout cas presque systématiquement une grande différence dans la perception de ce soin entre les patients et l'équipe soignante (Meehan, 2004 ; Soliday, 1985).

La majorité des usagers des chambres d'isolement en psychiatrie générale, patients et équipes confondus, ont une mauvaise image de celle-ci et de son utilisation, quand bien même l'impact thérapeutique serait bénéfique (El-Badri, 2008 ; Meehan, 2004 ; Soliday, 1985). Cependant, contrairement au sentiment présent chez les patients que le recours à celle-ci serait évitable, cela représente pour l'équipe soignante « *un mal nécessaire* » (Allen, 2000). Les patients se sentent quant à eux pris au piège de leur solitude et dans l'incapacité de communiquer autant qu'ils le souhaiteraient avec le personnel soignant (Cano, 2005 ; El-Badri, 2008 ; Van der Merwe, 2013), aimeraient davantage de contact avec l'extérieur (Mann, 1993 ; Soliday, 1985) et des activités soignantes plus régulières avant, pendant et après l'isolement (Madan, 2014 ; Palazzolo, 2004). Cette recherche d'un meilleur lien, en qualité et en quantité, se dégage comme étant l'outil privilégié pour améliorer le vécu des patients en isolement (Madan, 2014).

Chez l'adolescent, une majorité des équipes soignantes en psychiatrie voient l'isolement comme une « *mesure nécessaire* » dans la prise en charge de la violence des patients, et s'appuie sur des théories davantage éducatives que thérapeutique pour l'application de celui-ci. Ils ont ainsi le sentiment de pouvoir « *garder le contrôle sur la situation* », « *prévenir des actes de violence* » et faciliter la « *gestion* » du service ainsi que « *la prise de traitement* » (Allen, 2000). Chez l'enfant plus spécifiquement, ils témoignent cependant d'une confiance faible à modérée en l'efficacité de

l'utilisation de la chambre d'isolement chez des patients présentant des troubles du comportement (Goren, 1996).

2.4.6. Discussion

A travers ces différentes études, nous voyons donc que la période d'isolement se divise souvent en deux « temps émotionnels » pour le patient : le début, période initiale allant de l'annonce de la mise en chambre d'isolement jusqu'aux premières heures de celui-ci, marqué par un vécu négatif, teinté d'éléments mélancoliques, parfois délirants ou traumatisants ; et, plus à distance, un temps d'accession aux bienfaits thérapeutiques de ce soin, avec une sensation d'apaisement, de calme et de préparation à la sortie. Il semble cependant reconnu que les patients isolés souffriraient d'un manque de contact avec le personnel soignant, un besoin inassouvi de discuter et d'exprimer leur vécu, intimement lié, selon eux, au bon déroulement de ce temps de prise en charge.

Les équipes soignantes, elles, expriment un vécu plutôt négatif de la mise en chambre d'isolement d'un patient, mais l'utilisent généralement sans hésitation lorsqu'ils en sentent la nécessité, dans un but d'apaisement du patient et de protection contre d'éventuels mouvements agressifs de celui-ci. Ainsi, le recours à l'isolement se fait assez facilement dès qu'un épisode de violence survient chez un patient, même si un bénéfice sur les troubles du patient n'est pas forcément attendu.

Il semblerait en revanche que les services de psychiatrie de l'adolescent auraient davantage recours à l'isolement que chez l'adulte, et ce plus par habitude et volonté de contrôle de la situation que suite à une réflexion purement médicale.

Par ailleurs, un consensus se dégage, tant du point de vue patient que soignant, sur l'utilité de ce soin lors de la survenue de troubles du comportement auto- ou hétéro-agressif. La variation des perceptions peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la durée de la période d'isolement (50 heures ou plus pour la majorité de études), l'attitude et la qualité du lien des soignants à l'égard du patient isolé, l'environnement, les stratégies initiées avant la mise en isolement pour tenter de l'éviter, et enfin l'habitude prise ou non de débriefer avec le patient les raisons ayant provoquée la mise en chambre d'isolement et son vécu une fois isolé.

Les études sont globalement limitées par le manque de données quant à ces facteurs et démontrent toute l'importance de l'environnement spatio-temporel du patient dans sa capacité à comprendre les soins proposés et les intégrer de manière positive. En effet, l'importance de « *reconnaître le patient comme l'agent de sa propre autonomisation* » (Cano, 2005) apparaît primordiale. Elle passe par une information de qualité, avant, pendant et après l'isolement du patient, afin de porter constamment à sa conscience la finalité thérapeutique de ce soin. Les autres biais retrouvés presque systématiquement sont le faible nombre de patients interrogés au vu du type d'études réalisées (maximum de 67 sujets dans l'étude de Palazzolo), l'aspect mono-centrique des travaux réalisés (liés évidemment au sujet même de celui-ci) et le peu d'études prospectives. Il s'agissait par ailleurs de questionnaires « fermés » avec un choix de réponses limité pour les participants. Enfin, dans la majorité des études, le contexte institutionnel des services contactés et le cadre juridique des procédures d'isolement n'étaient pas précisés.

Chez l'Adolescent, la mise en chambre d'isolement représente un double enjeu : thérapeutique, bien sûr, dans le cadre d'une décompensation aiguë psycho-comportementale, mais aussi institutionnelle, car intimement lié aux problématiques de cette catégorie d'âge et au travail d'équipe très souvent réalisé sur le plan du lien, de la réinsertion sociale, du dialogue, et de l'éducation. L'Adolescent, en pleine recherche identitaire et amené à s'isoler de lui-même pour se subjectiver vis-à-vis de son environnement (Freud, 1949), est donc parfois confronté à une violence subie. L'isolement peut alors venir sanctionner, du point de vue du patient, une détresse psychique déjà marquée par le vécu de solitude et d'abandon. Il est intéressant de noter que les pathologies retrouvées chez les patients mis en isolement dans les services pour adolescent sont en décalage avec celles retrouvées chez l'adulte. Les troubles oppositionnels et troubles des conduites arrivent en première position (Nadereau, 2013 ; Van der Laan, 2016 ; Vishnivetsky, 2013), devant les troubles schizophréniques et les troubles de l'humeur, majoritaires chez l'adulte. Cette particularité clinique vient rajouter un élément fondamental dans la gestion de la violence chez les adolescents. Il s'agit là de pouvoir prendre en compte la fragilité narcissique du patient, son sentiment de « toute-puissance » en lien avec son Moi menacé et abandonnique.

La dimension punitive que peut donc parfois recouvrir la mise en chambre d'isolement de certains patients doit toujours être interrogée par l'équipe, peut-être encore plus à l'adolescence qu'à l'âge adulte, avec l'objectif de l'éviter en toute circonstance. Car à travers ce spectre, la mise en isolement ne se justifie plus comme un soin, le patient y voyant alors un sévice pouvant l'amener à considérer le soignant comme son « *bourreau* » (Bernstein Douglas, 2013), et ce d'autant qu'il existe des différences aussi bien entre deux institutions qu'entre différents soignants d'une même institution (Roustit et Marquette, 1999).

Rochet & Villard rappellent à cet égard que le rôle du psychiatre, et plus largement des services fermés de psychiatrie de l'Adolescent, est parfois celui d'assumer un rôle de « *limites protectrices* », d'ordre social, face à la violence de certains patients pour lesquels ni les éducateurs, ni la police ne se l'autorisent, de peur de « *flirter avec l'illégalité et le dérapage* » (Rochet, 2002). Il s'agira alors d'y donner un sens, pendant et après, afin que la réponse donnée à certains actes puisse intégrer l'appareil psychique de ceux qui les ont portés.

Les deux études réalisées sur le vécu spécifique des adolescents en chambre d'isolement montrent bien comme il ne s'agit plus tant d'obtenir un résultat immédiat à une crise psychique intense que de mettre en place les modalités d'une écoute « suffisamment bonne », d'une présence et d'un regard. Si les adolescents semblent préférer la chambre d'isolement à une médication forcée, ils sont avant tout demandeurs de lien, de ce lien qui, souvent, fait défaut à l'extérieur et vient tenter de se restaurer à l'hôpital.

Le faible nombre de papiers pour cette catégorie de patients reste un point d'interrogation. Se pose la question de la légalité face au statut de mineur, évidemment, mais au-delà de ça celle de la difficulté à mettre en place ce genre d'études compte tenu des enjeux institutionnels majeurs liés à la question de l'isolement, en rapport avec la clinique de l'adolescent. Afin de pallier à cette éventualité, il paraîtrait nécessaire d'harmoniser la pratique de l'isolement, ses indications, son suivi et son intégration dans la prise en charge globale du patient. Les soignants, parfois pris au piège de leurs propres mouvements et sans réelle formation dans ce domaine, peuvent être confrontés à ces limites et basculer dans des contre-attitudes nuisant potentiellement au patient et à sa prise en charge ultérieure.

Une nouvelle étude, incluant davantage le patient dans sa subjectivité et réalisée sur un échantillon de sujets à même de décrire la réalité du phénomène permettrait probablement de dépasser ce stade crucial dans l'amélioration du vécu des patients, et plus particulièrement des adolescents, en chambre d'isolement. Il serait alors question de déterminer les conditions précises motivant la mise en isolement, les stratégies alternatives, et la qualité du suivi dans les situations qui le requièrent (Madan, 2014). Pour cela, l'abord transversal semble être le plus adapté, avec un retour sur les perceptions et les émotions du patient avant, pendant et après l'expérience de l'isolement.

2.4.7. Conclusion

La question du vécu des patients lors de la mise en chambre d'isolement se nourrit aujourd'hui de beaucoup de références dans la bibliographie actuelle, mais sans que n'existent beaucoup d'études bien menées, laissant libre court à de nombreuses idées reçues, tant chez les patients eux-mêmes que chez les membres des équipes soignantes, peu ou pas formées dans la gestion quotidienne de ce soin à la personne. Pourtant, en France, l'isolement est pensé comme un acte soignant et il est ainsi argumenté auprès du patient. Comme tout soin, son efficacité est évaluée par les observations cliniques (amendement voire disparition des symptômes comportementaux) et les effets secondaires éventuels. Si les effets somatiques sont bien repérés et possiblement source d'interruption de l'isolement, l'impact psychique requiert une évaluation plus délicate, certainement du fait de la teneur traumatique que cette pratique véhicule tant chez le patient que chez l'équipe soignante, mais aussi parce qu'elle ne cesse de questionner la limite entre le soin et la sanction. Si les données actuelles de la littérature mettent en évidence la charge émotionnelle négative liée à la mise en isolement, il n'en reste pas moins que cette pratique demeure répandue et validée scientifiquement comme une méthode de prise en charge efficace des troubles du comportement chez l'adulte et l'enfant. Comme nous l'avons vu précédemment, les actes violents auto- ou hétéro-

agressifs sont à l'origine de l'essentiel des mises en chambre d'isolement, et à vrai dire la seule véritable indication de celle-ci dans les dernières recommandations de l'HAS. Il nous a donc paru fondamental de nous intéresser spécifiquement au « phénomène » de la violence des adolescents comme prérequis à toute autre tentative de compréhension du vécu des adolescents, d'une part de leur hospitalisation, et d'autre part, dans le travail qui nous intéresse ici, de leur isolement. Pour ce faire, une étude qualitative menée sur la base d'entretiens semi-structurés et analysés grâce à la méthode de l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) semble être appropriée, tant pour la formulation d'hypothèses de travail sur l'amélioration de la pratique de l'isolement que pour l'élaboration d'un outil d'évaluation de celle-ci, directement en lien avec le patient.

DEUXIEME PARTIE

1. Approche qualitative

1.1. Généralités

En partant de l'hypothèse que le phénomène, comme le dit Sartre, est « *absolument indicatif de lui-même* » (Sartre, 1943), il s'agirait donc de décrire le phénomène du vécu des adolescents en chambre de soins intensifs comme la synthèse d'une expérience intérieure par rapport à un événement extérieur. Nous partons donc du principe que le vécu, tel qu'il est révélé, induit, dans sa subjectivité, l'essence même de ce qui *est*, au sens où il permet d'exprimer une réalité entière, objective et transposable. C'est ainsi que la méthodologie qualitative permet d'avancer un résultat scientifiquement valide, puisque son contenu parle d'un individu dans ce qu'il « *manifeste son essence aussi bien que son existence* » (Sartre, 1943), et donc de la réalité effective du phénomène.

Selon Duggan et Dijkers, « *la recherche qualitative a pour objectif la découverte de certains aspects qui ont été cachés à la vision des chercheurs utilisant les méthodes quantitatives* » (Duggan et Dijkers, 2001). Elle s'intéresse à la façon dont les individus relatent et comprennent ce qu'ils vivent. Il convient de souligner ici l'importance d'une telle approche dans les phénomènes humains complexes où le contenu émotionnel peut s'avérer différent pour chaque sujet les ayant expérimentés. En effet, l'approche qualitative est intéressante lorsqu'il s'agit de fournir des hypothèses dans un champ peu étudié et par rapport auquel les méthodologies quantitatives buttent sur la subjectivité des individus traités. Contrairement aux méthodologies quantitatives « classiques » partant d'une hypothèse ou d'un postulat dans le but d'obtenir une « preuve » de la véracité de celle ou celui-ci, la méthodologie

qualitative s'appuie sur la personne, dans toute son individualité et sa subjectivité, pour formuler une ou plusieurs hypothèses d'explication du phénomène étudié a posteriori. Elle cherche donc à comprendre le contexte, le fond, les influences et les changements, étudiant les individus ou le groupe dans leur cadre « naturel », et se souscrivant de la nécessité de faire valider des hypothèses définies a priori. En effet, c'est dans le temps de l'analyse du phénomène traité que peuvent émerger progressivement les hypothèses, donnant une tournure initialement imprévisible aux conclusions qui seront tirées.

La question du vécu des adolescents en chambre de soins intensifs vient poser ce double questionnement, jusqu'alors non exploré :

- **Le point de vue ontologique** : quelle est la nature de la réalité de l'isolement, vécue par le patient ? Qu'est-ce qui, dans son vécu propre, influence la nature même du soin, son bénéfice thérapeutique et la réalité de son existence pour le sujet lui-même ?
- **Le point de vue épistémologique** : quelle est notre connaissance propre de l'isolement dans l'expérience qui en est faite ? Quelle connaissance peut nous apporter le patient dans le soin qui lui est prescrit ?

Deux méthodologies se proposent à nous pour l'analyse qualitative : l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) et la Grounded Theory (ou théorie ancrée). Cette dernière, davantage portée sur la production d'outils théoriques et de détails explicatifs de processus humains, convient davantage pour les études cherchant à comprendre le cheminement amenant à l'existence d'un phénomène (exemple : « comment un adolescent se retrouve-t-il en chambre de soins intensifs ? »). Or, pour notre travail, la réflexion étant avant tout portée sur la description pure du phénomène de l'isolement, l'IPA permettait de se doter d'un outil d'analyse performant et en accord avec la problématique que nous avons formulée. Nous décrirons plus précisément cette méthode dans le paragraphe suivant.

1.2. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

Pour mener à bien l'étude qui nous intéresse, nous avons choisi d'utiliser l'IPA (pour Interpretative Phenomenological Analysis), développée par Jonathan A. Smith en 2009. Celle-ci a pour objectif de découvrir la façon dont les sujets donnent du sens à leurs expériences, en étudiant le récit qu'ils en font. Elle est phénoménologique dans la mesure où elle explore l'expérience avec ses propres termes. Elle est herméneutique dans la mesure où elle est une « théorie de l'interprétation ». Son herméneutique est double : celle d'un chercheur qui cherche à faire sens à la recherche de sens d'un sujet.

Cette méthode part d'une « *structure philosophique qui est à la base et affecte les activités de recherche* », et permet de dégager « *une vision de la réalité (du monde) et de la place de l'individu dans cette réalité* » (Smith, 2009).

L'IPA se base sur la phénoménologie descriptive d'Edmund Husserl, philosophe autrichien du XIX^{ème} siècle, et qui s'est attaché à « décrire l'essence d'un phénomène » en « se soustrayant à toute interprétation ». Il s'agit donc, dans un premier temps, de recueillir un témoignage du patient lors d'une co-construction patient-chercheur visant à se dégager au maximum de toute influence réciproque. Cela n'empêche pas le chercheur de « vivre » son entretien mais lui soustrait l'action thérapeutique habituellement recherchée en psychiatrie. Le chercheur doit être neutre, utilisant un guide d'entretien auquel il se réfère pour garder le sujet interrogé dans la problématique qui l'intéresse tout en le laissant librement associer et raconter son expérience. A aucun moment le chercheur ne doit chercher à orienter les réponses du sujet. Cette « indépendance » du chercheur vis-à-vis des sujets intéressés a été pensée dans un but de neutralité et d'évitement des biais d'interprétation.

Dans un deuxième temps, l'IPA s'élargit à la phénoménologie interprétative de Maurice Merleau-Ponty, philosophe français du XXème siècle. Elle se concentre donc ensuite sur « l'expérience vécue » dans le sens de « *la description et de l'interprétation du vécu plus que sur la découverte de son essence propre* » (Merleau-Ponty, 1962). En effet, Merleau-Ponty part du principe que, même en cherchant à éviter les présuppositions, il faut penser qu'on ne peut jamais les mettre entièrement entre parenthèses, et donc accepter de les interpréter. Le chercheur est donc à une place double aussi bien dans le temps que dans l'espace de recherche : neutre et extérieur lors de l'entretien ; investi, observateur et subjectif dans l'interprétation du contenu du discours lors de l'analyse a posteriori. Cette double place permet alors d'associer la « liberté émotionnelle » du vécu rapporté par le patient, à l'interprétation subjective et scientifique du chercheur.

En termes de choix de population, la recherche qualitative permet de sélectionner des participants « représentant » véritablement une perspective, plutôt qu'une population. On s'adresse alors à des personnes pour qui la question de recherche est porteuse de sens, et dont l'apport potentiel dans la problématique étudiée est présumé. Le choix des sujets peut donc lui aussi être subjectif, selon l'idée du *purposive sampling* (Patton, 2002). L'objectif n'est pas d'atteindre une universalité des résultats, mais bien de comprendre un phénomène afin d'en faire émerger de nouvelles interprétations.

Enfin, la méthode de l'entretien semi-structuré, utilisée en IPA, permet à la fois de s'appuyer sur un guide établi préalablement pour obtenir des informations dans les différents axes explorés, mais laisse également l'opportunité aux participants de développer leurs réponses comme ils le souhaitent.

2. Présentation de l'étude

2.1. Population

2.1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants à cette étude ont été sélectionnés parmi adolescents de 12 à 18 ans, hospitalisés dans l'unité des « Lits ados » du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) Robert Ballanger, et ayant nécessité une mise en chambre de soins intensifs entre le 1/01/2014 et le 31/12/2016. La base d'inclusion comprenait au total 23 patients.

Un délai minimum de 6 mois entre la fin de la période d'isolement et l'entretien servant à l'étude a été établi, afin de permettre à l'adolescent de « métaboliser » les souvenirs de son expérience et de pouvoir en apporter un témoignage global.

Un minimum de 3 patients interrogés a été jugé nécessaire pour analyser les premiers résultats.

Aucune donnée personnelle concernant les sujets inclus, que ce soit socio-économique, médicale, psycho-pathologique ou historique n'a été recueillie préalablement. L'investigateur ne connaît pas non plus l'évènement ayant motivé la mise en chambre de soins intensifs ni la durée de la période d'isolement.

Les patients ayant été isolés mais jugés incapable de participer au type d'entretien proposé (trouble du langage sévère, décompensation psychiatrique aiguë au moment de l'inclusion) ont été exclus de cette étude.

2.1.2. Modalité de recrutement des participants

Les entretiens ont été menés sur la base du volontariat, avec le consentement libre et éclairé de l'adolescent et de ses parents.

Les participants ont été contactés par courrier, les informant des objectifs de l'étude, des modalités de sa réalisation et des raisons pour lesquelles leur participation était sollicitée. Deux lettres d'informations détaillées ont été jointes au courrier, une à l'attention des parents et l'autre à celle des adolescents. Une copie du formulaire de consentement les accompagnait. Des copies de ces trois documents figurent en annexe (cf. Annexe 2).

Les sujets contactés ont également été informés :

- De la qualité de l'investigateur, à savoir un interne en DES de psychiatrie réalisant un travail de thèse pour l'obtention de son diplôme d'état de docteur en médecine.
- De la qualité du superviseur et directeur de thèse, le Dr Lise Nadereau, praticien hospitalier et chef d'unité des « Lits Ados » du CHI Robert Ballanger.

Les coordonnées des participants ont été collectées auprès du secrétariat des « Lits Ados », sans que la secrétaire ne soit mise au courant des adolescents ayant effectivement accepté de participer à l'étude. Cela a permis également de pouvoir joindre chaque participant par téléphone afin de s'assurer de leur accord de participation, de fixer la date et le lieu de rendez-vous ainsi que de confirmer le rendez-vous le jour même de celui-ci.

Enfin, les sujets mineurs au moment de l'étude devaient obligatoirement être accompagnés d'au moins un des deux parents ou d'un représentant légal sur le lieu de réalisation de l'entretien. Leurs consentements écrits respectifs étaient demandés après relecture des lettres d'information et l'assurance que des réponses claires et intelligibles avaient été données à toutes leurs questions. Les sujets majeurs pouvaient, eux, se présenter selon leur envie avec ou sans représentant légal.

2.2. Matériel et méthode

2.2.1. Objectifs d'étude

Le projet de recherche que nous présentons est basé sur une étude qualitative (observationnelle, non interventionnelle), monocentrique, portant sur le recueil du vécu des adolescents en chambre de soins intensifs (chambre d'isolement).

Cette étude a été motivée par la recherche de nouveaux paradigmes dans l'interprétation et l'évaluation de la qualité de l'isolement comme soin apporté aux patients agités au sein des services de psychiatrie de l'adolescent.

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les ressentis subjectifs (positifs et négatifs) des patients lors de leur expérience de l'isolement.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Amélioration des conditions de prescriptions en lien avec les dernières recommandations de l'HAS sur les pratiques de l'isolement (HAS, mars 2017)
- Objectiver des moyens de prévention de la mise en isolement pour les patients adolescents (HAS, mars 2017)
- Développer un protocole de recueil du vécu à différents moments suivants la décision d'isolement, en se basant sur le vécu subjectif des patients interrogés.

Concernant le nombre de sujets nécessaires, nous avons utilisé la méthode du *purposive sampling* (décrite plus haut) et estimé qu'un nombre d'entretiens compris entre 5 et 10 pourrait fournir cette saturation.

2.2.2. *Mode de recueil des données :*

Pour chaque sujet, un entretien semi-structurés avec photo-élicitation (photographie comme support d'entretien, cf. Annexe 3) d'une durée de 30 à 45 minutes ainsi qu'un temps de dessin ont été réalisés. Les questions posées pendant l'entretien ont pour but d'obtenir des informations les plus précises possible sur la question du vécu de l'isolement tout en restant suffisamment ouvertes pour permettre au sujet d'exprimer librement toute sa subjectivité. Une copie de la grille d'entretien, servant de fil rouge à l'investigateur, est présentée en annexe (cf. Annexe 4).

Les entretiens ont été effectués, au choix du sujet interrogé, soit dans le service des consultations de pédopsychiatrie du CHI Robert Ballanger, soit au domicile du sujet. Ils se sont déroulés en seul à seul entre l'investigateur et l'adolescent, en l'absence des parents, même pour les sujets mineurs.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants.

2.2.3. *Analyse des données*

Après avoir été entièrement retranscrits anonymement sous forme de *verbatim*, ces entretiens ont été analysés grâce à l'IPA avec l'aide du logiciel NVivo 11, spécialement dédié aux études qualitatives. Il a été prévu que ces enregistrements seraient détruits à la fin de l'étude.

L'analyse selon la méthode IPA consiste en un processus itératif et inductif.

Le premier temps, celui permettant à l'investigateur d'avoir une perspective holistique du discours de chaque sujet, est celui d'une lecture détaillée de chaque entretien. Il permet également de faire un premier relevé des points significatifs ou particulièrement intéressants.

Dans un deuxième temps, une analyse du *verbatim* mot par mot permet de décrire un certain nombre de sous-thèmes et leur connections, tout en gardant à l'esprit la tournure globale du discours de l'adolescent. Il s'agit de l'analyse locale.

Les sous-thèmes sont ensuite regroupés en thèmes, devant capturer et refléter une compréhension des sous-thèmes. Ils sont généralement exprimés par des phrases qui doivent représenter l'essence du phénomène étudié. Il s'agit donc de réduire le volume du détail des sous-thèmes tout en le synthétisant en gardant sa complexité. Chaque thème doit être relié à des extraits du transcrit original. C'est le temps de l'analyse générale.

Enfin, l'analyste tend à dégager des méta-thèmes, correspondant à des patterns interprétatifs de la manière dont les thèmes s'organisent entre eux. Il s'agit là de la partie transversale de l'analyse, puisque cette étape doit aboutir à la création de schémas ou de diagrammes représentant les deux à trois hypothèses générales d'interprétation du phénomène étudié.

Pour cette partie du travail, un temps de supervision par un intervenant extérieur a été sollicité.

2.2.4. Considérations éthiques

Le cadre de cette étude est observationnel.

Du fait des recommandations de bonnes pratiques sur la pratique de l'isolement, la mise en œuvre d'un questionnaire d'évaluation de l'isolement réalisé avec les patients, devient une pratique courante qui doit se systématiser dans les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

Cependant, un comité de pilotage scientifique a été sollicité incluant l'UNAFAM (Union des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) et des représentants du comité d'éthique du CHI Robert Ballanger, ceci afin d'accompagner l'investigateur et la directrice de thèse (co-investigatrice) dans leur réflexion éthique et d'assurer un regard extérieur critique sur le déroulé de cette étude. Des rencontres régulières ont été proposées fixées au rythme d'une réunion tous les 2 mois.

Ce projet de recherche a reçu l'avis favorable du Comité d'Ethique et de la Recherche En Santé (CERES) de l'université Paris V René Descartes en date du 4/04/2017. Le Comité de Protection des Personnes (CPP) a été sollicité afin de répondre aux directives du décret d'application de la loi Jardé relative aux recherches impliquant la personne humaine (décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016) entré en application le 18 novembre 2016, et a également émis un avis favorable. Les copies de ces deux documents sont jointes en annexe (cf. Annexe 5).

2.3. Protocole de mise en CSI

La pratique de mise en chambre de soins intensifs (CSI) répond à un cadre légal précis chez les majeurs hospitalisés. Elle fait l'objet de recommandations et de démarches qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par la Haute autorité de santé [HAS].

Comme le précise la dernière conférence des présidents de CME, cette pratique doit s'inscrire « dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et comprenant de nombreux aspects: une décision, un accompagnement humain, une délivrance de soins et une surveillance professionnelle de proximité » et qu'elle « ne peut pas "relever de la banalité de la pratique quotidienne et en aucun cas constituer une réponse à des questions d'ordre disciplinaire, d'effectifs soignants ou [de] convenance institutionnelle ».

Elle est applicable auprès des mineurs hospitalisés avec certaines spécificités et doit dans tous les cas faire l'objet d'une prescription médicale.

Le descriptif du protocole de mise en chambre de soins intensifs utilisé au sein de l'unité des « Lits Ados » du CHI Robert Ballanger est détaillé en annexe (cf. Annexe 6).

3. Résultats

Au total, 21 patientes et patients ont été contactés par courrier, puis pour certains relancés par téléphone. Les entretiens ont été menés au fur et à mesure du recrutement des sujets. Seuls 4 d'entre eux ont pu être recrutés dans la période d'inclusion et le seuil de saturation de données, même s'il a été approché, n'a pas été atteint. Nous estimons qu'il manquerait 1 ou 2 entretiens pour y parvenir.

Parmi les entretiens réalisés, 2 l'ont été dans les locaux du service de consultation de pédopsychiatrie du CHI Robert Ballanger, et 2 se sont déroulés au domicile des participants, à leurs demandes. Pour chacun d'eux, même les sujets majeurs, au moins un des deux parents était présent pendant le temps d'information préalable à l'entretien ainsi que pour la signature du formulaire de consentement.

Une des participantes et l'investigateur de l'étude se sont mutuellement reconnus au moment du rendez-vous prévu pour l'entretien. Celle-ci avait été hospitalisée à l'époque où l'investigateur travaillait dans le service, sans qu'il ne soit son médecin ni elle sa patiente. Le biais lié à cette donnée a été jugé négligeable compte tenu de l'absence quasi-totale de souvenirs de l'un et l'autre concernant cette période et l'entretien a pu être réalisé.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 4.

Tableau 4. Caractéristiques des participants

	E1	E2	E3	E4
Age du participant	17 ans	16 ans	16 ans	20 ans
Genre	Femme	Homme	Homme	Femme
Lieu de l'entretien	CHI Robert Ballanger	Domicile du participant	CHI Robert Ballanger	Domicile du participant
Durée d'isolement	2 jours	15 jours	3 jours	3 jours
Pathologie suspectée	Trouble de personnalité	Trouble psychotique	Trouble des conduites	Trouble psychotique

L'analyse des entretiens fait émerger spontanément 3 méta-thèmes transversaux. Comme vu chez l'adulte, le vécu négatif prédomine en début d'isolement et s'amenuise sur la fin, bien que les ressentis positifs ne prennent jamais le dessus. Cette évolution chronologique de l'état du patient se fait en parallèle de ressentis plus propres à la période de l'adolescence, ceux émergeant en conséquence de la relation duelle s'installant avec l'équipe et du lien de dépendance qui en découle. Nous détaillerons ainsi dans les résultats les 3 méta-thèmes suivants :

- 1) Un vécu essentiellement négatif de l'isolement**
- 2) Le face-à-face avec les soignants**
- 3) La relation de dépendance au cœur du vécu**

Le déroulé des méta-thèmes, thèmes et sous-thèmes est repris dans le tableau 5.

Un vécu essentiellement négatif	Le moment de l'annonce et l'entrée dans la CSI	<i>La mise en chambre de soins intensifs (MCSI) survient dans un contexte d'instabilité psychique</i>
		<i>La MCSI, qu'elle soit acceptée ou non, est vécue comme une mesure coercitive</i>
		<i>L'entrée dans la chambre de soins intensifs (CSI) est le moment le plus marquant émotionnellement</i>
	Le début de la période d'isolement	<i>Le sujet est dans un état de sidération psychique</i>
		<i>Le début de l'isolement concentre les émotions négatives</i>
		<i>Il y a un moment de changement ou de déséquilibre psychique</i>
		<i>Il existe un sentiment de privation de liberté</i>
	Le quotidien dans la chambre de soins intensifs	<i>La régression de l'agitation comportementale et l'apaisement par le sommeil</i>
		<i>La souffrance psychique persiste</i>
		<i>L'isolement induit un vécu de passivité et d'ennui</i>
Le face-à-face avec les soignants	La période de soins intensifs est un moment de relation duelle avec l'équipe	<i>La MCSI est un moment d'affrontement avec les soignants</i>
		<i>L'isolement alimente le vécu de répression</i>
		<i>Les liens entre l'adolescent et l'équipe sont fragilisés</i>
	La relation aux soignants catalyse les problématiques relationnelles du sujet	<i>La MCSI survient dans un contexte relationnel insécure</i>
		<i>La relation aux soignants est un vecteur d'expression d'une agressivité relationnelle indifférenciée</i>
	L'absence de relations extérieures se conjugue avec une réémergence de la pensée	<i>Le seul à seul fait réfléchir l'adolescent sur le motif de la MCSI</i>
<i>Le processus d'élaboration est réactivé</i>		
La relation de dépendance au cœur du vécu	L'adolescent est ramené à un état de dépendance primaire	<i>Une dépendance à tous les niveaux</i>
		<i>Des caregivers défaillants</i>
		<i>Une mesure régressive sans intérêt</i>
	L'adolescent se sent soumis à une instance surmoïque	<i>Le vécu de contrainte préexiste à la MCSI</i>
		<i>Un vécu de soumission permanent</i>
	Les alternatives proposées sont autant de moyens pour lutter contre la dépendance	<i>Le dialogue comme moyen d'accès à une distance relationnelle rassurante</i>
		<i>Une demande de liens renforcés avec l'extérieur</i>

Tableau 5. Récapitulatif des thèmes émergents

Les résultats sont présentés ci-dessous ; les citations des participants sont indiquées en notes de bas de page, numérotées par ordre d'apparition dans le texte (ex : C2). Elles sont anonymisées et portent en fin de paragraphe le code de l'entretien dont elles sont tirées (ex : E3) selon la numérotation du **tableau 4**. Certains passages sont cités « *entre guillemets* » et correspondent à des morceaux de citations qui ne justifient pas une citation entière. Ils sont également accompagnés de leur code d'entretien.

3.1. Un vécu essentiellement négatif

Pour l'essentiel, les adolescents interrogés retiennent un vécu globalement négatif de leur séjour en chambre de soins intensifs (CSI). Si le moment de l'annonce et l'entrée en CSI constituent le moment le plus marquant et le plus difficile à vivre, la suite est également empreinte de ressentis péjoratifs et d'une certaine animosité à l'égard de cette mesure. Comme nous pouvions nous y attendre, l'évolution chronologique de l'expérience de l'isolement montre malgré tout qu'un apaisement physique s'installe systématiquement, qu'il soit le reflet d'une véritable stabilisation psychique ou d'une stratégie d'adaptation vis-à-vis de la menace de poursuite des soins intensifs.

Les résultats reprenant le descriptif de ce méta-thème suivent donc la chronologie de cet évènement.

3.1.1. *Le moment de l'annonce et l'entrée dans la CSI*

a. La mise en chambre de soins intensifs survient dans un contexte d'instabilité psychique

Généralement, la mise en chambre de soins intensifs (MCSI) survient après un moment d'agressivité comportementale, communément admise par les participants interrogés. L'état d'agitation constaté s'exprime alors par une violence dirigée de manière indifférenciée soit contre les murs du service (C1², C2³), soit contre le personnel (C3⁴), soit contre un autre patient de l'unité (C4⁵).

² C1 : Bah en fait j'avais péché mon lit (E2)

Cette explosion de violence est souvent attribuée par les adolescents à une sensation de perte de contrôle de leurs émotions et de leur comportement, lors de moments d'accès de colère (C5⁶) ou bien par « trop plein » émotionnel laissant une impression de perte d'identité (C6⁷).

Très souvent, la colère de cet instant est mélangée à un sentiment de tristesse intense, ou du moins en découle (C7⁸, C8⁹). Cette tristesse peut être la continuité d'un mal-être ancien et de difficultés relationnelles caractérisées par un comportement de repli (C9¹⁰, C10¹¹), tout comme les prémices de relations déjà conflictuelles avec l'équipe (C11¹², C12¹³). Elle se présente également comme conséquence d'un vécu de contrainte et d'enfermement (C13¹⁴).

L'accès clastique amenant à l'isolement semble donc pouvoir survenir aussi bien dans un moment de continuité d'un mal-être psychique que lors d'un évènement aigu déclenchant une réaction disproportionnée. Le moment de l'annonce vient alors catalyser une accentuation des

³ C2 : Je me rappelle une fois j'ai frappé dans un mur et je l'ai cassé. Je l'ai vraiment cassé. C'était une cloison en fait. Donc je l'ai cassée. Et ils ont jugé que j'étais trop violent donc ils m'ont mis. Après une autre fois c'était pendant Noël, ils voulaient pas me laisser aller chez moi donc je me suis énervé, donc je me suis battu avec un soignant. Après il m'a fait une injection, eux ils ont encore jugé que j'étais trop violent donc j'y suis allé. Et donc c'est à chaque fois qu'ils ont jugé que j'étais trop violent que j'allais en isolement. (E3)

⁴ C3 : je me suis jetée sur elle et je l'ai frappée, je l'ai griffée et je l'ai frappée, parce qu'elle m'avait énervée. (E4)

⁵ C4 : Et après y a quelqu'un qui est venu me parler. Un patient. Je me suis embrouillé avec lui, j'en suis venu aux mains. (E3)

⁶ C5 : Parce que j'arrivais pas à bien me contrôler en fait. Parce qu'avant j'avais des troubles du comportement, maintenant je savais qu'il fallait pas que je le fasse mais bon... J'arrivais pas à me contrôler en fait. Et quand j'étais énervé fallait vraiment qu'il y ait personne. (E3)

⁷ C6 : ça a été quelque chose de marquant parce que je n'étais plus vraiment moi-même. (E1)

⁸ C7 : Et j'étais très énervée en fait parce que j'avais très envie de passer le weekend avec ma mère. J'étais pas bien du tout et j'étais très énervée. (E4)

⁹ C8 : Bah en fait pour moi... quand on m'a mis aux lits ados... moi j'avais le seum un peu en fait... C'était un peu une mini-dépression. (E2)

¹⁰ C9 : avant j'aimais pas vraiment être avec des gens, je me mettais toujours à l'écart. (E3)

¹¹ C10 : Bah elle était déjà là avant (*la tristesse, ndlr*), moi-même étant un peu au départ, avant même d'aller aux lits ados, un peu solitaire.

¹² C11 : moi j'étais très fragile à cette époque-là et ça me mettait dans des états de pleurs, j'étais pas bien du tout et j'avais envie de mourir parce que ça me blessait ce qu'elles disaient. (E4)

¹³ C12 : Et j'étais en colère parce qu'ils me prenaient pour un con les autres soignants. (E2)

¹⁴ C13 : Bah j'étais triste d'être enfermé quand même. (E2)

troubles présentés par l'adolescent, à l'extrême d'idées de mort passive (C14¹⁵), d'anéantissement (C15¹⁶, C16¹⁷) ou de folie (C17¹⁸).

b. La mise en chambre de soins intensifs, qu'elle soit acceptée ou non, est vécue comme une mesure coercitive

Le vécu d'une mesure décidée en répréhension à un trouble du comportement aigu est partagé par la totalité des participants. Ce vécu est décliné en un éventail d'interprétation de la part de chacun d'eux, avec la prédominance d'une mesure jugée comme punitive (C18¹⁹, C19²⁰). Il peut également exister un sentiment d'injustice (C20²¹), le sentiment d'une mesure exagérée (C21²²), le sentiment d'une mesure méritée (C22²³), ou même celui d'une mesure attendue (C23²⁴).

Les adolescents voient dans la mise en chambre d'isolement avant tout comme une mesure réactionnelle, davantage éducative que soignante, avec toute la confusion pouvant régner autour de la mince épaisseur de la frontière séparant ces deux notions. Ils questionnent dès lors le rôle de

¹⁵ C14 : moi j'étais très fragile à cette époque-là et ça me mettait dans des états de pleurs, j'étais pas bien du tout et j'avais envie de mourir parce que ça me blessait ce qu'elles disaient. (E4)

¹⁶ C15 : Je réfléchis. Euh... Bah je crois que j'étais effondrée en fait. Et... J'étais effondrée... (E1)

¹⁷ C16 : De toute façon quand j'étais là-bas, pour moi c'était la fin. (E2)

¹⁸ C17 : C'était un peu, disons, de la folie. (E1)

¹⁹ C18 : Bah ils l'ont fait comprendre. Ils l'ont pas dit directement. Ils ont dit « c'est pour que vous réfléchissiez, que vos actes ne sont pas anodins, qu'il faut se calmer... ». En gros une punition. C'est ce qu'ils m'ont fait comprendre. / Et c'est ce qu'ils ont fait comprendre à ma mère aussi parce que ma mère elle m'a raconté des choses qu'elle leur a dit le docteur en entretien, qui faisaient que ça ressortait aussi comme une punition. Moi je l'ai vraiment vécu comme ça en fait. (E4)

²⁰ C19 : Bah, de mon point de vue, ça a été plus de la punition au début. (E1)

²¹ C20 : ça a été d'un côté « je ne mérite pas d'y aller ». (E1)

²² C21 : Enfin j'avais l'impression qu'ils prenaient beaucoup trop de précautions. (E2)

²³ C22 : d'un autre côté c'était « oui, vu ce que j'ai fait, je dois y aller ». (E1)

²⁴ C23 : Ouai. Parce que moi en fait ça m'arrangeait. Ça m'arrangeait d'aller en isolement parce que j'aimais bien être là-bas. (E3)

l'isolement à un niveau fondamental, celui de sa place au sein d'un dispositif de soins ainsi que celui des équipes qui le décide.

c. L'entrée dans la CSI est le moment le plus marquant émotionnellement

La mise en chambre de soins intensifs confronte le patient à un évènement inéluctable, souvent vécu comme violent et inquiétant. Il en va alors parfois de sa survie psychique que de lutter contre cette mesure afin de ne pas se sentir totalement « dépossédé » de son autonomie. Le moment de l'annonce et l'entrée dans la CSI marque alors un point de « non-retour » qui arrête la décision d'isolement : il est le symbole de cette période, car il y a alors un avant et un après. Les adolescents interrogés s'accordent sur ce point.

Si cet évènement marque les esprits, c'est qu'il est souvent accompagné d'une mesure de contrainte complémentaire, qu'elle soit physique (C24²⁵) ou chimique (C25²⁶, C26²⁷). La mémoire émotionnelle est sollicitée par l'expression de sentiments négatifs intense brassant la tristesse (C27²⁸), la panique (C28²⁹) ou l'incompréhension (C29³⁰).

²⁵ C24 : Bah la manière dont ils m'ont attrapée pour m'amener là-bas. C'est direct on me balance comme ça, ils ont même pas cherché à discuter, vite fait ils ont parlé, ils sont restés deux minutes pour me parler même pas, j'ai trouvé ça scandaleux. (E4)

²⁶ C25 : Ouai parce qu'en fait, ils mettent une piqure, et après moi je n'arrive même plus à parler. J'étais comme un con. (E2)

²⁷ C26 : Je sais pas. Parce qu'en fait c'est ça les seringues et moi, j'ai toujours eu peur des seringues en fait depuis tout petit, toujours maintenant, j'ai toujours eu peur. Enfin maintenant je me contrôle plus. Mais j'ai quand même peur des seringues. (E3)

²⁸ C 27 : J'avais limite les larmes aux yeux. (E1)

²⁹ C28 : C'est quand ils m'ont dit, j'ai commencé à paniquer. (E4)

³⁰ C29 : il y a eu un peu de l'étonnement au départ (E1)

3.1.2. Le début de la période d'isolement

a. Le sujet est dans un état de sidération psychique

Initialement, la mise en chambre de soins intensifs semble instaurer un état de sidération psychique secondaire à l'entrée immédiate dans la chambre. Une fois l'état d'agitation passé, l'adolescent se retrouve véritablement confronté à l'isolement. Il est alors seul dans la chambre, dans un état ne permettant pas encore la naissance d'un processus d'élaboration, et semblent alors dominer un ressenti de vide (C30³¹) et un comportement de prostration (C31³², C32³³). Un état de sédation médicamenteuse peut également contribuer à accentuer ce vécu, plaçant le sujet dans une position de passivité immédiate (C33³⁴).

Cette passivité imposée est le point de départ de l'émergence de l'ennui, sensation fondatrice de l'amélioration ultérieure des troubles du comportement du patient (C34³⁵). Nous développerons plus spécifiquement cet aspect du vécu dans un prochain paragraphe.

b. Le début de l'isolement concentre les émotions négatives

L'état initial de sidération laisse rapidement la place à la réémergence d'émotions à tonalité négative. On retrouve chez 3 des participants une colère intense accompagnée ou non d'une

³¹ C30 : J'étais vide. Je me sentais morte. Intérieurement. (E4)

³² C31 : j'étais vraiment recroquevillée dans un coin en attendant qu'il se passe quelque chose. (E1)

³³ C32 : Bah j'étais tellement choquée sur le moment je m'y attendais pas. (E4)

³⁴ C33 : Au début après j'étais éclaté aux médocs je pouvais plus rien faire, je bougeais plus. (E2)

³⁵ C34 : Aussi en plus là-dedans on se fait chier. C'est l'ennui ultime. (E2)

agitation comportementale (C35³⁶, C36³⁷, C37³⁸). 2 sujets évoquent un vécu d'effondrement avec une tristesse intense et un sentiment de solitude profond (C38³⁹, C39⁴⁰). La force des émotions ressenties initialement semble être en regard d'un vécu insupportable d'une sensation d'abandon et d'injustice, marquée par une désorganisation psycho-comportementale (C40⁴¹, C41⁴²).

Le début de la période d'isolement constitue donc un moment particulièrement difficile selon les adolescents interrogés. La majorité d'entre eux est incapable, à ce moment-là, de se soumettre totalement à la mise en place des soins, tout en étant véritablement submergés par une concentration d'émotions négatives multiples et parfois mal identifiables.

c. Un moment de changement ou de déséquilibre psychique

Au-delà du caractère négatif du vécu en début d'isolement, plusieurs sujets rapportent un véritable changement de leur état voire une décompensation psychique avec une aggravation des troubles antérieurs. Ils sont ainsi deux à rapporter une sensation de mal-être accentué (C42⁴³, C43⁴⁴), tandis que deux d'entre eux évoquent l'apparition ou le maintien d'une activité délirante (C44⁴⁵,

³⁶ C35 : Bah au début j'ai chialé et j'ai tapé la porte. Du coup j'étais énervé et tout. (E2)

³⁷ C36 : il y avait vraiment de la colère. (E1)

³⁸ C37 : Au début quand je suis rentré dans la chambre la première chose que j'ai fait c'est que j'ai frappé dans la porte. Après je me suis allongé. Après j'ai essayé de casser la vitre pour sortir. J'ai pas réussi. En plus je me suis énervé parce que je m'étais fait mal au poing. Donc j'étais encore plus énervé. Donc après le lit, c'est pas vraiment un lit, c'est un truc de gymnastique. Je me suis énervé, je l'ai jeté, je l'ai mis contre le mur. Et après je me suis endormi en dessous. (E3)

³⁹ C38 : Et puis c'est venu d'un coup comme ça, la solitude qui a pris les rênes. (E1)

⁴⁰ C39 : Bah au début j'ai chialé et j'ai tapé la porte. (E2)

⁴¹ C40 : Je gueulais, je comprenais pas. Ils m'ont enfermé et ils m'ont donné des médicaments. Moi je comprenais pas. (E2)

⁴² C41 : Après j'appelais les gens parce que je trouvais pas ça normal. Et après ils venaient pas. (E2)

⁴³ C42 : Alors dans la chambre d'isolement c'est encore pire. (E2)

⁴⁴ C43 : Oui. Oui. C'est vrai que ça a été beaucoup plus accentué. (E1)

⁴⁵ C44 : C'était... de la folie. (E1)

C45⁴⁶). A minima, les adolescents expriment un changement radical de leur état, provoquant un déséquilibre psychique souvent emprunt, là encore, de sentiments négatifs (C46⁴⁷, C47⁴⁸).

d. Un sentiment de privation de liberté

Comme nous le verrons plus tard, le sentiment d'être privé de ses capacités élémentaires d'autonomie telles que l'aptitude à se nourrir, à aller aux toilettes, à prendre sa douche ou à s'habiller, est une des problématiques les plus vivement critiquées par les adolescents interrogés. Avant même d'en arriver là, deux sujets ont ressenti dès le début de leur période d'isolement un sentiment profond de privation de liberté, caractérisé initialement par l'impossibilité de se mobiliser comme ils l'auraient souhaité (C48⁴⁹), ou le sentiment d'une contrainte mal supportée (C49⁵⁰). Une autre participante pointe également ce ressenti, manifestant un sentiment d'incompréhension et de manque de considération soignante pour les patients à travers la privation de moyens de lecture ou de dessins (C50⁵¹).

Ce paragraphe nous amène à la troisième partie du vécu négatif de l'isolement, qui selon trois adolescents sur les quatre interrogés fait persister, malgré quelques éléments d'amélioration, des

⁴⁶ C45 : C'est qu'à un moment j'ai eu l'impression de devenir parano, qu'il y avait des caméras qui étaient installées pour voir ce que je faisais, comment je me comportais. Et ils m'ont dit que non mais en fait ça me... J'avais l'impression de devenir parano à des moments en fait. Je sais pas comment l'expliquer, si vous voyez ce que je veux dire. (E4)

⁴⁷ C46 : ça a un peu fait dérégler mon système on va dire. Ça a vraiment fait un grand changement. il y avait vraiment de la colère, de la tristesse, de la solitude qui est venue en plus. (E1)

⁴⁸ C47 : Angoissée, déprimée... Enfin, d'abord c'était de l'angoisse au début, après c'est devenu du vide. (E4)

⁴⁹ C48 : Non j'ai pas vraiment eu peur mai... Je me sentais enfermé quoi. J'étais pas libre, je pouvais pas bouger. (E2)

⁵⁰ C49 : Parce que comme je vous ai dit j'aime pas qu'on me force à faire quelque chose. Que moi je veux pas faire. J'aime pas qu'on me force à faire quelque chose contre mon gré. (E3)

⁵¹ C50 : En fait ce que j'ai trouvé scandaleux, ce que j'ai vraiment trouvé scandaleux c'est qu'ils laissent pas de livres. Ça je trouve ça pas normal en fait. Pour lire... Le portable je peux comprendre mais un livre, je suis désolée, c'est pas possible. Enfin ça fait un certain temps que je lis plus mais avant je lisais beaucoup et je pense que ça m'aurait vraiment aidé d'avoir un livre. C'est un truc apaisant et je vois pas pourquoi ils interdiraient d'avoir un livre. Ou un truc pour dessiner... je trouve ça scandaleux en fait. (E4)

émotions essentiellement négatives et une absence d'aide à la stabilisation du déséquilibre psychique survenu en début d'isolement.

3.1.3. Le quotidien dans la chambre de soins intensifs

a. La régression de l'agitation comportementale et l'apaisement par le sommeil

L'évolution naturelle d'un trouble du comportement aigu est sa tendance à la régression. En ce sens, la mise en chambre de soins intensifs semble faciliter ce processus. Il est intéressant de noter que l'apaisement est ressenti unanimement par l'ensemble des adolescents interrogés. Cet apaisement prend pourtant des tournures différentes, selon qu'il reflète une sensation réelle d'apaisement interne et de stabilisation de l'état psychique (C51⁵²) ou un moyen d'adaptation comportementale face à la menace d'une poursuite des soins intensifs (C52⁵³, C53⁵⁴). Pour un des sujets, l'isolement a été détourné de son objectif thérapeutique puisqu'il cherchait à y rester le plus longtemps possible, trouvant dans cette chambre un moyen de se couper totalement des stimuli extérieurs et entretenant ainsi ses problématiques relationnelles (C54⁵⁵). Dans tous les cas, les

⁵² C51 : il y avait toujours un peu de solitude, moins de tristesse. C'est plus le côté négatif qui s'est effacé petit à petit. (E1)

⁵³ C52 : Du coup je me suis dit « fais pas trop de conneries », parce que retourner là-dedans ça m'aurait fait chier. Je me disais « si je m'énerve, je vais y retourner ». Donc je faisais un peu moins de conneries. (E2)

⁵⁴ C53 : Bah ça m'a juste aidé à me calmer dans le sens où j'avais peur qu'ils recommencent en fait. C'est vraiment sous la menace, c'est pas un état psychologique apaisé. C'est plus que j'avais peur qu'ils recommencent, ça me faisait peur... (E4)

⁵⁵ C54 : Ben je sais que si je voulais y aller je savais comment y aller en fait. Quand j'étais en isolement je me sentais bien. Et je savais que dans tous les cas j'allais en sortir parce que le weekend je rentrais chez moi. La première fois je ne savais pas qu'ils allaient me mettre en isolement. Mais après j'ai vu que comme ça je pouvais rentrer en isolement, puis qu'en isolement on venait me voir que 2 fois par jour, pour m'amener à manger. Et après j'ai vu que je pouvais rentrer comme ça. Donc après je m'amusais à faire des allers-retours. Juste parce que là-bas j'étais tout seul. Et on venait pas me déranger. Et ça ça me faisait du bien. On ne venait pas me déranger. C'est comme si je jouais un rôle en fait, puisque je faisais tout pour aller en isolement. (E3)

adolescents interrogés disent avoir constaté une reprise de contrôle de leur comportement, et donc en partie de la gestion de leurs émotions.

Cet apaisement, obtenu « *au fur et à mesure* » (E1), est généralement induit par **le premier temps de sommeil**. Au centre du quotidien de l'isolement, le sommeil semble agir comme un bienfait essentiel à l'amélioration des troubles. Tous les sujets s'accordent là encore sur ce point. Ce premier temps de sommeil est souvent le premier moment de répit après la phase difficile du début d'isolement. Il intervient soit après la nuit (C55⁵⁶), soit au décours de l'état d'agitation, une fois que toutes les ressources actives du patient ont été épuisées (C56⁵⁷) et que le patient s'est « *habitué* » (E2). Les adolescents interrogés justifient à plusieurs reprises l'utilisation du sommeil comme un moyen efficace de lutte contre les sentiments négatifs, comme l'angoisse (C57⁵⁸) ou l'ennui (C58⁵⁹).

Parallèlement, une des adolescentes a exclusivement attribué son apaisement au changement de traitement médicamenteux pendant son séjour en CSI (C59⁶⁰).

Enfin, une dernière adolescente rapporte le sentiment d'avoir été « *vraiment aidée* » grâce à un outil dont elle a perçu plus tardivement un « *côté soignant* », en ayant le sentiment que les soignants « *sont obligés de faire comme ça* » (E1) quand, à l'inverse, une autre a perçu la CSI comme un endroit servant à « *rendre les gens encore plus fous* » (E4).

⁵⁶ C55 : Je sais que ça avait commencé le soir. Après il y a eu le sommeil, donc c'est vrai qu'après ça il y a eu des changements qui se sont produits. Le lendemain je sentais un peu moins de toutes ces émotions. Ça a changé complètement. (E1)

⁵⁷ C56 : **Qu'est-ce que vous ressentiez à ce moment-là ?** J'avais bien dormi. J'avais bien dormi ! (Rires). **Donc il y a eu une phase de grande colère au début ?** Oui. **Et ensuite petit à petit vous vous êtes calmé et tout seul en dormant ? C'est ça ?** Oui. (E3)

⁵⁸ C57 : Bah... Je sais pas... Une angoisse intérieure. Et je dormais beaucoup pour la fuir en fait. / Et dormir, pour pas péter un câble en fait.(E4)

⁵⁹ C58 : **Donc vous vous ennuyiez en chambre d'isolement ?** Voilà. Donc je passais mon temps à dormir. C'est ça qui me plaisait en fait. (E3)

⁶⁰ C59 : En fait ils ont cru que je me sentais mieux mais c'était juste le changement de traitement qui a fait que je me sentais mieux. (E4)

b. La souffrance psychique persiste

Même si nous constatons une amélioration objective de l'état psychique des patients après quelques temps passés en chambre de soins intensifs, les sujets interrogés demeurent bien plus mesurés dans les ressentis qu'ils expriment. Pour l'adolescente ayant apparemment le plus bénéficié de l'isolement, les sentiments positifs restent légers et la souffrance incomplètement dissipée (C60⁶¹). A l'extrême opposée, deux adolescents décrivent un vécu traumatique de leur expérience (C61⁶², C62⁶³). L'un des deux précités rapporte même un état de résignation sur la fin de la période d'isolement, décrivant alors une perte d'élan vital (C63⁶⁴), et l'émergence d'idées de passages à l'acte hétéro-agressifs pour pouvoir s'en échapper (C64⁶⁵). Dans l'ensemble, ils expriment tous deux un désir de sortie irrépressible de la chambre de soins intensifs qui concentre alors à elle-seule la totalité de leurs affects négatifs de colère (C65⁶⁶), d'oppression (C66⁶⁷) et de tristesse (C67⁶⁸). Les deux autres adolescents, malgré leur vécu plus positif, évoquent également des moments difficiles au

⁶¹ C60 : **Cette « folie » dont vous parlez, est-ce que la CSI a permis de l'apaiser totalement, ou bien partiellement ?** Pas totalement. Pas vraiment en laissant les émotions positives recouvrir le tout quoi. (E1)

⁶² C61 : Parce que je trouve que c'est une atteinte à la dignité de la personne, c'est inhumain, c'est monstrueux d'enfermer quelqu'un dans une salle pendant 3 jours, c'est... Encore pendant 1h je peux comprendre, mais 3 jours c'est pas possible. C'est quelque chose d'atroce, ça n'a aucun sens, et pour ça devrait être aboli ce genre de trucs. / Je sais pas pour moi c'est comparable à enfermer un animal en cage en fait. C'est la même chose en fait. C'est la personne elle fait trop peur, elle est trop dangereuse, alors on l'enferme comme un animal en cage en fait. C'est inhumain, c'est... C'est... Comparer une personne à un animal c'est la traiter comme un animal. C'est ça en fait. (E4)

⁶³ C62 : La chambre d'isolement c'est un peu une torture. (E2)

⁶⁴ C63 : A la fin je voulais crever et ils s'en foutaient. C'était horrible j'avais envie de sortir, j'aurais pu crever ça m'allait très bien. (E2)

⁶⁵ C64 : A l'extérieur je suis moins violent mais dans ma tête combien de fois j'ai pensé à les buter ? (E3)

⁶⁶ C65 : J'avais tellement le seum d'être en isolement (E2)

⁶⁷ C66 : Oui des sensations négatives. Parce que je me sentais très opprimée à l'intérieur. J'ai besoin de beaucoup d'espace et quand je suis dans un endroit clos comme ça, ça me stresse. (E4)

⁶⁸ C67 : J'étais vide. Je me sentais morte. Intérieurement. (E4)

cours de leur période d'isolement, rapprochant leur expérience de souvenirs douloureux d'enfermement (C68⁶⁹) ou de clinophilie (C69⁷⁰).

c. L'isolement induit un vécu de passivité et d'ennui

Comme nous en parlions précédemment, le vécu d'ennui et de passivité est un des piliers du quotidien de la vie en CSI pour les patients. Bien que nécessaire au processus d'élaboration ultérieur et à la réappropriation d'affects internalisés, il représente pour les adolescents une épreuve de plus à surmonter. Le plus souvent, c'est le temps qui paraît long (C70⁷¹) et qui pousse au sommeil. L'absence de stimulation rime souvent avec absence de réconfort, et les sujets estiment qu'avec un peu plus d'activités, leur quotidien aurait été moins pénible (C71⁷²). Cet ennui poussé à son paroxysme semble pouvoir empêcher, pour un des adolescents, jusqu'à l'activité même de penser, retournant ainsi tous les bénéfices espérés de la mesure d'isolement contre le sujet lui-même (C72⁷³).

Il convient d'écouter avec attention cette dimension évoquées à de nombreuses reprises par les participants à l'étude. Car derrière ce sentiment d'ennui se cache en effet souvent la difficulté à

⁶⁹ C68 : L'internat. Parce qu'on prenait le train pour y aller, et dans le train je m'étais battu avec quelqu'un qui n'était pas de l'internat. Je m'étais battu avec cette personnes, il y avait une animatrice de l'internat qui s'était assis sur moi par terre. Je veux dire qui s'est vraiment assise. Et c'était la même sensation que quand j'étais contenu en fait. (E3)

⁷⁰ C69 : Avant j'étais déjà un peu renfermée sur moi-même de base, à cause de ce qu'il s'était passé les jours et les années avant, donc euh, ça a pas vraiment, euh, ça a peut-être un rapprochement du fait que je me renfermais plus sur moi-même et que limite je restais enfermée dans ma chambre. (E1)

⁷¹ C70 : J'ai l'impression que ça a duré des mois. Alors que je sais que ça a duré pas plus d'une semaine il me semble. Mais ça parait tellement long. On fait rien. On se rend pas compte mais s'ennuyer c'est un des pires trucs. (E2)

⁷² C71 : De pas pouvoir écouter de musique surtout. Moi c'est la musique que j'écoute tout le temps, tout le temps, tout le temps. Et sans ça... Mais déjà même, ils me laissaient, déjà rien que le fait d'avoir 1h de MP3, ou 2h-3h je me souviens plus, ça me rendait dingue en fait. Je supporte pas d'être sans musique et moi je devenais agressive après quand ils me laissent plus de musique. Et même le fait de pas avoir le droit à mon MP3, de pas pouvoir dessiner, de pas pouvoir écrire, de pas pouvoir avoir un espace pour marcher – parce que moi je marche beaucoup – bah ça me plaisait pas, ça me rendait pas bien. (E4)

⁷³ C72 : Je m'en foutais en fait. Je calculais personne je faisais rien. (E3)

penser, à élaborer, à essayer de se confronter à son monde interne d'autant plus menaçant qu'il risque d'être projeté à cet instant sur des figures d'identification adultes (les soignants) considérées par l'adolescent comme défailantes. S'ils cherchent tant à lutter contre cet ennui, c'est bien que celui-ci constitue à lui seul le symbole d'une relation de dépendance totale et insupportable à l'équipe. Nous allons décrire cela dans les prochains paragraphes.

3.2. Le face-à-face avec les soignants

Comme nous l'avons vu précédemment, la dimension coercitive et punitive de la décision de mise en chambre de soins intensifs recouvre presque totalement les perceptions des adolescents au début de leur période d'isolement. Ce vécu de relation hiérarchique vis-à-vis de l'équipe est le point de départ d'une relation duelle entre le patient d'un côté de la porte et l'équipe de l'autre. Nous allons voir comment cette relation tend à occuper, pour les adolescents, l'intégralité de leurs capacités de projection, de symbolisation et de transfert.

3.2.1. L'isolement instaure une relation duelle conflictuelle avec l'équipe

a. La mise en chambre de soins intensifs est un moment d'affrontement avec les soignants

Les propos rapportés par les adolescents interrogés reflètent pour trois d'entre eux la mise en place d'un face-à-face relationnel avec l'équipe dès l'instant où la mesure de soins intensifs est prononcée. Toute l'attention du sujet semble initialement focalisée sur le rapport de force qui instaure cette relation duelle, et la lutte contre l'entrée en chambre de soins intensifs marque le premier pas du patient isolé vers une reconquête de son autonomie. Il s'agit pour lui de ne pas se soumettre sans réagir au vécu de contrainte immédiate et brutale, dans le but de préserver du mieux qu'il puisse un Idéal du Moi déjà bien affecté.

Ainsi, deux des participants rapportent une explosion de colère et d'agressivité envers les soignants au début de la mesure d'isolement, reflétant l'intensité du sentiment de dépossession

psychique qui se manifeste alors (C73⁷⁴). Une adolescente exprime la montée en elle d'une colère et d'une agressivité intense adressée directement à l'équipe mais sans violence physique associée (C74⁷⁵).

Nous constatons par ailleurs que **le monde extérieur**, pleinement présent dans le champ psychique des adolescents lorsqu'ils circulent librement dans l'unité (temps de séparation vécu péniblement pour un des adolescents, volonté d'être dehors lors de fêtes de fin d'année ou pour la fête des mères pour d'autres), **semble disparaître au moment de l'entrée dans la chambre**. En effet, à aucun moment et pour aucun des sujets ne sont mentionnées des pensées dirigées vers les parents ou les amis du patient. La force de la dualité relationnelle entre le patient et l'équipe apparaît alors comme un moyen efficace de préservation de ses liens extérieurs, l'identification pathologique aux figures parentales ou amicales pouvant exister étant alors complètement détournée vers l'attaque directe du corps soignant.

La haine et la colère semblent être les émotions autour desquelles s'organise la nouvelle modalité relationnelle entre le patient et l'équipe. Même s'il est vécu violemment, ce rapport de force est le premier pas vers un rassemblement psychique de l'individu isolé, d'une différenciation entre ce qu'il s'attribue de ses pensées et ce qu'il attribue aux autres, ainsi que d'une possibilité à s'autoriser un transfert massif de ses affects négatifs sans que cela ne soit menaçant sur le plan narcissique, les soignants étant alors désignés comme entièrement responsables de l'état qui les habite.

⁷⁴ C73 : parce-que en fait de base moi je voulais pas qu'il m'attrape en fait. Je voulais pas qu'ils me tiennent. Et quand ils m'ont attrapé en fait ils m'ont serré donc moi je ne me suis pas laissée faire. Donc je les ai repoussés. Et parce que de base ils m'ont dit que j'allais aller en isolement. Et moi je savais pas c'était quoi. Je voulais pas y aller. Après ils m'ont mis de force. parce que comme je vous ai dit j'aime pas qu'on me force à faire quelque chose. Que moi je veux pas faire. J'aime pas qu'on me force à faire quelque chose contre mon gré. Après ils ont essayé de me lever je les ai repoussés. Donc après ils sont venus à deux je les ai repoussés. Après à trois y en a un il s'est pris un coup. (E3)

⁷⁵ C74 : Et après ils m'ont pris de force, ils m'ont emmenée de force et ils m'ont mise dans la chambre d'isolement. Il y a eu de la colère intense. Dans le sens agressive. Agressive. En colère. (E4)

b. La dualité de la relation alimente le vécu de répression

A travers cette nouvelle relation exclusive, nous observons chez les sujet isolé l'émergence d'un besoin profond d'identifier de manière physiquement palpable des responsables de la souffrance ressenties dans la CSI. Les adolescents semblent avoir besoin, pour subsister narcissiquement dans ce rapport de force inégal, de décharger au maximum leurs sentiments de contrainte et d'infériorité. Cette « décharge émotionnelle » prend souvent la forme d'un vécu de persécution avec des persécuteurs identifiés plus ou moins précisément. Un des adolescents s'est senti extrêmement persécuté par le médecin, notamment au moment des entretiens à l'intérieur de la chambre (C75⁷⁶), mais projetait aussi sur l'ensemble de l'équipe un vécu de négligence (C76⁷⁷). Il est également question de la sensation d'être « *perçue comme folle* » (E1) ou de la colère de se voir dire que les choses vont mieux sans que le sujet ne le ressente tel quel (C77⁷⁸).

Dans tous les cas, toute l'attention du sujet semble focalisée sur ce « duel à distance » qui s'opère entre lui d'un côté de la porte de la chambre et les soignants de l'autre. A nouveau, il semblerait que le recentrage de l'individu se fasse au prix de ce face-à-face violent, que ce soit dans son vécu ou ses représentations.

⁷⁶ C75 : Putain mais N... . Je la déteste. Mais c'est depuis la chambre d'isolement. Déjà avant je l'aimais pas trop mais la chambre d'isolement je pensais qu'à ça, qu'elle crève, parce que c'est de sa faute. En plus tous les jours elle venait elle faisait « alors, qu'est-ce que t'as à me dire ». Bah je lui dis « j'ai quoi à vous dire » et tout. Et elle elle me dit « bah c'est à toi de me le dire ». Et là... J'aurais dû la frapper dès le début parce que personne n'aurait rien entendu vu qu'on était dans la chambre d'isolement. (E2)

⁷⁷ C76 : Et bon ils s'en foutaient. Ils faisaient bon... Enfin c'était horrible. Du coup je les ai insultés et tout, donc après ils étaient énervés. Mais c'est normal que je les insulte, ils me prennent comme ça et ils me foutent en isolement. Après ils se rendent pas compte que ce sont des cons. Parce que en plus ils me regardaient, on dirait qu'ils s'en foutaient et ils m'ont mis en isolement comme ça voilà. (E2)

⁷⁸ C77 : Et après ils m'ont dit comme quoi ça m'aurait fait du bien. Mais ils le savent pas si ça m'a fait du bien, ils sont pas dans ma tête ! « Ça lui a fait du bien ». Mais ils en savent rien, ils sont pas dans ma tête ! (E4)

c. Les liens entre le patient et l'équipe sont fragilisés

Au final, le face-à-face conflictuel entre le patient et l'équipe, bien que servant de base au recentrage de ce premier, laisse derrière lui un sentiment de liens fragilisés entre les deux protagonistes. Les adolescents interrogés sont unanimes sur ce point. Une adolescente rapporte un vécu de persécution (C78⁷⁹), tandis qu'un autre élimine toute possibilité d'entente bilatérale ultérieure (C79⁸⁰). Seul un adolescent évoque l'instauration d'un lien de confiance avec une soignante avec qui il « *s'entendait bien* » pendant son séjour en CSI (E3).

Dans l'ensemble, les adolescents questionnent donc la pertinence d'un soin où les soignants deviennent persécuteurs, les médecins punisseurs et les murs de l'hôpital oppresseurs. Il semble en effet que les sujets isolés soient amenés à payer le prix fort de l'amélioration de leur état, et qu'ils soient peu à même de se laisser aller à la confiance envers l'équipe au sortir de la CSI. Il est difficile de conclure qu'aucune relation thérapeutique n'est ensuite envisageable, mais il paraît clair qu'elle n'est en rien facilitée par la mesure d'isolement, quels qu'en soient les bénéfices obtenus.

3.2.2. La relation aux soignants catalyse les problématiques relationnelles du sujet

Le plus souvent, la décision d'hospitaliser un adolescent en service de psychiatrie intervient en tant qu'ultime recours à des problématiques relationnelles majeures du sujet. C'est lorsque les capacités de gestion et de soins des acteurs extérieurs sont arrivées à épuisement que l'hôpital se présente comme dernier garant du maintien de l'adolescent dans la collectivité et cherche à

⁷⁹ C78 : Disons que j'étais un peu quelqu'un qui était vraiment sympathique et tout, et quand certains ont appris que j'ai fait ça, ben ils ont complètement changé, ils ont eu un mauvais œil sur moi. (E1)

⁸⁰ C79 : Parce qu'avant j'avais pas grand-chose contre eux et après, pffff, j'avais envie de les... tuer. (E2)

l'extraire de l'isolement vers lequel ses troubles l'ont mené. En interrogeant les patients sur leur expérience de l'isolement, nous observons que cette période particulière, à travers le face-à-face avec l'équipe, vient faire émerger ces problématiques dans toute leur intensité. Leur expression directe, adressée le plus souvent à l'équipe mais parfois aussi au médecin, peut alors permettre le transfert et l'élaboration de celles-ci à un niveau initialement faible mais qui tend à s'épaissir avec le temps.

a. La mise en chambre de soins intensifs intervient dans un contexte relationnel insecure

Un des adolescents interrogés a très bien su exprimer les difficultés ressenties par beaucoup de jeunes hospitalisés à rentrer en relation avec l'Autre. Pour lui, la CSI a permis avant tout de s'éloigner le plus radicalement possible de tout contact avec les autres patients de l'unité. Elle agissait donc en préservant le patient aussi bien des stimuli extérieurs que de la menace d'une forme d'intrusion psychique vécu de manière insupportable (C80⁸¹). Pour un autre, c'était le sentiment d'être perçu comme menaçant et son besoin de réassurance qui induisaient une volonté de clivage entre les différents acteurs de sa prise en charge (C81⁸²). Une des adolescentes évoque la nécessité de se « replier sur soi-même et attendre » (E1). Enfin, pour une dernière, sa sensibilité s'accroissait et lui faisait interpréter certaines réactions des soignants comme des « moqueries » ou des

⁸¹ C80 : Parce que comme j'ai dit j'aime pas quand y a des gens que je connais pas autour de moi. Surtout avant, maintenant... J'aimais pas quand il y avait des gens que je connaissais pas autour de moi, donc ça me stressait, donc je faisais tout pour aller en isolement en fait. Voilà, parce que je voulais pas être en relation avec les autres, avec les soignants. Avec personne. En fait moi j'avais peur de l'inconnue. / **D'accord. Donc en fait le fait d'être à l'écart des autres, de diminuer les contacts, ça vous faisait du bien ?** A ce moment-là ouai. (E3)

⁸² C81 : Mais avec les adultes... Ça dépend. Y en a j'étais énervé sur le moment mais après je me suis dit « c'est leur travail ». C'est qui qui a tout baisé ? C'est le Dr N... . C'est elle qui a voulu me mettre en isolement. Du coup pour moi c'est elle qui a fait de la merde. C'est que elle contre qui j'étais vraiment énervé. Sinon les autres soignants, les éducateurs, des fois ils sont chiant mais il faut bien gagner sa vie. Ils étaient sympas pour la plupart, c'était leur côté travail qui m'énervait. Bon y en a c'est des sacs à merde mais sinon, avec le temps, bah j'avais rien de spécial de plus que d'habitude avec les soignants. (E2)

« *provocations* » (E4). Dans ces trois cas, l'adolescent a tendance à fuir la relation, le « trop proche » excitant et déstabilisateur, et à se réfugier dans une attitude de repli au sein de la CSI. C'est la fuite de la relation et la coupure des liens qui s'exprime alors majoritairement.

b. La relation aux soignants est un vecteur d'expression d'une agressivité relationnelle indifférenciée

Au sein de leur relation avec les soignants, les adolescents laissent souvent exprimer une forte agressivité, sans forcément que ne soient associés des troubles avérés du comportement. Pour trois des sujets, le point de départ est celui d'une prise de position soignante allant à l'encontre du désir d'extérieur, et notamment du rapprochement avec la famille. Ils rapportent un sentiment douloureux secondaire à la période de séparation et voient souvent en certains soignants des obstacles au maintien des liens qui les unissent à leurs parents. Il semblerait que les soignants viennent alors occuper une position surmoïque mal acceptée par l'adolescent, et ce d'autant plus qu'ils viendraient « prendre la place » des figures parentales existantes (C82⁸³, C83⁸⁴). Par la suite, c'est le vécu de maltraitance soignante qui catalyse les ressentis agressifs et peut amener le sujet vers des désirs de fugue (E2) ou des pulsions de passage à l'acte auto-agressif (E4).

⁸³ C82 : Elle me manquait terriblement. Et j'avais besoin de lui offrir des fleurs en fait. C'était très important pour moi. Parce qu'en plus, je vais vous expliquer quelque chose, pour moi c'était vraiment symbolique et ils m'ont pas laissée sortir. Et j'ai insisté, et le fait qu'ils m'aient pas laissée sortir ça m'a rendue ... ça m'a rendue folle en fait. (E4)

⁸⁴ C83 : En fait ma mère elle m'a amené. Elle m'a dit je vais pas la voir pendant 2 semaines. Et c'est ça en fait qui m'a énervé. Parce qu'avant en fait, je pouvais pas rester loin de ma mère, même à l'école. (E3)

3.2.3. *L'absence de relations extérieures se conjugue avec une réémergence de la pensée*

Les adolescents s'expriment globalement peu sur les sujets qui ont occupés leurs pensées durant leur période d'isolement. Leur discours est davantage centré sur leurs ressentis, le percept immédiat, le contact avec le réel palpable. Pourtant, à travers le face-à-face avec l'équipe, l'adolescent semble peu à peu se réapproprier une pensée différenciée, reprendre le contrôle de ses émotions et de son comportement, et retrouver une certaine contenance psychique. Il en va évidemment d'une forme de survie psychique, et on peut suggérer l'hypothèse que les troubles du comportement auraient tout de même cédé hors de la chambre, mais il apparaît que la chambre de soins intensifs peut constituer, pour certains d'entre eux, un véritable lieu de confrontation à soi-même au sein de l'unité. C'est souvent sur la fin de leur période de soins intensifs que les sujets interrogés rapportent les propos suivants.

a. Le seul à seul fait réfléchir l'adolescent sur le motif d'isolement

Une des adolescentes semble avoir bénéficié de l'isolement en se confrontant directement au motif de la mesure prescrite. Elle évoque le sentiment d'avoir pu « *réfléchir sur ce (qu'elle) avait fait* » pour se « *rendre compte que ça ne se faisait pas* ». Elle parle alors d'une véritable « *aide* » avec une fonction soignante avérée de la CSI (E1). Un autre adolescent exprime le regret de son passage à l'acte, disant s'être rendu compte après coup que « *ça ne servait à rien* » (E2). Peut alors émerger une prise de conscience de l'adolescent sur certaines de ses fragilités narcissiques qui l'aide, par la suite, à s'y confronter avec plus de facilité (« *ça m'a vraiment aidé on peut dire* », E1).

b. Le processus d'élaboration est réactivé

Dans l'ensemble, c'est tout le processus d'élaboration qui est réactivé. Au fur et à mesure, l'adolescent se réapproprie véritablement sa pensée, lui permettant de « *se remettre en question sur ce qui n'allait pas* » (E1), même si cela se fait au prix de l'ennui et d'une forme de désespoir. Une des participantes exprime un retour à des schémas de pensée anciens et protecteurs, comme le recours à une « *spiritualité très forte* ». « *Je priais beaucoup, je pensais, et je dormais. C'est les trois choses que je faisais* » (E4). Enfin, le séjour en CSI peut également faire émerger des souvenirs anciens et agréables, symbole d'une reprise totale du processus d'élaboration, en allant chercher dans sa mémoire des moyens d'apaisement psychique (C84⁸⁵).

⁸⁵ C84 : c'était aussi agréable parce que j'étais dans un milieu où voilà quoi, j'étais en Normandie et il y avait des animaux, et moi j'ai toujours été proche des animaux. Maintenant encore. Et il y avait des animaux autour donc quand j'étais là-bas je pouvais partir. Je partais et je m'amusais avec les animaux. Et je m'amusais à ouvrir les trucs des poules et tout, ça m'amusait. Et des fois franchement je m'amusais avec quoi ? Je partais, pied nus ou pas, et je marchais jusqu'à la gare. Devant il y avait un bar et je m'asseyais là-bas. Et le soir le propriétaire du bar il me ramenait à l'internat. La première fois ils ont eu peur, ils ont appelé les gendarmes, ils me cherchaient partout. Après quand ils ont vu qu'on m'a déposé, ils ont demandé au gars, il a dit « il était dans mon bar », ça s'est très bien passé. Et c'est comme ça que j'ai appris à jouer aux cartes. (E3)

3.3. La relation de dépendance au cœur du vécu

Nous aborderons dans ce dernier chapitre des résultats le sentiment de dépendance totale des patients en CSI, au centre du bouleversement psychique mis en jeu par la mesure d'isolement. Les adolescents rapportent pour l'ensemble d'entre eux un vécu de soumission et de passivité inhérent à la contrainte de la CSI, les plaçant au centre d'une problématique de séparation-individuation impossible. La dépendance primaire ramène le sujet isolé à un état de régression archaïque où les besoins vitaux (manger, boire, dormir) et les bases de son autonomie (s'habiller, se déplacer) deviennent des enjeux relationnels majeurs. La conflictualité de la relation soignant/soigné dans le face-à-face qui les oppose se nourrit donc en grande partie de ce vécu de dépendance et des conséquences qui lui sont propres dans ce contexte : installation temporaire des substituts maternels considérés comme défailants, limites de la position surmoïque occupée par les soignants et recherche de moyens de lutte contre cette dépendance imposée.

3.3.1. L'adolescent est ramené à un état de dépendance primaire

Le vécu essentiellement négatif des soins intensifs chez l'adolescent semble découler en grande partie de l'installation d'une dépendance primaire du sujet à l'équipe. Tout en subvenant à leurs besoins vitaux et en leur apportant des soins de nursing quotidiens, les soignants sont, malgré eux, mis à une place qui n'est pas leur place « naturelle » : celle de substituts parentaux. Le sujet en isolement est placé dans un état de régression faisant appel à la préoccupation maternelle primaire qui ne peut qu'être insuffisamment satisfaisante, puisqu'elle n'est pas, à juste titre, investie comme telle par l'équipe. C'est donc un moment de détresse psychologique mettant en jeu les processus

d'attachement et la réémergence de ressentis de la très jeune enfance qui, pour plusieurs patients, induit une confrontation à un passé inconscient parfois douloureux. C'est ce point-là que nous développerons ici.

a. Une dépendance à tous les niveaux

Si cette dépendance n'est pas forcément mal vécue, elle est au moins constatée par tous les adolescents interrogés (C85⁸⁶). Les niveaux de dépendance sont multiples et vont du simple fait de pouvoir manger et boire aux capacités de s'habiller seul, se déplacer et se divertir. Pour une des adolescentes, ce vécu recouvrait une dimension insupportable, voire « *inhumaine* » (E4). Le sujet est en effet ramené à un état de régression archaïque imposé sans que ses capacités physiques ne soient affectées, constituant ainsi une spécificité très particulière du soin en psychiatrie. Dans cette période de l'adolescence où est plus que jamais mis en jeu la problématique de séparation et la recherche d'une autonomie psychique indépendante de l'adulte, cet état peut induire un sentiment de colère et de désœuvrement mal supporté (C86⁸⁷).

Dans ce contexte, le rapprochement entre l'individu isolé et l'équipe est inévitable. Une adolescente rapporte une sensation de manque de contact humain avec les soignants pendant le temps passé en CSI (C87⁸⁸), faisant émerger une difficulté essentielle du rôle des soignants et de leur place si particulière en cet instant : conjuguer les fonctions de soigner, mater et soumettre en même temps.

⁸⁶ C85 : Enfin si ils sont venus deux fois, une fois pour m'apporter à manger et la deuxième fois pour voir si ça allait bien. Et pour aussi enlever le plateau. Ils m'ont ramené de l'eau.

⁸⁷ C86 : Bah je peux pas dépendre complètement de moi-même, mais en fait j'ai envie, pour mes besoins primaires, que ce soit moi qui me contrôle en fait, c'est la base, c'est une base. Déjà ils prenaient longtemps, ensuite ils... ils... Rien que le fait de devoir appeler des soignants pour aller aux toilettes... Je comprends pour des gens qui sont dans un état végétatif, qui sont à l'hôpital, qui sont... vous voyez ce que je veux dire ? Mais pour quelqu'un qui est valide physiquement, c'est pas normal de devoir... Parce que soit disant on est trop dangereux pour aller aux toilettes. C'est n'importe quoi ! Même pour la douche, je sais plus c'était quoi, genre ils devaient rester pas loin ou je sais pas. Ils me regardaient pas évidemment mais ils devaient rester pas loin. J'ai un souvenir vague en fait. Et tout ça je trouvais ça horrible. (E4)

⁸⁸ C87 : **Plus de contact avec les autres aussi ou non ? Avec les soignants ?** Oui. Oui...

b. Des caregivers défaillants

Il n'est donc pas surprenant de constater que les adolescents se plaignent d'un manque de proximité soignante en même temps qu'ils luttent contre leur vécu de dépendance. Ils rapportent des impressions de « froideur » et « manque de réconfort » par l'équipe (E1). Un des adolescents pense qu'ils « *auraient dû venir (le) voir plus* » (E3) ou que le médecin « *n'a pas cherché à comprendre* » (E2). Finalement, les désirs exprimés par les adolescents interrogés sont ceux de sujets ramenés à un état de nourrisson pouvant exprimer autrement que par des pleurs des ressentis de manque, d'abandon et de peur de disparaître (C88⁸⁹).

c. Une mesure régressive sans intérêt

Ne se sentant pas « suffisamment porté » par les adultes qui le prennent en charge, plusieurs adolescents évoque un sentiment d'inutilité de la mesure d'isolement. Ils sont trois à rapporter ce vécu et affirment que cette période n'a été pour eux d'aucune aide (C89⁹⁰, C90⁹¹). C'est finalement la sortie de la CSI qui est pointée comme l'évènement marquant un état de soulagement immédiat, sans pour autant que la souffrance psychique ne cède systématiquement (C91⁹²).

⁸⁹ C88 : Parce qu'à chaque fois que je frappais la porte pour demander le l'eau, ils venaient pas. Ils venaient pas vraiment. Et c'était vrai. Et je disais « est-ce que vous voulez juste... »... Je toquais pour qu'ils me ramènent de l'eau. Mais si par exemple j'aurais eu un truc, je sais pas, j'aurais fait une crise, il serait pas venu. (E3)

⁹⁰ C89 : Moi je trouve qu'ils sont vraiment cons parce que ça servait à rien, ça aurait rien changé. (E2)

⁹¹ C90 : Non pas vraiment. Parce qu'en fait tout ce qui était internet, tout ça, ça devait m'aider. Ça a pas été ça non plus. (E3)

⁹² C91 : En fait ils ont cru que je me sentais mieux mais c'était juste le changement de traitement qui a fait que je me sentais mieux. Et le fait que je partais. Mais c'était pas la chambre d'isolement. Parce que je me sentais pas bien non plus après. (E4)

3.3.2. *L'adolescent se sent soumis à une instance surmoïque toute puissante*

a. Le vécu de contrainte préexiste à la MCSI

Nous nous apercevons rapidement que les adolescents rapportent un sentiment de contrainte dès le début de l'hospitalisation. Pour un adolescent, cette contrainte est présente avant même l'arrivée à l'hôpital (C92⁹³). Pour une autre, elle avait d'ores et déjà entraîné des troubles du comportement avec un épisode de fugue précédant la mesure d'isolement (C93⁹⁴). Finalement, c'est là encore la sensation « *d'enfermement* » qui prévaut initialement (E1), qu'il soit interne ou externe, et l'envie recherchée d'échapper au contrôle soignant (C94⁹⁵).

b. Un vécu de soumission permanent

Comme nous l'avons déjà évoqué, les participants ont tous expérimenté un état de passivité et de soumission à la mesure d'isolement. Cet état est souvent perçu à différents niveaux au cours de la période de soins intensifs. S'il catalyse une forme d'agressivité en début d'isolement, il amène progressivement le sujet à penser sa contrainte sous l'angle d'une confrontation à la toute-puissance

⁹³ C92 : Ouai parce que je voulais pas. Ils ont attendu une semaine et ils ont appelé les flics. C'était le juge qui avait décidé. (E3)

⁹⁴ C93 : j'avais fugué, parce qu'ils m'avaient interdit le weekend, parce qu'ils trouvaient que j'avais fait trop de conneries. Et c'est tout le monde qui m'a dit de revenir, j'étais forcée, même de force à revenir. (E4)

⁹⁵ C94 : Elle m'a dit : les vitres elles sont incassables. Bah c'est con mais moi je me suis dit... Bah j'ai réfléchi et du coup j'ai péti le lit, j'ai pris un bout de lit et j'ai tapé. (E2)

soignante, et donc à la nécessité de se soumettre (C95⁹⁶). Cette nécessité s'étend à tous les niveaux de la prise en charge, un adolescent émettant même comme conseil aux futurs patients d'accepter tous les traitements proposés (C96⁹⁷).

3.3.3. Les alternatives proposées sont autant de moyens de lutte contre cette dépendance

Les adolescents semblent rechercher pendant toute la durée des soins intensifs des moyens d'échapper à la sensation d'emprise qu'ils subissent. Comme nous l'avons vu, les stratégies d'adaptation développées vont du repli avec une attitude de prostration (E1) à la réaction violente avec des conduites de fugue (E2), en passant par un état de soumission passive partagé par plusieurs d'entre eux. Si elles peuvent se montrer efficaces sur les troubles du comportement, ces stratégies sont globalement jugées insuffisamment satisfaisantes par les patients qui, dans l'ensemble, préféreraient éviter la mise en CSI. Pour ce faire, les propositions qu'ils font vont dans le sens d'une rupture du lien de dépendance aux soignants à travers le développement de méthodes plus efficaces de séparation. L'objectif est alors d'instaurer une distance relationnelle du sujet avec l'équipe suffisamment protectrice narcissiquement et permettant de faire persister psychiquement le contact avec l'extérieur de l'unité.

a. Le dialogue comme moyen d'accès à une distance relationnelle rassurante

⁹⁶ C95 : A m'envoyer là-dedans. Donc c'est pour ça que j'étais calmée. Ou qu'ils me fassent une piqûre ou un truc comme ça. Euh... C'est juste pour ça que j'étais calmée en fait. C'est vraiment, en fait j'ai vraiment fonctionné sous menace. Et c'est, ce qui régnait c'était une menace en fait. Et j'étais pas calmée au sens psychologique genre j'allais mieux ou quoi. (E4)

⁹⁷ C96 : Aux patients, je dirais « si on vous donne un gobelet, buvez-le ». Il faut toujours boire les gobelets. C'est mieux qu'une piqûre parce que la dose c'est pas pareil. Du coup je leur dirais « buvez le gobelet ». (E2)

La principale alternative à l'isolement proposée par les adolescents interrogés est l'instauration d'un dialogue préalable à la décision de mise en CSI. Un dialogue souvent jugé insuffisant et qui demanderait à être plus long, plus poussé, explorant davantage la problématique aiguë présentée par le patient agité (C97⁹⁸). Cette demande s'exprime en miroir d'un sentiment partagé par plusieurs d'entre eux d'être incompris par les médecins et par l'équipe (C98⁹⁹). La décision de placer le patient en CSI est jugée par trois des patients comme trop rapide, intervenant avant que les autres solutions n'aient été éprouvées.

Un des adolescents a le sentiment d'avoir été la victime d'un « *protocole de base* » advenu sans que la possibilité de « *se calmer tout seul* » ne soit proposée auparavant (E2). Un autre fait part d'une stratégie d'apaisement déjà expérimentée au domicile et qui n'a pas pu survenir au moment de la crise clastique dans le service (C99¹⁰⁰).

Finalement, ce que demandent les adolescents, c'est davantage « d'espace relationnel » afin de faire diminuer leur sensation d'oppression à l'intérieur de l'unité. Pris dans un passage à l'acte violent, l'adolescent se sent immédiatement envahi par la présence soignante, certes contenante, mais directement « trop proche », trop nombreuse, et ayant un effet plus excitant et déstabilisateur qu'apaisant et rassurant. Telles quelles, les mesures thérapeutiques mises en place avant que ne soit arrêtée la décision de mise en CSI se révèlent inefficaces, car prenant insuffisamment en compte le sentiment d'intrusion psychique immédiat ressenti par le patient.

⁹⁸ C97 : Bah en fait, par exemple, je vais vous donner un exemple : ce matin j'étais dans mon centre et j'ai fait une crise plus violente que celle que j'ai faite quand j'ai eu l'isolement. Et y a un soignant qui est venu me voir. Déjà j'étais en train de casser toutes les chaises, j'étais énervée, parce que j'avais besoin de prendre de la codéine, ou de la drogue, j'étais en crise en fait. Et il est venu, au début il m'a maîtrisée, il m'a tenu comme ça contre le mur, et il m'a dit « calme-toi, calme-toi, calme-toi ». Et au final après j'ai crié « je vais me tuer, je vais me tuer, je vais me suicider ». Et lui il m'a parlé très doucement. Et comme il m'a parlé très doucement, il m'a parlé sur un ton très doux, bah ça m'a calmée direct. Après j'ai pleuré, je lui ai parlé pendant des heures, et j'ai pas eu besoin de truc comme ça en fait. Et je pense que ça aurait pu être une alternative à l'isolement en fait. (E4)

⁹⁹ C98 : Bah je dirais pour les psys essayez plus de comprendre, pas de dire qu'un humain c'est un schéma, parce qu'on n'est pas tous pareils. On nous le dit tout le temps mais moi j'ai l'impression qu'ils nous prennent pour... Ils essayent pas de comprendre parce que moi quand je leur parlais ils disaient « non, c'est ça », alors que je leur disais ce que je pensais. Ça c'est important aussi. (E2)

¹⁰⁰ C99 : Me laisser me calmer tout seul. Me laisser me calmer. C'est ce que ma mère faisait et ça fonctionnait très bien. Ça me calmait. (E3)

b. Une demande de liens renforcés avec l'extérieur

Enfin, les besoins de stimulation à l'intérieur de la chambre et des contacts renforcés avec l'extérieur sont proposés par les adolescents interrogés comme autant de solution pour améliorer leur vécu de la CSI. Là encore, leur avis est unanimement partagé. Ces besoins peuvent se présenter comme un moyen de lutte contre l'ennui (C100¹⁰¹) mais surtout comme la nécessité de faire continuer à exister le monde extérieur, et notamment la famille, dans la psyché de l'adolescent (C101¹⁰²).

Les adolescents soulignent une fois de plus cette sensation d'être coupés de tout lien avec l'extérieur, favorisant comme nous l'avons vu l'installation du face-à-face aux soignants, de la perte de l'indépendance psychique et du vécu de soumission inexorable à la toute-puissance soignante.

¹⁰¹ C100 : Sinon c'est vrai que si je ne m'ennuyais pas ça aurait été plus simple de me faire enfermer aux Lits Ados. De m'adapter. (E2)

¹⁰² C101 : ça aurait pu être évité si on pouvait sortir beaucoup plus, avoir plus de liens avec l'extérieur, vers l'extérieur de l'hôpital. (E1)

4. DISCUSSION

L'étude que nous avons réalisée a constitué un travail de longue haleine. Entre la phase initiale de réflexion sur le sujet d'étude, la mise au point du protocole, la validation de celui-ci sur le plan scientifique et éthique, l'enregistrement des entretiens et leur analyse, il aura fallu une implication totale et commune de l'investigateur et de sa directrice de thèse.

Dans cette Discussion, nous aborderons d'abord l'interprétation des résultats obtenus. Pour un maximum de clarté, nous avons choisi de présenter une interprétation suivant la chronologie de la période d'isolement des adolescents, puis de se questionner sur les biais et les limites de notre étude. Nous parlerons ensuite de l'impact de l'isolement à travers les notions de punition et de soin, deux notions majeures qui se sont détachées des résultats obtenus, ainsi que des alternatives possibles à l'isolement, en allant chercher ce qui peut se faire dans le reste du monde à cet égard. Enfin, nous dissenterons sur la place du « chercheur-clinicien » dans ce contexte de recherche et des réflexions qu'ont entraîné le contact direct avec ces adolescents, parfois dans leur intimité, au moment de raconter une expérience majeure de leur parcours de soin.

4.1. Commentaires des résultats

4.1.1. *Interprétation des résultats : une analyse en 3 phases*

a. L'avant et le moment de l'annonce

Comme nous l'avons vu, la période précédant l'annonce de mise en chambre de soins intensifs est souvent décrite par les adolescents comme une période assez sombre et concentrant un mélange d'émotions négatives. L'hospitalisation a le plus souvent été imposée, soit passivement par les parents et les médecins, soit activement sur décision de justice avec l'appel à des forces de l'ordre. Le vécu de contrainte est donc préexistant à tous les autres et l'arrivée dans le service fermé des « Lits Ados » est déjà un moment de lutte, interne ou externe, contre un sentiment de perte d'autonomie.

Dans ce contexte, le passage à l'acte, ou plus généralement les troubles du comportement, viennent arrêter la décision de mise en chambre de soins intensifs. L'acte en question est rapporté comme un moment effractant de la pensée du sujet qui en garde une mémoire quasiment intacte. Si les murs ne sont pas attaqués, c'est l'humain qui l'est. Soit l'adolescent lui-même, soit un autre patient, soit l'équipe. Souvent, la séparation avec la famille en constitue l'élément déclencheur, dans un contexte relationnel déjà tendu avec les soignants qui représentent alors une instance surmoïque inconnue et donc considérée par les adolescents comme « illégitime ». Les prémices du conflit qui opposera ensuite l'adolescent et l'équipe pendant la période de soins intensifs font réémerger chez ce premier une partie de l'essence de ses problématiques relationnelles, quelles qu'elles soient (sentiment de persécution, défiance de l'autorité, refus de participer aux activités, fuite de la relation). Alors qu'il se veut protecteur et rassurant, le contact soignant peut rapidement devenir excitant et désorganisateur, concentrant les difficultés des adolescents à pouvoir internaliser des

figures d'autorité bienveillantes sans que le sentiment d'intrusion psychique ne vienne désorganiser leur structure.

Il existe une certaine continuité psychique décrite par les adolescents dans le mal-être qu'ils éprouvent avant la mise en CSI jusqu'à leur entrée dans celle-ci. La décompensation comportementale brutale est en général liée à un évènement extérieur ou un désir brutal du dehors. Ce qui ressort, c'est **un désir du dehors qui entraîne brutalement un enfermement dans le dedans**. Il semble également exister un lien entre la force de ce besoin d'extérieur et l'intensité du vécu négatif en début d'isolement. **Plus le désir est fort, plus l'acte est violent, plus la mise en CSI est vécue violemment.**

Le moment le plus marquant rapporté par trois des adolescents est le moment de l'entrée dans la CSI. C'est un moment particulièrement difficile d'affrontement direct avec l'équipe. C'est le moment du rapport de force, de l'exacerbation brutale du sentiment de contrainte et de soumission, de la crainte de l'injection médicamenteuse ou de la contention physique, du sentiment d'intrusion immédiat et brutale dans l'intimité physique et psychique du sujet. Tout à coup, il n'y a plus de dialogue possible, seuls demeurent les souvenirs sensoriels, le percept. « *Ils se sont jetés sur moi* », « *ils m'ont attrapée de force* », etc... C'est le moment de **la potentialité traumatique de l'isolement**. Ce moment peut créer une « brèche narcissique » profonde, conditionnant en partie les relations futures que l'adolescent pourra entretenir avec les membres de l'équipe. Il marque **l'absence de possibilités de symbolisation**, une sidération de la pensée et une perte de la continuité psychique. Cette absence de dialogue est souvent reprochée aux soignants, dans un mouvement projectif où l'adolescent, même après coup, peut difficilement admettre ses difficultés propres à communiquer. La temporalité semble également déformée, rapportée de manière vague et flou, faisant naître une sensation de précipitation. Dans la tête de l'adolescent, il y a en tout cas un avant et un après, **avec au centre du vécu la dimension de punition**, comme si rien à ce moment-là précis ne pouvait être

perçu comme soignant. Souvent, la proposition d'alternative à l'isolement par l'adolescent se joue à cet instant.

Dans les souvenirs rapportés, le moment de l'annonce est mélangé avec la conduite effective vers la chambre. C'est un moment de chaos psychique, entraînant tantôt une lutte avec une violence extrême, tantôt un état de sidération avec une acceptation passive de la mesure. Dans tous les cas la pensée s'arrête. L'agir est au premier plan, soit en s'exprimant par du « trop plein », soit en s'effaçant totalement et en laissant la place au vide. C'est également un moment angoissant où l'adolescent est confronté à l'inconnue de ce qui l'attend derrière la porte de la CSI. Inconnue, vide, étrangeté et vécu traumatique de contrainte extrême, le sujet isolé rentre finalement dans la chambre dans un état émotionnel souvent totalement désorganisé.

b. Début de l'isolement

Comme décrit dans les résultats, le début de la période de soins intensifs tend à concentrer les émotions négatives. Il y a pour plusieurs adolescents une **aggravation initiale des troubles**, avec une recrudescence des angoisses, de la tristesse, du repli et de la tension interne. La contrainte est vécue de plus en plus douloureusement, créant une **sensation de privation totale de liberté**. Ce temps, qui est mal défini sur la durée et peut varier selon les adolescents interrogés, ne permet pas encore la prise en compte de la dimension soignante. **Le vécu coercitif et punitif de l'isolement recouvre alors la totalité des perceptions du sujet**. Ce temps initial peut être un moment de décharge agressive, et se perçoit dans tous les cas comme un **moment de changement ou de déséquilibre psychique**. C'est le changement d'une position active vers une passivité imposée, se conjuguant avec l'installation d'une dépendance totale aux soignants. **C'est également le début du face à face, de la relation duelle du patient avec équipe, de la disparition du monde extérieur**. Si le manque des parents est présent pendant l'hospitalisation dans l'unité, le sujet s'en coupe dans la chambre d'isolement. Il y a

lui à l'intérieur, la porte de la chambre, l'équipe de l'autre côté. Nous observons donc une **réémergence de la dépendance primaire comme celle du bébé au sein de la mère** : besoin des soignants pour manger, aller aux toilettes, prendre sa douche, marcher, dormir... Dans ce contexte, le transfert massif univoque semble parfois empêcher le travail d'élaboration. C'est vraiment **le moment de l'isolement**, dans toutes ses définitions. Le vécu de solitude est alors souvent intense.

Cet isolement ressenti dans le percept pur est aussi la condition de l'émergence de l'ennui.

L'apaisement, qu'il soit induit par l'ennui, le vécu de menace, la volonté de sortir de l'isolement, un véritable répit psychique ou un traitement médicamenteux, est systématique. Il n'est pas forcément un reflet d'une stabilisation psychique, mais il est la condition de l'amélioration de l'état de l'adolescent. Ce début d'isolement peut être vécu positivement, dès les premières 24h, et l'apaisement s'obtient de manière **systématique** en conséquence du **premier temps de sommeil**.

Schématiquement, nous pouvons dérouler la chronologie suivante :

CRISE CLASTIQUE → MCSI → DECHARGE AGRESSIVE OU SIDERATION AVEC COMPORTEMENT DE REPLI → COURT TEMPS DE LATENCE ET PREMIER CONTACT AVEC LA NOUVELLE MODALITE RELATIONNELLE SOIGNANT/SOIGNE → ENNUI → SOMMEIL → APAISEMENT.

La relation de dépendance aux soignants fait émerger une conflictualité psychique facilement identifiable pour le patient. Les affects négatifs, le vécu de persécution, la colère, le sentiment d'injustice, tout à coup tout est transférable sur l'équipe et cesse ainsi de constituer une menace de destruction de l'Idéal du Moi, une attaque narcissique et un envahissement psychique incontrôlable.

c. Evolution de l'état au cours de l'isolement

Au regard des résultats obtenus, nous constatons que l'évolution naturelle de l'état psychique du sujet en CSI tend vers deux extrêmes opposés. Il s'agit soit d'un apaisement réel, très rapide, dès les premières 24h, soit d'une attente insupportable de la sortie mais qui ne catalyse plus une agressivité comportementale. Sauf pour un entretien, c'est le temps **d'émergence de la pensée**. Après la première phase d'isolement, l'ennui induit **les premiers processus d'élaboration**. Mais ce processus est très lent. Persistent les sentiments d'injustice, de punition, et surtout d'inutilité de l'isolement. C'est un lieu d'ennui et de solitude, mais qui peut à cet égard être apprécié par un patient qui souffre d'être trop stimulé à l'extérieur.

L'apaisement apparent ne reflète pas forcément le vécu extrêmement négatif de l'isolement. Cela s'assimile pour 2 d'entre eux à une forme de « torture », avec une réelle aggravation des troubles (tristesse, colère, vécu délirant persécutif, idées suicidaires). Pour un autre c'est un havre de paix. Pour une dernière c'est une étape utile, avec une amélioration constatée de l'état psychique au cours de l'isolement. Sans cesse reviens la dimension éducative bien plus que la dimension soignante qui, quand elle existe, est mise au second plan. Même lorsque l'isolement est jugé « utile », il l'est pour la « contrainte à penser le geste » qui l'a entraîné.

L'individu se recentre, reprend le contrôle de ses émotions, mais **c'est la sortie de la CSI qui obnubile ses pensées**. La souffrance est partagée par 3 adolescents sur les 4, avec un seul mot d'ordre : se taire, se soumettre, et sortir.

Le manque de stimulation reste la base de la sensation d'ennui, et entraîne une fuite dans sommeil qui, lui, est toujours considéré comme un moment de réel apaisement psychique. Il constitue aussi une part importante du vécu négatif de l'adolescent, dans le sens où l'absence totale d'activités semble freiner également le processus d'élaboration et la possibilité du « plaisir à penser ». Globalement, à trop dormir, l'adolescent ne pense plus. Les repas viennent rythmer les journées et le quotidien est vécu comme une « mécanique » relativement fluide, où l'idée est de faire passer le temps jusqu'à la sortie de la CSI. D'un point de vue clinique, il s'agit davantage du

retour à un état archaïque (propreté, satiété, sommeil) plus primitif, les besoins primaires devenant le centre des préoccupations du sujet, lui permettant ainsi de se reconstruire narcissiquement dans une évolution progressive à partir de la base. C'est l'état du nourrisson dépendant de sa mère, l'équipe rassemblant alors autour d'elle l'ensemble des instances surmoïque auxquelles le sujet peut se confronter (les parents, le voisin persécuteur, l'adulte rabaissant, etc...), sans l'avoir décidé. Cet état se rapproche de « *l'économie psychique de l'adolescent* » décrite par E. Kestemberg et se résume ainsi : « ***La répartition nouvelle de l'économie psychique se fait au profit des investissements narcissiques, c'est à dire des investissements de l'adolescent par lui-même, en une tentative de parade contre l'investissement d'autrui marqué par le conflit œdipien.*** » (Kestemberg, 1971). En somme, toute intervention extérieure est à cet instant une attaque au narcissisme de l'adolescent et ne peut être vécue que négativement par ce dernier.

La relation de dépendance aux soignants est à la fois totalement acceptée, car inévitable, et à la fois une source majeure de tension. Il s'agit pour l'adolescent d'une régression imposée, d'une forme de perte d'une « base » vitale dont il pensait avoir le contrôle. Cette dépendance à l'égard des besoins primaires représente pour deux d'entre eux le paroxysme de la maltraitance au sein de l'isolement. La conflictualisation des relations semblent être pourtant un moyen de se recentrer. A travers le face à face aux soignants, l'adolescent contient ses émotions négatives, le conflit quasi-ouvert existant dans la relation thérapeutique faisant alors « enveloppe », rassemblant l'individu, lui permettant d'identifier précisément ses ressentis et les projeter sur l'équipe dans un mouvement transférentiel organisateur de sa pensée. La « diffluence » émotionnelle que l'on retrouve avant l'isolement n'existe plus, le sujet étant totalement « organisé contre » les soignants ou les médecins, ce qui amène à une conclusion paradoxale : **si l'on peut considérer d'un point de vue soignant que l'adolescent « va mieux »**, car il est objectivement plus au contact de lui-même, de ses émotions et de ses pensées, **l'adolescent, lui, exprime un vécu extrêmement douloureux de cette période.** C'est un moment de lutte intense non pas contre, mais vers la sortie de l'isolement. Il y a donc, schématiquement :

ISOLEMENT → ENNUI + DEPENDANCE → SOMMEIL COMME MOYEN DE LUTTE CONTRE CES PHENOMENES → EFFORTS COMPORTEMENTAUX ET DANS LA RELATION AUX SOIGNANTS POUR SORTIR DE LA CSI → APAISEMENT APPARENT + RECENTRAGE DE L'INDIVIDU MAIS SOUFFRANCE INTERNE MANIFESTE → THERAPEUTIQUE D'UN POINT DE VUE SOIGNANT, PERIODE INSUPPORTABLE POUR L'ADOLESCENT.

Si les deux autres ne révèlent rien de l'ordre d'un vécu négatif de cette relation duelle très déséquilibrée, c'est que le soulagement observé, donc le vécu positif global, prend alors le dessus. L'un des deux cherchait à tout prix l'isolement, qui ne recouvrait plus alors de vertu thérapeutique puisque l'adolescent s'en « servait » pour aller « dans le sens de ses troubles » (solitude, repli, coupure des liens), tandis que l'autre avait trouvé un apaisement rapide, sans que de réelles émotions positives n'apparaissent. Dans l'ensemble, c'est l'absence qui est notée, la distance émotionnelle, le vécu d'abandon, la solitude imposée. Cette solitude est incroyablement représentée par les dessins produits en fin d'entretien par les adolescents interrogés, dessins qui représentent pour trois d'entre eux la CSI, et pour le dernier sa chambre dans l'unité au moment de son passage à l'acte ayant provoqué la mise en CSI (cf. Annexe 7).

Les soignants sont systématiquement caractérisés pour leur attitude froide, leur discours factuel, l'absence de réconfort. Ils sont soit l'objet et la cible de la colère ressentie par l'adolescent vis-à-vis de sa situation dans la CSI, soit un objet de menace, d'autorité coercitive et punitive pouvant à tout moment décider de prolonger l'isolement. Aucun des patients ne décrit une relation réellement thérapeutique dans les liens construits avec les soignants. Les émotions ressenties à leur égard vont du très négatif (sentiment de persécution) à l'indifférence, en passant par la colère, la peur, le sentiment de menace, la honte, l'intimidation. C'est **ce lien conflictuel, unique, écrasant et parfois intensément négatif** qui va permettre de **rassembler l'individu qui, dans cette nouvelle conflictualité psychique, peut alors plus facilement se représenter ses émotions dans le réel**

immédiat, dans le percept. Dans $\frac{3}{4}$ des cas, les adolescents constatent une évolution négative de leur relation aux soignants, même après que la période d'isolement se soit terminée.

Pour les cliniciens que nous sommes, cette conclusion amène à un questionnement profond : comment permettre cette reconstitution d'une enveloppe protectrice et rassurante permettant le processus d'élaboration chez les adolescents placés en CSI tout en proposant à celui-ci un lien de qualité, une figure d'identification bienveillante et soignante ? Car le grand point négatif de l'isolement se trouve ici : il n'y a pas de possibilité pour l'adolescent d'une identification positive à des imago adultes protecteurs et rassurant sur le plan narcissique, empêchant alors que se développe, au sein de la CSI et parfois même après dans l'unité, le processus de séparation-individuation. Objectivement, l'adolescent se rassemble et va mieux, mais quid de la suite ? Des identifications pathologiques ? Du risque d'enfermement dans un schéma de pensée amenant à considérer l'adulte encore plus persécutant et désorganisateur qu'il ne l'était avant ?

Enfin, concernant la perception de la fonction de l'isolement : dans 3 cas sur 4, les adolescents trouvent cette mesure inutile, inacceptable, parfois « *inhumaine* », recouvrant essentiellement une fonction punitive souvent incomprise. Dans un seul cas, les soins intensifs ont été considérés « *utiles* » pour les soignants, la fonction soignante étant perçue et comprise à la fin et avec un peu de recul. Quant à la perception de la CSI en elle-même, elle se révèle être un lieu oppressant, austère, faisant s'exacerber des sentiments négatifs déjà présents auparavant. Elle est néanmoins dans deux cas rapportés un lieu propice à l'activité de pensée, à la réflexion sur le motif d'isolement et à la confrontation avec ses fragilités internes.

4.1.2. Biais et limites de l'étude

Dans un premier temps, il nous est forcé d'admettre que le seuil de saturation de données n'a pas pu être atteint avec le recueil de 4 entretiens. Quand bien même certains résultats ne laissent plus de place au doute concernant leur relative universalité, d'autres points restent à approfondir, notamment en ce qui concernant le vécu de dépendance et ce qu'il fait vivre aux adolescents isolés. Ainsi, nous considérons qu'au moins 1 entretien supplémentaire serait nécessaire à la finalisation des résultats de notre étude.

Par ailleurs, comme nous l'avons signalé, un des sujets inclus dans l'étude a été reconnu par le chercheur. N'ayant jamais été son patient, et devant l'absence totale de souvenirs de son histoire de la maladie, le témoignage de ce sujet a été conservé et incorporé dans l'analyse. Nous pouvons malgré tout nous demander si le fait qu'un lien ait déjà existé, même s'il fut léger et éphémère dans le temps, n'a pas pu interférer avec d'une part le témoignage de l'adolescent, et d'autre part l'interprétation subjective du chercheur lors de son analyse. Dans ce genre de méthodologie qualitative où l'investigateur doit se détacher au maximum de toute interprétation lors de la phase de recueil des données, cet élément pose question. Cependant, avec le recul, nous avons constaté que le témoignage recueilli de cette adolescente a été de grande qualité, et que celle-ci s'est montrée reconnaissante d'avoir pu partager des ressentis qu'elle gardait en elle depuis longtemps sans jamais n'avoir eu l'occasion d'en parler. Nous observons à cet égard que la différence d'âge entre les sujets interrogés est minime, sauf pour une adolescente un peu plus âgée, et ne semble pas modifier fondamentalement le contenu des témoignages enregistrés.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que notre étude est mono-centrique, et qu'elle reflète donc le vécu d'adolescents isolés dans un contexte environnemental précis (celui des « Lits Ados »), avec un protocole spécifique et des méthodes de soins propres à celui-ci. Cet élément questionne à nouveau l'absence de protocole standard et de recommandations officielles concernant la mise en chambre

de soins intensifs chez l'enfant et l'adolescent. D'autres études plus larges et sur plusieurs centres différents seront probablement nécessaires pour établir des principes universellement admis et reconnus dans la mise en place de ce soin spécifique à la personne.

4.2. L'impact thérapeutique de l'isolement et ses alternatives

Comme nous l'avons vu précédemment, l'isolement peut prendre, pour l'enfant, la signification d'une punition, alors même que cet aspect du soin est la finalité dont nous cherchons absolument à nous écarter. Dans un article paru en 1997, Tomkiewicz étudie cette question à travers la dualité « punition et soin », comparant ainsi les liens existants entre ces deux notions (Tomkiewicz, 1997). Selon lui, il existe préalablement, dans l'éducation des enfants et à travers le vécu des parents, l'idée de punir pour le bien de l'enfant. La punition se définit comme la « *privation infligée volontairement par une personne à une autre parce qu'elle a commis une action répréhensible* ». Elle est alors définie selon plusieurs axes :

- Trois notions :
 - C'est une **réponse** à un crime, délit, contravention
 - Elle est un **fait intentionnel**
 - Impliquant **au moins 2 protagonistes** : la « victime » de la punition et celui qui la décide. Dans le monde des adultes, on a en plus les exécutants (juges, policiers, etc...).
- Trois bases éthiques :
 - **La loi du plus fort**. Celui qui inflige la punition est toujours plus fort que celui à qui la punition est infligée

- **La loi du Talion** (*œil pour œil, dent pour dent*)
 - **Les codes préétablis** : la punition est appliquée selon la loi écrite et tout ce qui n'est pas interdit est admis et ne peut être punis.
- Deux finalités :
- **Maintien de l'ordre social**, pouvant prendre trois formes distinctes :
 - Suppression du contrevenant : la plus efficace pour les criminels (prison)
 - Empêcher la récidive : souvent inefficace car le risque de récidive à la sortie de prison est élevé
 - Dissuasion des amateurs : selon la maxime « la peur du gendarme est le début de la sagesse », la punition occupe alors une fonction surmoïque, représentante de l'autorité et censée prévenir la réalisation d'un acte interdit par le simple fait d'exister.
 - **Amélioration de la personne punie** : vertus pédagogiques, adaptatives, voire soignantes (morale chrétienne)

Dans les sociétés dites « civilisées » existe l'interdiction absolue des punitions collectives et des punitions cruelles et inhumaines. Nous retrouvons pourtant les reliquats de ces pratiques antiques dans les écoles et les institutions : des classes entières punies pour un seul élève non dénoncé, des dortoirs sanctionnés pour un chahut nocturne dont on ne cherche pas l'auteur... La Convention des Droits de l'Homme et Convention Internationale des Droits de l'Enfant énonce comme peine cruelle toute atteinte corporelle, toute atteinte à l'intégrité du corps. Se dégagent alors une remise en cause profonde des pratiques institutionnelles et la nécessité de bannir des institutions la « punition » et laisser la place au « soin », au sens large du terme.

Concernant la pratique de l'utilisation de la CSI en psychiatrie adulte ou infanto-juvénile, il apparaît qu'un encadrement spécifique des procédures d'isolement et de contentions permet généralement de tempérer le facteur « humain » lors de l'utilisation des mesures de coercition (subjectivité, contre-transfert, encadrement, infrastructure, vulnérabilité, relations interpersonnelles, contexte, etc...). Cependant, il n'est pas aisé de définir précisément ce cadre son rôle dans une institution et les objectifs thérapeutiques qui en découlent.

Cependant, comme le montrent les résultats de notre étude, nous observons qu'un même évènement concentre une grande hétérogénéité de réactions émotionnelles. Celles-ci se manifestent le plus souvent comme l'exacerbation de ressentis existant préalablement à l'annonce de la mesure de mise en chambre de soins intensifs, et restent un souvenir particulièrement marquant de cette période. Certains éléments, au premier rang desquels se situe le vécu d'une mesure punitive, reviennent presque systématiquement, nous permettant de nous interroger une fois de plus sur les limites de ce soin et les contre-attitudes soignantes qui peuvent lui être attachées.

Trois des adolescents évoquent la nécessité d'un dialogue préalable. Ils s'accordent sur l'idée d'avoir souffert du sentiment que personne n'ait cherché à comprendre leur geste ou leur comportement. La décision est vue comme radicale, brutale, punitive, non négociable. Les adolescents réclament également, comme vu précédemment, davantage d'activités, de sorties sur l'extérieur, finalement d'un contact avec ce qui leur permettrait de sortir de l'état archaïque dans lequel ils sont plongés et, semble-t-il, de soulager la tension ressentie à l'égard des soignants. Sortir, c'est alors rencontrer, créer un lien autre, s'échapper du face-à-face.

Le face-à-face avec l'équipe semble par ailleurs créer un transfert unique, trop chargé au niveau libidinal pour être correctement métabolisé par l'adolescent. Comme nous pouvons le voir avec la pratique du psychodrame psychanalytique par exemple, une des idées serait de chercher, pendant la période des soins intensifs, à « fragmenter » davantage le transfert afin de le rendre moins menaçant

et de permettre aux soignants de devenir des supports d'identification acceptables pour le sujet.

Mais comment ? La fragmentation du transfert peut s'envisager selon 4 axes :

- **Par le temps** : nous pensons que plus la durée d'isolement est limitée, moins elle expose l'équipe aux contre-attitudes et à sa volonté de toute-puissance. La limitation dans le temps serait également un moyen de diminuer l'effet de sidération, de soumission et d'ennui, tandis que la levée de la mesure dès la régression de l'agitation obtenue semble nécessaire afin de permettre à l'adolescent de commencer son travail d'élaboration qui demeure en toute circonstance impossible tant qu'il se trouve à l'intérieur de la CSI ;
- **Par des Espaces Tiers** : en amont et en aval, l'idée est de faire diminuer la sensation d'enfermement des adolescents hospitalisés. Fonctionner avec des portes ouvertes, proposer des temps de soin à l'extérieur de l'unité seraient des options à envisager, tandis que l'augmentation des temps passés avec les autres adolescents pendant la durée de l'isolement apporterait sans doute au patient le maintien d'une connexion avec une partie du monde extérieur.
- **Par des Adultes Tiers** : nous pourrions proposer à tous les patients isolés un temps de debriefing (comme les recommandations de l'HAS le proposent d'ailleurs) avec un soignant n'ayant pas participé à la prise en charge du patient pendant sa période de soins intensifs (psychologue, autre médecin, autre soignant, etc...)
- **Pour les soignants eux-mêmes** : proposer une aide à la possibilité pour l'équipe de se distancier plus facilement de son contre-transfert et proposer un temps de supervision extérieur spécifiquement dédié aux prises en charge en CSI.

C'est avec ces questionnements et ces réflexions que nous sommes allés observer ce qui pouvait exister à l'étranger concernant les méthodes d'évitement de la CSI et de leur efficacité.

Une revue de littérature exhaustive des articles parus entre 2000 et 2010 effectuée par une équipe belge propose des résultats intéressants : les interventions de réduction du recours à l'isolement et à la contrainte permettent de diminuer drastiquement celui-ci, avec une réduction globale de 74,7% du taux de mise en chambre de soins intensifs et des durées d'isolement diminuées de 32,4% (Hert et al., 2011).

Dans toutes ces études, il ressort qu'une formation approfondie des soignants travaillant en psychiatrie est absolument nécessaire pour l'apprentissage de la gestion des troubles du comportement chez les patients en état d'agitation. A travers cet apprentissage, peuvent se développer des techniques de gestion du comportement, d'évitement des conflits ou encore d'élaboration psychique de la violence en lien et avec le patient. Ces éléments, indispensable à la réduction de l'utilisation de la chambre de soins intensifs, ont fait preuve de leur efficacité.

L. Bonnafé, dans un article paru dans l'Information Psychiatrique, résume ainsi la nécessité d'un travail de formation et d'accompagnement des professionnels de santé mentale confrontés aux pratiques d'isolement thérapeutique : *« Une connaissance approfondie des attitudes répressives discrètes, subtiles, indirectes, de la vie courante, alimentée par une culture psychiatrique orientée vers la recherche des significations [...] permet d'envisager une domination des attitudes de ce type dans la vie du service. [...] C'est fondamentalement, sur la base d'une compréhension approfondie de ces difficultés que doit se poser le problème de l'application de l'isolement. »* (Bonnafé, 1949).

Il nous semble primordial de retenir cet objectif comme une des conclusions principales de notre étude. Si le vécu des adolescents leur est propre est provient au moins en partie de projections pathologiques, il est fort à parier que le manque de formation spécifiquement dédiée à la pratique des soins intensifs, même dans une équipe expérimentée, peut l'amener malgré elle vers un certain nombre de contre-attitudes involontairement mais profondément excitantes et désorganisatrices pour le sujet isolé.

4.3. Place et point de vue du chercheur au sein de l'étude

4.3.1. Rapport au sujet d'étude et ressentis personnels

Ce travail a été pour moi l'occasion de me plonger en profondeur dans l'intimité des adolescents ayant expérimenté la chambre de soins intensifs durant leur hospitalisation au sein d'un service de psychiatrie fermé. Grâce aux encouragements et à l'investissement sans faille de ma directrice de thèse, j'ai pu m'intéresser de près à ceux que nous imaginons mis au ban de la société. J'ai eu le sentiment de me rendre compte à quel point l'individu isolé en CSI dans un service de psychiatrie représentait l'oubli, au sens large du terme, à savoir celui qui ne serait plus, qui n'existerait plus, et qui finalement se battrait pour son droit à vivre et être reconnu dans son individualité et son humanité. Je visualisais alors l'image d'un long tunnel, celui de la société, laissant ici et là de côté ceux et celles qui n'avaient pu s'y adapter, avec au bout la chambre de soins intensifs, symbole de la marginalisation d'un individu que seuls encore les soins rattachent à un espoir de réinsertion. Beaucoup d'émotions très fortes m'ont traversé tout au long de ce parcours, et je retiendrai ce devoir que nous avons, nous psychiatres, nous soignants de la maladie malade et de l'extrême solitude qu'elle représente, de ne pas oublier. C'est là mon sentiment le plus fort et le plus honnête que je puisse partager ici. Et qu'à cela ne tienne, je m'en fais la promesse.

Ce qui m'a frappé en rencontrant ces jeunes et en les écoutant témoigner de leur vécu en isolement, c'est tout d'abord la mémoire intacte qu'ils en avaient gardée. Pour certains d'entre eux, cette mémoire m'a semblé s'apparenter avec celle que gardent certains patients d'une expérience traumatique, autant dans la clarté absolue avec laquelle ils pouvaient citer les moindres détails de ce qui les entouraient que par l'intensité toujours aussi vive de leurs ressentis. J'ai cru percevoir alors

cette potentialité traumatique de l'isolement, sa capacité d'effraction dans la continuité psychique du sujet et la difficulté à métaboliser la violence qui l'avait accompagné. Ceci a constitué à mon sens l'utilité première de cette étude : permettre à ces adolescents de mettre en mots un traumatisme relativement ancien et les amener à élaborer une pensée construite autour de celui-ci. Sans véritablement l'avoir cherché, il m'a semblé que les entretiens prenaient alors toute leur dimension soignante, dans le sens profond de leur capacité à panser une plaie que le temps n'avait pas permis de refermer, à en raconter une histoire dicible, entendable, dans un contexte rassurant et protecteur de leur intimité. Tous les adolescents m'ont remercié de leur avoir offert cet espace de parole et chacun d'eux s'est saisi avec plaisir du temps de dessin final qui leur était proposé. Finalement, je retiens ce plaisir partagé, celui du récit narratif permettant un début d'internalisation du souvenir traumatique de l'isolement de leur côté, et celui d'entendre toute l'importance qui lui était rattaché du mien.

4.3.2. Du « Moi chercheur » au « Moi clinicien »

Ce travail a évidemment aussi été pour moi l'occasion de réfléchir sur ma pratique en tant que futur médecin assistant de l'unité des « Lits Ados », à l'endroit même où se trouvaient les patients que j'avais interrogés. Si je savais depuis longtemps que la pratique de l'isolement dans les services de psychiatrie était sujette à débat, je ne l'avais personnellement jamais vraiment remise en question dans son utilité. Elle constituait pour moi un outil de soin indispensable des états d'agitation aiguë pour lesquels autre traitement n'était alors envisageable. Si les résultats de notre étude ne permettent pas d'étendre nos conclusions à la psychiatrie dans son ensemble, ils reflètent néanmoins en partie l'importance qu'il nous est nécessaire de consacrer à la remise en question permanente et réflexive de nos pratiques de soins. Concernant la question spécifique de l'utilisation de la chambre de soins intensifs dans les services de psychiatrie infanto-juvéniles, je me suis

directement confronté à mes propres certitudes. L'isolement est-il vraiment un outil essentiel ? Si oui, comment le développer dans le sens du soin et en limiter au maximum toute forme de déviance, d'impact négatif et de vécu de maltraitance ? Si non, quels autres moyens pouvons-nous imaginer pour le remplacer ?

Nous avons parlé dans le paragraphe précédent de plusieurs techniques de management développées essentiellement en Amérique du Nord quant à la prise en charge cognitive et comportemental des états d'agitation dans le but d'éviter le recours à la chambre d'isolement. Nous avons constaté à cet égard que la réduction drastique de celui-ci allait souvent de pair avec une forte augmentation de l'utilisation des traitements médicamenteux et d'une forme de contention chimique dont on peut se poser la question du véritable progrès qu'ils amènent. Dans les résultats de notre étude, nous avons vu comme le vécu négatif de l'expérience des soins intensifs ne correspondait pas forcément à l'amélioration « objective » des troubles du patients, et comme l'ennui et la diminution des stimuli sensoriels, même mal vécus, posaient les fondations d'une reconstruction efficace des enveloppes psychique du sujet.

Il me semble nécessaire de livrer mon point de vue personnel, dans la continuité qui existe entre ma place de chercheur et celle de clinicien : l'isolement, tel qu'il est pensé théoriquement dans sa fonction soignante, me paraît le plus souvent justifié. L'état de régression dans lequel le sujet isolé est amené à évoluer semble permettre une véritable reprise de contrôle « à la base » de ses émotions et de son comportement, et lui permet peu à peu de se recentrer. Cependant, en pratique, ce soin est limité par de nombreux éléments : d'une part le manque de formation soignante spécifique et d'un apprentissage de la gestion du contre-transfert ainsi que du sens que prend le face-à-face soignant pour le sujet, et d'autre part l'absence de dialogue possible avant, pendant, et souvent tout de suite après la période d'isolement, empêchant le travail d'élaboration et d'extériorisation des ressentis négatifs. En ce sens, une amélioration est possible. Les différentes propositions de diffraction du transfert évoquée précédemment en constituent une voie, le mise en

mot rapide et répétée après la sortie de la CSI à travers des méthodes telles que le debriefing en est une autre. Dans tous les cas, le temps d'isolement devra être le plus court possible, de manière à permettre rapidement au patient de retrouver une autonomie psychique qui lui permettra d'initier ce travail de pensée, visiblement impossible à l'intérieur de la CSI. Ainsi, aider le patient à penser c'est l'aider à se séparer, et permettre un inversement de la dynamique de dépendance instaurée au cours de la période d'isolement. S'adapter et alterner sans cesse entre le désir d'indépendance et celui de fusion de l'adolescent, là se trouve toute la difficulté de notre travail.

CONCLUSION

La mise en chambre de soins intensifs est considérée encore aujourd’hui dans la plupart des services de psychiatrie en France et à l’étranger comme un outil indispensable de gestion des troubles du comportement violents.

Nous avons d’abord abordé dans ce travail le contexte historique dans lequel la notion d’isolement avait évolué au cours de siècles, en montrant la relation de longue date qui existait et qui existe parfois encore entre les dimensions soignantes et punitives (ou au moins coercitives) des moyens apportés aux institutions garantes de la prise en charge des patients agités. L’isolement comme mesure thérapeutique et non administrative est d’ailleurs loin de faire l’unanimité, puisqu’elle est en ce sens une spécificité française. Il ne nous a pas échappé par ailleurs que les nouvelles recommandations de bonnes pratiques concernant l’isolement et la contention éditées par la Haute Autorité de Santé dans la dernière « Loi Santé » de 2017 ne spécifie ou n’encadre aucunement les modalités de ces mesures de contrainte chez l’enfant et l’adolescent.

Par la suite, l’étude approfondie de l’ensemble des mouvements psychiques survenant à l’adolescence nous a permis de mieux comprendre et caractériser les éléments épidémiologiques et psychopathologiques des patients isolés dans les services de psychiatrie infanto-juvéniles. Afin d’aller encore plus loin dans les connaissances que nous avons sur ce sujet, nous avons décidé de nous intéresser à ce qu’il se passait de l’autre côté de la porte, à l’intérieur même de l’intimité psychique des sujets isolés, de leurs ressentis et de leur vécu.

Après avoir réalisé une revue de littérature exhaustive sur la question du vécu des patients en chambre de soins intensifs dans les services de psychiatrie adultes et enfants, il nous a paru essentiel de proposer une nouvelle approche dans le recueil du vécu, en passant par la libre

expression des patients interrogés et non par des questionnaires standardisés. Notre projet de recherche a pu alors voir le jour : une étude qualitative sur le vécu des adolescents isolés.

Au final, nos résultats montrent que la mise en chambre de soins intensifs constitue un soin d'urgence pour un état d'urgence psychique. Pour le patient, il s'agit davantage d'un outil d'apaisement que d'un soin. Pourtant, nous savons que les équipes soignantes travaillant dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont le plus souvent maternantes, au chevet de nos patients et les plus contenant possibles. Mais l'expérience rapportée par les adolescents nous confronte à une réalité parallèle. L'isolement est le plus souvent vécu de manière intensément négative, punitive, parfois traumatique. L'environnement immédiat de la chambre de soins intensifs, à savoir les murs d'une part et les soignants d'autre part, est lui une source de conflit psychique, d'attaque de l'Idéal du Moi et de retour à un état archaïque de dépendance insupportable. Les soignants, caregivers forcément défailants car trop absents en comparaison de ce qui est attendu par le patient, sont dans la position impossible de l'adulte bienveillant en charge de faire respecter une autorité soignante tout en devant s'attribuer le rôle de substitut maternel autour duquel, souvent, l'adolescent concentre sa lutte entre son désir d'autonomie, son besoin d'attention permanente et ses angoisses d'intrusion.

Ainsi, le passage à une autre perspective, celle du regard des patients et non plus de nous autres soignants, nous pousse à nous questionner davantage sur les modalités encadrant la prise en charge en chambre de soins intensifs. Si un service choisit de se doter d'un tel outil, celui-ci doit être pensé, mis en place et évalué au regard des problématiques soulevées par le vécu que les adolescents en ont. En ce sens, nous pouvons imaginer qu'un protocole standard d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins en isolement puisse être créé, en accord avec les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé. Celui-ci devra reprendre, au cours d'entretiens multiples avec l'adolescent et après sa sortie effective de la CSI, l'ensemble des ressentis du sujet, les souvenirs émotionnels qu'il en garde et un retour des soignants sur les raisons de leur intervention.

En toute circonstance, le dialogue, outil le plus précieux de différenciation psychique, devra être mis au centre du processus thérapeutique.

Dans son livre sur l'isolement en psychiatrie, D. Friard résume ainsi la problématique de l'isolement : « *L'isolement, fils de l'enfermement, repose sur un paradoxe qui lie autant qu'il les oppose la fonction thérapeutique et la fonction répressive, les attentes de l'individu et les enjeux de la société, le rapprochement et le retranchement, le dialogue et la maîtrise* » (Friard, 2002).

C'est tout notre travail que de permettre, à terme, une évolution positive de ce paradigme, dans un objectif qui restera toujours le même, celui d'être au service de nos patients, de les écouter pour mieux les comprendre, de mieux les comprendre pour mieux les soigner.

BIBLIOGRAPHIE

Allen J.J., Seclusion and Restraint of Children : A Literature Review, *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing* 13, n°4, 2000.

ANAES, Recommandation Isolement, consulté le 17 juin 2016, http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/isolement_anes.html.

Angold A. et Pickles A., Seclusion on an Adolescent Unit, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, n°6, 1993 : 975-89.

Berger M. et al., L'enfant très violent, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol.55, 2007.

Bernstein D.A., *Psychology, 10th Edition*, consulté le 6 août 2016, http://www.cengage.com/search/productOverview.do?Ntt=bernstein|17547015815616193138973679011341568754&N=16&Ntk=APG|P_EPI&Ntx=mode+matchallpartial.

Binder R.L., The Use of Seclusion on an Inpatient Crisis Intervention Unit, *Hospital & Community Psychiatry* 30, n°4, 1979 : 266-69.

Binder R.L. et McCoy S.M., A Study of Patients' Attitudes toward Placement in Seclusion, *Hospital & Community Psychiatry* 34, n°11, 1983 : 1052-54.

Bion W.R., *Aux sources de l'expérience*. Paris. PUF. 1979.

Bonnafé L., Réflexions sur l'isolement thérapeutique (le problème des « cellules » et des chambres à l'hôpital psychiatrique) », *L'Information Psychiatrique* 6, 1949.

Bornstein P. E., The Use of Restraints on a General Psychiatric Unit, *The Journal of Clinical Psychiatry* 46, n°5, 1985 : 175-78.

Briand M., L'utopie asilaire, *Nervure*, no 1, 1988.

Cano N. et al., Patients' perception of seclusion in psychiatry: ethical perspectives, *L'Encéphale*, n°37 Suppl 1, 2011 : S4-10.

Convertino K., Pinto R.P., et Fiester A.R., Use of Inpatient Seclusion at a Community Mental Health Center, *Hospital & Community Psychiatry* 31, n°12, 1980 : 848-50.

Cotton N.S., The Developmental-Clinical Rationale for the Use of Seclusion in the Psychiatric Treatment of Children, *The American Journal of Orthopsychiatry* 59, n°3, 1989 : 442-50.

Daumezon G. et Koechlin P., La psychothérapie institutionnelle française contemporaine, *Psychiatrie française* 41, n°3, 2011 : 7-27.

Donovan A. et al., Two-Year Trends in the Use of Seclusion and Restraint among Psychiatrically Hospitalized Youths, *Psychiatric Services* 54, n°7, 2003 : 987-93.

Drossart F., Approches psychotherapiques de la violence, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 6-7, n°50, 2002 : 542-45.

Duggan C.H. et Dijkers M., Quality of Life after Spinal Cord Injury: A Qualitative Study, *Rehabilitation Psychology* 46, n°1, 2001 : 3-27.

Earle K.A. et Forquer S.L., Use of Seclusion with Children and Adolescents in Public Psychiatric Hospitals, *The American Journal of Orthopsychiatry* 65, n°2, 1995 : 238-244; discussion 245-248.

El-Badri S. et Mellsop G., Patient and Staff Perspectives on the Use of Seclusion, *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 16, n°4, 2008 : 248-52.

- Erickson W.D. et Realmuto G., Frequency of Seclusion in an Adolescent Psychiatric Unit, *The Journal of Clinical Psychiatry* 44, n°7, 1983 : 238-41.
- Fassler D. et Cotton N.S., A National Survey on the Use of Seclusion in the Psychiatric Treatment of Children, *Psychiatric Services* 43, n°4, 1992 : 370-74.
- Finke L.M., The Use of Seclusion Is Not Evidence-Based Practice, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing : Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc* 14, n°4, 2001 : 186-90.
- Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
- Freud A., *Le Moi et les mécanismes de défense*, GIL, LE CONFLIT, 1936.
- Friard D., La chambre d'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?, *L'isolement en psychiatrie, séquestration ou soin ?*, Editions Hospitalières, Masson, 2002.
- Garrison W.T., Aggressive Behavior, Seclusion and Physical Restraint in an Inpatient Child Population, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23, n°4, 1984 : 448-52.
- Goren S. et Curtis W.J., Staff Members' Beliefs about Seclusion and Restraint in Child Psychiatric Hospitals, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc* 9, n°4, 1996 : 7-14.
- Gullick K. et al., Seclusion of Children and Adolescents : Psychopathological and Family Factors, *International Journal of Mental Health Nursing* 14, n°1, 2005 : 37-43.
- Hammill K., Seclusion: Inside Looking Out, *Nursing Times* 83, n°5, 1987 : 38-39.
- Haute Autorité de Santé, Isolement en psychiatrie générale, consulté le 29 avril 2017, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2751003/fr/isolement-en-psychiatrie-generale.
- Hert M. et al., Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review, *European Child & Adolescent Psychiatry* 20, n°5, 2011 : 221-30.
- Hoekstra T., Lendemeijer H.H.G.M., et Jansen M.G.M.J., Seclusion : The inside Story, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, n°3, 2004 : 276-83.
- Houssier F., Un pionnier dans l'histoire de la psychanalyse : August Aichhorn et le traitement de la délinquance dans la première moitié du XXème siècle, *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, Le Temps de l'histoire, n°6, 2004 : 45-67.
- INSERM, Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, 2003.
- Irwin M., Are seclusion rooms needed on child psychiatric units?, *American Journal of Orthopsychiatry* 57, n°1, 1987 : 125-26.
- Jeammet P., La violence à l'adolescence : une défense identitaire, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2002.
- Jeammet P. et Kestemberg E., *Le psychodrame psychanalytique à l'adolescence*, Paris, GREUPP, 2015.
- Kestemberg E., Les psychothérapies des adolescents, *Confrontations psychiatriques*, n°7, 1971.
- Kirkpatrick H., A Descriptive Study of Seclusion : The Unit Environment, Patient Behavior, and Nursing Interventions, *Archives of Psychiatric Nursing* 3, n°1, 1989 : 3-9.

Lendemeijer H., Landeweerd J., Nijhuis F., Separatie in de intramurale psychiatrie : een onderzoek naar beïnvloedende factoren, *Verpleegkunde* 194, n°3, 1993.

Madan A. et al., Efforts to Reduce Seclusion and Restraint Use in a State Psychiatric Hospital : A Ten-Year Perspective, *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 65, n°10, 2014 : 1273-76.

Marandon de Montyel E., La nouvelle hospitalisation des aliénés par la méthode de liberté, et son application à Ville-Évrard, *Annales médico-psychologiques*, 1896.

Magloire D., *Histoire de la section des enfants de Bicêtre / par Bourneville*, Paris, Bataille, 1892.

Mann L.S., Wise T.N., et Shay L., A Prospective Study of Psychiatry Patients' Attitudes toward the Seclusion Room Experience, *General Hospital Psychiatry* 15, n°3, 1993 : 177-82.

Martinez R.J., Grimm M., et Adamson M., From the Other Side of the Door: Patient Views of Seclusion, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 37, n°3, 1999 : 13-22.

Masters K.J. et al., Summary of the 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 and Adolescent Psychiatry* 40, n°11, 2001 : 1356-58.

Meehan T., Bergen H., et Fjeldsoe K., Staff and Patient Perceptions of Seclusion: Has Anything Changed?, *Journal of Advanced Nursing* 47, n°1, 2004 : 33-38.

Meehan T., Vermeer C., et Windsor C., Patients' Perceptions of Seclusion : A Qualitative Investigation, *Journal of Advanced Nursing* 31, n°2, 2000 : 370-77.

Mental Health Act, The Mental Health Act, *Mental Health Services - NHS Choices*, consulté le 28 avril 2016, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Pages/TheMentalHealthAct.aspx>.

Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1962.

Millstein K.H. et Cotton N.S., Predictors of the Use of Seclusion on an Inpatient Child Psychiatric Unit, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 29, n°2, 1990 : 256-64.

Morel P. Quérel C., *Les médecins de la folie*, Pluriel, Hachette, 1985.

Myquel M., Aspects psychopathologiques de la violence, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, La violence. Sources et devenir*, 50, n°6, 2002 : 413-18.

Nadereau L. 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* 61, n°2, 2013 : 72-80.

Norris M.K. et Kennedy C.W., The View from within : How Patients Perceive the Seclusion Process, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 30, n°3, 1992 : 7-13.

Okin R.L., Variation among State Hospitals in Use of Seclusion and Restraint, *Hospital & Community Psychiatry* 36, n°6, 1985 : 648-52.

Oldham J.M., L. M. Russakoff, et L. Prusnofsky, Seclusion. Patterns and Milieu, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 171, n°11, 1983 : 645-50.

Oury J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Payot, Paris, 1976.

Oxfoz, Publication du rapport d'activité 2016, Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, 22 mars 2017, <http://www.cglpl.fr/2017/publication-du-rapport-dactivite-2016/>.

Palazzolo J., Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie, *Médecine et Psychothérapie*, Paris, Masson, 2002.

Palazzolo J., Chignon J.M., et Chabannes J.P., The use of therapeutic isolation and confinement in psychiatry. A prospective study, *L'Encephale* 25, n°5, 1999 : 477-84.

Palazzolo J., À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients, *L'Encéphale* 30, n°3, 2004 : 276-84.

Patton M.Q., Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry: A Personal, Experiential Perspective, *Qualitative Social Work* 1, n°3, 2002 : 261-83.

Perret, Santé Mentale - Le vécu en chambre d'isolement : dossier téléchargeable du N° 139, 2009, consulté le 25 août 2016, <http://www.santementale.fr/boutique/acheter-dossier/le-vecu-en-chambre-d-isolement.html>.

Phillips P. et Nasr S.J., Seclusion and Restraint and Prediction of Violence, *The American Journal of Psychiatry* 140, n°2, 1983 : 229-32.

Plutchik R. et al., Toward a Rationale for the Seclusion Process, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 166, n°8, 1978 : 571-79.

Racamier P.C., Le soin institutionnel des psychotiques : nature et fonction, *L'Information Psychiatrique* 46, n°8, 1970.

Rochet T. et De Villard R., La contention et l'isolement de l'adolescent violent : entre légalité et légitimité, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 50, 2002 : 453-57.

Roustic C., Marquette C., et Maranda F., Les chambres d'isolement : éthique d'une intervention de soins dans les troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent, *Annales médico-psychologiques*, vol. 157, 1999 : 238-44

Saimi-Belarbi N. et Sorci-Cuttaia K., Violence de l'institution, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, La violence. Sources et devenir*, 50, n°6, 2002 : 512-14.

Sartre J.P., *L'Être et le néant*, Bibliothèque des idées, Paris, Gallimard, 1943.

Schwab P.J. et Lahmeyer C.B., The Uses of Seclusion on a General Hospital Psychiatric Unit, *The Journal of Clinical Psychiatry* 40, n°5, 1979 : 228-31.

Smith J.A., Flowers P., Larkin M., *Interpretative Phenomenological Analysis*, Sage, 2009.

Soliday S.M., A Comparison of Patient and Staff Attitudes toward Seclusion, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 173, n°5, 1985 : 282-91.

Soloff P.H. et Turner S.M., Patterns of Seclusion. A Prospective Study, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 169, n°1, 1981 : 37-44.

Tardiff K., Emergency Control Measures for Psychiatric Inpatients, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 169, n°10, 1981 : 614-18.

Tomkiewicz S., Puniton et Soins, *La bienveillance existe-t-elle ?*, 1997.

Toulouse, Les pages oubliées : de l'emploi des cellules par Parchappe, *Revue de psychiatrie*, n°9, 1897.

Van der Laan M.C., Rietveld T., et de Boer S.B.B., « How do adolescent inpatients experience seclusion and other coercive measures ? », *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 58, no 6 (2016) : 471-75.

Van Der Merwe M. et al., « Improving Seclusion Practice: Implications of a Review of Staff and Patient Views », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20, no 3 (avril 2013): 203-15, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x>.

Veltkamp E. et al., « Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands », *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 59, no 2 (février 2008): 209-11.

Vishnivetsky S. et al., « Seclusion Room vs. Physical Restraint in an Adolescent Inpatient Setting: Patients' Attitudes », *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 50, no 1 (2013): 6-10.

Wadeson H. et Carpenter W.T., « Impact of the Seclusion Room Experience », *The Journal of Nervous and Mental Disease* 163, no 5 (novembre 1976) : 318-28.

Way B.B., « The Use of Restraint and Seclusion in New York State Psychiatric Centers », *International Journal of Law and Psychiatry* 8, no 4 (1986) : 383-93.

Welniarz B. et Medjdoub H., « L'utilisation de l'isolement thérapeutique au cours des hospitalisations à temps plein en psychiatrie infantojuvénile », *L'Information Psychiatrique* 81, no 9 (1 novembre 2005) : 789-95.

Welniarz B. et Medjdoub H., « L'hospitalisation temps plein en psychiatrie infantojuvénile : un état des lieux », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55, no 7 (2007) : 401-6.

ANNEXES

**ANNEXE 1 : Fiche de surveillance d'un patient en
isolement**

**ANNEXE 2 : LETTRES D'INFORMATION ET
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

LETTRE D'INFORMATION AUX PARENTS

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous réalisons une étude visant à décrire le vécu des adolescents ayant nécessité un temps en chambre de soins intensifs (également appelée « chambre d'apaisement » ou encore « chambre d'isolement ») pendant leur hospitalisation dans l'unité des « Lits Ados » du service de pédopsychiatrie du CHI Robert Ballanger.

Nous proposerons à votre enfant, avec son accord et le vôtre, un entretien de quarante minutes environ pendant lequel nous recueillerons son témoignage quant à son expérience de l'isolement. Il ou elle pourra s'exprimer librement (aussi bien positivement que négativement) sur tous les points qui lui paraîtront pertinents. L'entretien individuel avec votre enfant nous semble nécessaire à la fiabilité de celui-ci. Vous pouvez l'accompagner à cet entretien et dialoguer avec l'investigateur si vous le souhaitez, mais l'entretien se déroulera avec votre enfant seulement. Cette recherche a pour cadre un travail de thèse de médecine réalisée par Julien AMAR, interne en psychiatrie et investigateur de l'étude. Elle se déroule en collaboration avec le service de pédopsychiatrie, mais indépendamment de l'équipe des « Lits Ados ». Les propos recueillis ne seront pas transmis aux intervenants que vous avez rencontrés lors de l'hospitalisation de votre enfant, sauf sous la forme finale des résultats de l'étude, après anonymisation. Les enregistrements seront détruits après leur retranscription.

Sur le plan pratique, nous nous proposons de rencontrer votre enfant, selon vos disponibilités, dans des locaux du service de pédopsychiatrie, dans l'aile réservée aux consultations, afin de réaliser cet entretien. Par ailleurs, s'il vous était difficile de vous déplacer, ou pour une quelconque autre raison qui vous serait propre, nous pourrions venir vous rencontrer dans le lieu de votre choix. Cet entretien que nous proposons à votre enfant n'est pas un temps de soin. Il est gratuit, non dédommagé. Votre enfant peut se retirer à tout moment, même pendant l'entretien. Aucun contact ne sera pris avec les intervenants passés ou actuels des prises en charge de celui-ci, excepté le médecin superviseur de l'étude le Docteur Lise Nadereau. Vous pourrez, si vous le souhaitez, être tenu informé des résultats globaux de cette étude. Dès aujourd'hui, et si vous acceptiez de faire participer votre enfant, vous pouvez prendre contact avec nous, par mail (dr.julien.amar@gmail.com) ou par téléphone (0149367337 ou 0663235795), afin de convenir d'une date de rencontre. En l'absence de réponse de votre part, nous nous permettrons de vous contacter par téléphone dans les prochaines semaines. Si d'ores et déjà vous ne souhaitez pas que votre enfant participe à cette étude, nous vous proposons de nous le faire savoir par mail ou téléphone, afin que nous ne vous sollicitons pas davantage. Nous vous invitons à en discuter autour de vous, et avec les intervenants de la prise en charge de votre enfant si vous le souhaitez. **Nous joignons à ce courrier, pour information, une copie du formulaire que nous vous proposerons de signer au moment de votre participation, et sommes à votre disposition pour répondre à toute question.**

Nous vous remercions par avance pour votre attention et votre confiance, et vous prions de croire, Chère Madame, Cher Monsieur, à l'expression de notre plus sincère considération.

Julien Amar - Investigateur de l'étude

LETTRE D'INFORMATION AUX ADOLESCENTS

Nous voulons savoir si vous souhaitez participer à ce projet de recherche. Avant de décider, vous devez comprendre l'objectif du projet et ce qu'il implique. Nous vous remercions de lire attentivement cette lettre d'information.

- **Quel est l'objectif de ce projet ?**

Partant de l'idée que les patients eux-mêmes ont beaucoup à nous apprendre de leurs expériences des soins psychiatriques, nous souhaitons par l'intermédiaire de cette étude interroger les adolescents ayant nécessité une mise en chambre de soins intensifs. Nous voulons préciser leur vécu, leurs ressentis ainsi que leur avis global de leur expérience de la chambre de soins intensifs. Nous voudrions ainsi donner la parole aux adolescents afin que leur récit et leur expérience puissent constituer une base de travail sur l'amélioration des protocoles de soins intensifs et la recherche d'alternatives concrètes à celui-ci.

- **Pourquoi vous proposons-nous de participer à cette étude ?**

Vous avez été hospitalisé(e) dans le service des « Lits Ados » du service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger et vous avez nécessité une période d'hospitalisation en chambre de soins intensifs. Si vous (et, si vous êtes toujours mineur(e), vos parents ou la personne ayant autorité) êtes d'accord pour participer à cette étude, le but sera de recueillir votre vécu de ce moment. Il s'agit d'avoir votre point de vue subjectif sur la question, qu'il soit positif, négatif ou partagé.

- **Qui vérifie que le projet est justifié et répond aux règles d'éthique et de déontologie ?**

Avant qu'une recherche puisse être menée à bien, elle doit être vérifiée par un Comité d'Éthique, chargé de garantir que la recherche est valide et éthiquement acceptable. Ce projet a été soumis au Conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé (CERES) de l'Université Paris Descartes. Tous les entretiens seront anonymes et confidentiels, c'est-à-dire que ni votre nom ni votre adresse ne seront communiqués. En l'absence de toute intervention active (cette étude est basée sur des entretiens), l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP), qui intervient dans le cadre d'une recherche interventionnelle, n'est pas requis par la loi. Par ailleurs aucun fichier nominatif informatique ne sera constitué.

- **Votre participation est-elle obligatoire ?**

Absolument pas. Cela dépend de vous. Si vous ne participez pas à l'étude, cela ne modifiera ni votre prise en charge actuelle, ni une éventuelle prise en charge future au sein du service des « Lits Ados » collaborant avec l'investigateur. Si vous décidez de participer après avoir lu ces informations et avoir posé toutes vos questions, le chercheur vous demandera de signer le formulaire figurant à la fin de cette fiche. Il vous remettra une copie du formulaire que vous signerez et que vous devrez conserver. Vous pourrez à tout moment

et sans conséquence retirer votre accord. Vous serez également libre de vous retirer au cours de l'entretien si celui-ci vous met trop en difficulté.

- **Comment cela va-t-il se passer ?**

Nous vous proposerons un entretien d'une durée de 40 minutes environ. L'investigateur vous posera des questions auxquelles vous pourrez répondre ce que vous voudrez, comme vous le voudrez. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Seul compte le recueil de vos ressentis subjectifs dont vous seul décidez de la pertinence. L'entretien sera enregistré puis retranscrit de manière anonyme via un logiciel de traitement des données. Les entretiens seront détruits après leur retranscription. Les résultats seront regroupés à la fin de la recherche et leur publication ne comportera pas de données individuelles ni d'éléments qui pourraient vous identifier. Vous devez vous sentir libre d'informer l'investigateur de toute difficulté ressentie avant ou pendant l'entretien.

Vous pourrez, si vous le souhaitez, être tenu informé des résultats globaux de l'étude.

Je vous remercie par avance pour votre éventuelle participation et vous prie de bien vouloir accéder au formulaire de consentement que vous trouverez ci-joint sur une feuille séparée.

Julien AMAR

Pour tout renseignement complémentaire concernant cette recherche, vous pouvez contacter Julien Amar, investigateur de l'étude (dr.julien.amar@gmail.com).

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PARTICIPANT :

- *Je comprends que le contenu de cet entretien est protégé par le principe de la confidentialité et que les données seront utilisées de manière anonyme et non- identifiable uniquement pour les objectifs de la recherche.*
- *Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.*
- *J'ai pu poser toutes les questions relatives à ma participation à l'investigateur.*
- *J'ai noté que je peux retirer ma participation à tout moment et sans conséquence, même pendant l'entretien.*

Nom et Prénom : Date :

Signature :

PARENT / REPRESENTANT LEGAL :

- *En tant que parent, je donne mon accord pour que mon enfant participe volontairement à cet entretien pour les objectifs de la recherche et dans les conditions précisées ci-dessus (si l'enfant est majeur, il doit donner lui-même son accord).*

Nom et Prénom : Date :

Signature :

ANNEXE 3 : PHOTO-ELICITATION



ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-STRUCTURES

VECU ADOLESCENT EN CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS

- Pourriez-vous décrire votre état avant et au moment de l'annonce de la mise en chambre d'isolement ?
- Avez-vous cherché à lutter contre la prescription de ce soin ou vous y êtes-vous dirigé facilement ? Dans tous les cas, expliquez pourquoi.
- Pourriez-vous décrire votre état émotionnel et physique à l'intérieur de la chambre de l'isolement ?
- Avez-vous perçu une évolution de vos ressentis après quelques temps passés dans la chambre d'isolement ? Précisez.
- Comment décririez-vous l'attitude des soignants et des médecins pendant cette période d'isolement ? Avez-vous perçu un changement dans la relation aux autres au décours de l'isolement (médecins, soignants, patients) ?
- Quel événement a été le plus marquant pour vous concernant cet isolement ?

- Faites-vous un lien entre cette expérience d'isolement et un souvenir particulier de votre enfance ou de votre adolescence ?

- Pensez-vous que la mise en chambre d'isolement aurait pu être évitée ? Si oui, pourquoi et comment ?

- Proposition d'un temps de dessin, au choix parmi les propositions :
 - 1. Dessin représentant l'entrée dans la CSI
 - 2. Dessin sur le vécu en CSI
 - 3. Dessin sur le moment de la sortie de la CSI

ANNEXE 5 : AVIS FAVORABLE CERES ET CPP



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

Conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé (CERES)

Présidente : Jacqueline Fagard

N° 2017 - 18

PROTOCOLE : Vécu des adolescents en chambre de soins intensifs

Noms du/ des chercheur(s) : J. Amar et L. Nadereau

Email pour la correspondance :
dr.julien.amar@gmail.com
Lise.Nadereau@ch-aulnay.fr

Labo/ Service :

Service de pédopsychiatrie
Hôpital intercommunal Robert Ballanger
93602 AULNAY sous BOIS cedex

Évalué à la séance du 28/02/2017

AVIS : Favorable

N°CERES : 201718

Jacqueline Fagard

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-EST I

Président : M. Philippe RUSCH - Vice-Présidente : Mme Isabelle GRANGE - Secrétaire : Mme Anne GROSSELIN - Trésorier : Pr Frédéric ROCHE

Date du comité	12/06/2017	Référence CPP	2017-36
Projet relatif à	PROJET DE RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE ET DE TYPE NON INTERVENTIONNEL QUI NE COMPORTE AUCUN RISQUE NI CONTRAINTE (Article L.1121-1, 3° CSP)		
Réception datée du	02/06/2017		
Demande d'avis concernant un	Projet initial		
Dans le cadre d'une	Première soumission		
Documents concernés	Protocole	Version 2	07/07/2017
	Lettre d'information au patient	Version 1	03/05/2017
	Formulaire de consentement	Version 1	03/05/2017
Numéro EudraCT ou ID RCB	2017-A01317-46	Réf. Promoteur	
Titre du projet	Vécu des adolescents en chambre de soins intensifs (chambre d'isolement) - une étude qualitative monocentrique."		
Promoteur	Dr Clémentine RAPPAPORT / CHI ROBERT BALLANGER		
Investigateur	Mr Julien AMAR, interne DES Psychiatrie		
Avis du comité après examen, réexamen ou prise en compte des réserves mineures émises lors de la délibération initiale	Conformément à l'Article L 1123-7, le comité a adopté la délibération suivante :		
	AVIS FAVORABLE		
	Article R 1123-28 CSP : Cet avis sera caduc (sauf prorogation) si la première inclusion n'est pas réalisée avant le :		19/07/18
Ont participé à la délibération	Membres du comité	Titulaires	Suppléants
1er collègue	Qualifiés en recherche biomédicale	Pr. D. GUYOTAT	
		Dr. P. FOURNEL	Dr. C. BERGER
	Compétents en biostatistique ou épidémiologie	M. P. RUSCH	
		Mme I. CARRIERE	
		M. X. SIMOENS	
2ème collègue	Compétents en questions éthiques	Mme C. SOLER	
		Mme. I. GRANGE	
	Psychologues		
	Travailleurs sociaux		
	Juristes	Mme I. RAMOS	
Représentants d'associations agréées de malades et usagers du système de santé	Mme K. MAUCHAND		
	M. F. FAISAN		
		M. G. BERNE	

A Saint-Etienne, le 19/07/17

Le Président - M. Philippe RUSCH

Siège Social : CHU de Saint-Etienne - Direction des Affaires Médicales et de la Recherche
Hôpital Bellevue - Pavillon 31 - 42055 SAINT-ETIENNE Cedex 2
Téléphone : 04.77.12.70.09 - Télécopie : 04.77.12.70.15
email : cpp.sudest1@chu-st-etienne.fr

ANNEXE 6 : Protocole de mise en CSI aux Lits

Ados



Centre Hospitalier Intercommunal
Robert Ballanger

93602 AULNAY SOUS BOIS CEDEX

SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT
Unité D'Hospitalisation pour Adolescents
« LITS ADOS »

Tél. : 01 49 36 73 37
Télécopie : 01 49 36 72 46

lits.ados@ch-aulnay.fr

PRESCRIPTION
D'ISOLEMENT¹

Etiquette

Date :

Prescripteur : Dr

Date d'entrée en isolement : J + / Date et heure sortie :

Motif de mise en isolement :

- **Chambre :** Fermée stricte
 - Ouverte sur salon accès libre aux sanitaires oui non
 - Ouverte sur service horaires :
 - Ouverte sur service sans limitation
- Surveiller les constantes (Pouls -tension-température) ⇨
- Passage des soignants toutes les en journée / la nuit
- Surveillance par rapport à risque particulier :
 - automutilation suicidaire risque métabolique liée au traitement
 - confusion température de la chambre (< 18° ou > 25°)
 - autre risque.....
- Absence de contre-indication à l'isolement vérifiée : oui non
- Absence d'objets dangereux vérifiée : oui non
- Mise en pyjama : oui non
- Objets autorisés dans la chambre :
- Repas : en chambre fermée stricte
 - dans le salon : petit déjeuner déjeuner 16h diner
 - dans le service : petit déjeuner déjeuner 16h diner
- Participation aux activités : non
 oui (sauf
- Appel : oui non
- Visite : oui non

Signature :

¹ Recommandations HAS 2017 : indication limitée à 12h. Prolongement à justifier avec nouvelle prescription.

PROTOCOLE DE MISE EN CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS *UNITE DES LITS ADOS*

La pratique de mise en chambre de soins intensifs (CSI) répond à un cadre légal précis chez les majeurs hospitalisés. Elle fait l'objet de recommandations et de démarches qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par la Haute autorité de santé [HAS].

Comme le précise la dernière conférence des présidents de CME, cette pratique doit s'inscrire « *dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et comprenant de nombreux aspects: une décision, un accompagnement humain, une délivrance de soins et une surveillance professionnelle de proximité* » et qu'elle « *ne peut pas "relever de la banalité de la pratique quotidienne et en aucun cas constituer une réponse à des questions d'ordre disciplinaire, d'effectifs soignants ou [de] convenance institutionnelle* ».

Il est applicable auprès des mineurs hospitalisés avec certaines spécificités.

1. Dispositions techniques : cadre architectural et matériel

La chambre de soins intensifs comprend :

- **La chambre de soins intensifs** : surface de 10m² comprenant un lit sans armature au sol avec matelas ignifugé (literie non ignifugée), une ouverture sur l'extérieure avec une fenêtre sécurisée.
L'accès à la CSI est délimité par une porte équipée d'une serrure 3 points, elle s'ouvre côté « petit salon ».
Elle est équipée d'un hublot permettant de voir à l'intérieur de la chambre et au patient de voir le soignant qui va venir le voir en chambre.
La fenêtre est équipée d'un volet roulant dont la commande n'est accessible qu'à l'extérieur de la CSI.
Il existe une insonorisation partielle mais permettant aux soignants d'entendre demandes ou manifestations inhabituelles facilement.
L'éclairage et les circuits électriques ne sont pas accessibles.
Le radiateur intérieur à la CSI est revêtu d'un coffrage métallique.
- **Le petit salon** : surface de 12m²
Comprend un mobilier en mousse solide et une table
Une fenêtre sécurisée donnant sur l'extérieur
- **La salle de bain** : surface de 3.5m²
Elle est équipée d'une douche, de WC et d'un lavabo.
L'accès peut être limité ou interdit selon la prescription médicale.

La salle de bain et la CSI donnent sur le petit salon qui communique avec le reste du service par deux portes (accès sur l'entrée du service et accès sur le poste de soins).

2. Dispositions médico-administratives

a. Responsabilités respectives des différents acteurs.

Prescription médicale de la CSI

- toute mise en CSI initiale doit être **prescrite par un médecin sénior** (praticien hospitalier, assistant) qui doit être facilement **identifiable**.
- toute prescription **nécessite un examen clinique** du patient concerné
- s'assurer du caractère dit « de dernier recours » de la mesure. A cet égard **il doit être retranscrit dans le dossier du patient les actions menées au préalable pour éviter cette mesure** et le patient doit être informé sans délai de sa mise en place.
La décision d'isolement fait l'objet d'une concertation avec l'équipe de soins et prend en compte notamment l'évaluation du bénéfice/risque. Dans toute la mesure du possible, les professionnels s'efforcent d'expliquer au patient pourquoi cette mesure ne peut pas être évitée.
- la durée de **validité est de 24h** au maximum. Son **renouvellement doit être argumenté et tracé** dans le dossier médical. Passage et examen du patient par un médecin par 24 h.
- La décision d'isolement ou de contention **ne peut être anticipée** par un certificat médical indiquant "si besoin", ni être systématisée, notamment en raison de la situation administrative du patient (soins sans consentement etc.)
- la mise en CSI peut être réalisée par l'équipe infirmière des *Lits Ados* mais doit être **confirmée par un médecin dans l'heure si la situation ne permet de faire intervenir d'emblée le médecin sénior**.

Information des familles / titulaire

Les parents (les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale) sont informés systématiquement de la prescription de mise en CSI.

Pour les adolescents (mineurs) : l'accord du titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ou du juge pour enfants en ce qui concerne l'application de toute mesure de soins spécifiques, en particulier l'isolement.

Ils doivent recevoir les infos nécessaires sur les raisons et les buts de la mise en CSI.

Information aux équipes de sécurité

L'équipe soignante doit informer l'équipe de sécurité incendie de l'installation d'un adolescent en CSI et sa sortie définitive, en respectant l'anonymat du patient.

Information des médecins de garde / astreinte ; cadre de garde

Le début et la fin de toute mesure d'isolement doivent être portés à la connaissance du psychiatre de garde, de l'interne d'astreinte et du cadre de garde.

Il en est de même de toute situation critique ou potentiellement dangereuse concernant un patient installé en CSI. Ceci afin d'améliorer l'efficacité de leur intervention.

b. Soins et surveillance pendant la durée de l'isolement

Accompagnement en CSI

- S'assurer que les moyens nécessaires sont réunis pour que la mise en CSI s'effectue dans les conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- L'absence de tout objet dangereux doit être vérifiée dans la CSI ainsi que sur le patient. L'équipe infirmière est invitée à demander systématiquement au patient de se dessaisir de tout objet qu'il pourrait détenir sur lui, voire à pratiquer une fouille si nécessaire, avant la première mise en CSI et à chaque réintégration dans la pièce.
- Une mise en pyjama peut être décidée et précisée sur la prescription médicale. Toutefois, l'utilisation de vêtements autres que ceux du patient ne doit être strictement limitée et réservée qu'à de rares situations motivées par des arguments cliniques et/ou d'hygiène. Elle ne peut en aucun cas être systématisée pour des motifs institutionnels.
- la disponibilité de sa chambre doit être assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.

Surveillance médicale

- Nécessité de deux visites médicale par 24h lors des isolements en chambre strict et d'une visite médicale par 24h lors des isolements avec temps dans le service.
- Les visites sont assurées par le médecin sénior en semaine, par les médecins d'astreintes (sénior / internes) les week-ends.

Surveillance soignante

- Observations horaires retranscrites sur la fiche de surveillance quotidienne, de façon nominative et précisant :
 - Surveillance somatique
 - Surveillance psychique
 - Surveillance biologique
 - Hygiène
 - Observations faites lors des sorties de la CSI sur le service

c. Confort en CSI

Hygiène

L'hygiène du patient doit être assurée durant toute cette phase de soins.

L'accès aux sanitaires doit être rendue possible sauf contre-indication médicale stipulant un isolement en chambre strict. Un urinoir et un bassin sont alors mis à disposition.

Propreté

La CSI doit être nettoyée quotidiennement et maintenue propre durant toute la durée du séjour du patient.

Repère temporel

Une horloge est visible de la CSI pour permettre au patient de se repérer dans le temps.

Les soignants informent le patient lors de leur passage régulier du déroulé de la journée (repas, temps de sortie, changement d'équipe...)

Température

En cas de température < 18°C ou > 25°C, des moyens devront être mis en œuvre pour assurer le confort du patient et prévenir toute complication somatique.

Incidents

Sont entendus comme incidents tout événement impactant le confort du patient ou de l'équipe pendant la durée de l'isolement (défaillance matérielle, difficultés d'articulations avec les services de sécurité ou intervention médicale, mise en danger de l'équipe soignante ou du patient).

Les incidents doivent être signalés à l'équipe médicale et au cadre de l'unité.

Une FUSEI sera envoyée afin d'améliorer les conditions de toute mise en CSI ultérieure.

d. Traçabilité et évaluation des pratiques de la CSI

Prescriptions médicales et surveillance soignante

Tous les documents concernant l'isolement (prescription, surveillance soignante) doivent être intégrés au dossier médical du patient.

Reprise clinique et institutionnelle

Les situations des patients en isolement sont reprises lors des réunions cliniques quotidiennes de l'unité d'hospitalisation et au cours des réunions institutionnelles. La traçabilité en est assurée dans le dossier du patient.

Formation du personnel médical et paramédical

Un encadrement et une formation adaptée doit être proposée aux internes par le médecin sénior de l'unité adolescents.

Une formation de l'équipe de soin par des rencontres annuelles et des projets de formations (intervenants extérieurs, échange de pratiques) doit être proposée.

Registre d'occupation de la CSI

Une fiche spécifique est remplie pour chaque patient admis en CSI et pour chaque séjour en CSI.

Elle précise :

- Identité du patient anonymisée, motif d'hospitalisation, diagnostic à la mise en CSI
- Début / fin (date et heure) de la mise en CSI, motifs initiaux et de prolongation
- Utilisation de la contention humaine
- Antécédents de mise en CSI pendant le même séjour et/ou séjours antérieurs.

Evaluation des pratiques

Sur la base du registre prévu par la loi de santé, l'unité devrait établir annuellement en lien avec la CME (commission médicale d'établissement) et le DIM (département d'information médicale) un rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, et de la politique qu'il définit et met en œuvre pour en limiter le recours. Ce rapport devrait être transmis à la commission des usagers, au comité d'éthique et au conseil de surveillance pour avis, ainsi qu'à l'agence régionale de santé (ARS) pour une analyse régionale de ces pratiques.

Vécu en chambre d'isolement

Un protocole d'évaluation du vécu en chambre de soins intensifs est en cours d'élaboration.

L'objectif est un recueil de la perception et de la compréhension de l'adolescent de son temps en CSI (vécu corporel et psychique, impact sur ses soins,...) à distance de celui-ci (court/moyen/long terme).

e. Informations

L'éventualité d'un isolement thérapeutique doit figurer in extenso dans le livret d'accueil et d'informations délivré à toute personne admise en hospitalisation.

f. Annexes

- prescription d'isolement pour un adolescent / 24h
- registre d'occupation de la chambre de soins intensifs (CSI)
- fiche de surveillance infirmière / 24h
- indications et contre-indications ; facteurs de risque à rechercher de mise en CSI

Dr NADEREAU - Mise à jour : août 2016¹

¹ PALAZZOLO J. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Médecine et Psychothérapie. Edition Masson, Paris 2002.

Pour chaque mise en chambre de soins intensifs, remplir les documents suivants :

- Prescription médicale / 24h
- Cadre de prescription des 1^{ères} 24h
- Registre d'occupation de la CSI (entrée/ 24h / sortie de CSI)
- Fiche de surveillance infirmière / 24h (entrée / surveillance horaire / sortie CSI)



SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT
Unité D'Hospitalisation pour Adolescents
« LITS ADOS »

Tél. : 01 49 36 73 37
Télécopie : 01 49 36 72 46

**ENCADREMENT DE LA PRESCRIPTION
DE LA MISE EN CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS (CSI)**

Etiquette

Mesures moins restrictives mises en œuvre avant l'isolement et raison de l'échec :

.....
.....

1^{ère} visite et Prescription médicale dans l'heure suivant l'installation en CSI: oui non

Si non, raison :

.....

2^{ème} visite médicale dans les 24h: oui non

Si non, raison :

.....

Examen clinique somatique à 24h: oui non

Si non, raison :

.....

Patient informé des raisons de l'isolement et de ses modalités d'application : oui non

Si non, raison :

.....

Parents informés de la mise en chambre d'isolement : oui non

Si non, raison :

.....

Accord parental obtenu : oui non

Si non, raison :

.....

Date :

Nom et Signature :

ANNEXE 7 : DESSINS

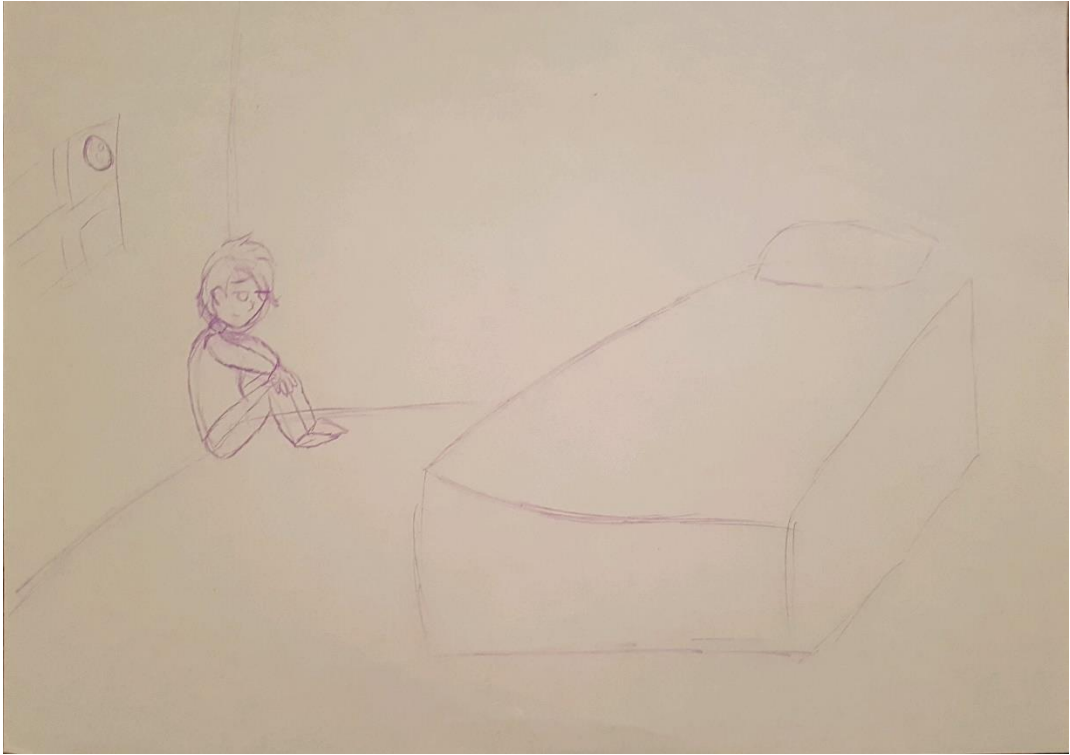


Figure 1. E1

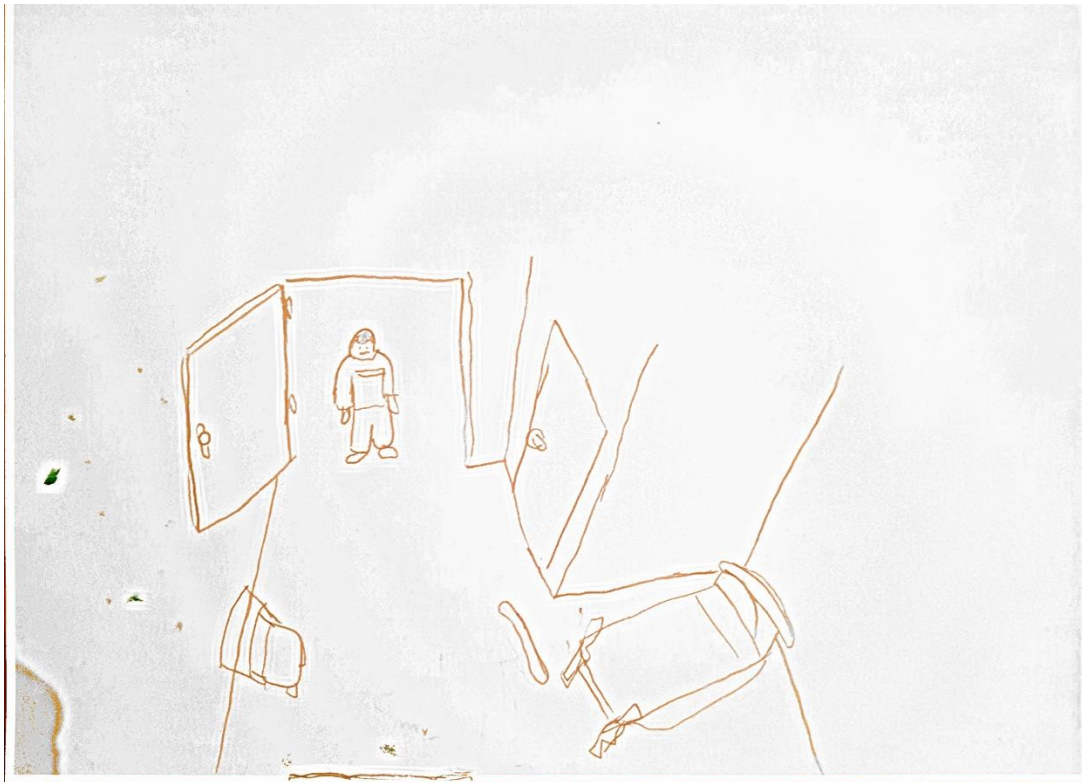


Figure 2. E2

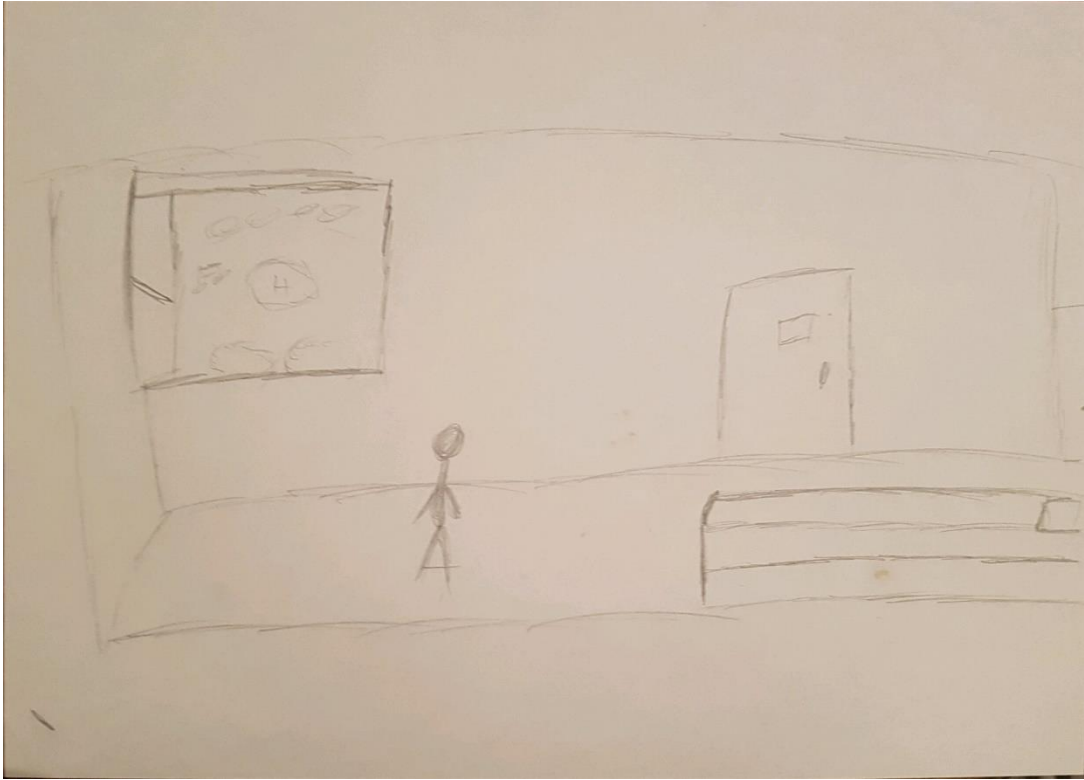


Figure 3. E3



Figure 4. E4

Le vécu des adolescents en chambre de soins intensifs : une étude qualitative

Résumé :

Alors que les dernières recommandations de l'HAS éditées en 2017 encadrent la pratique de l'isolement chez l'adulte, elles ne disent rien de ses spécificités chez l'adolescent. A cet égard, nous avons mené une étude qualitative portant sur le recueil du vécu des adolescents en chambre de soins intensifs (CSI). L'objectif principal de cette étude était d'approfondir nos connaissances sur le sujet. L'objectif secondaire était de réfléchir aux bases théoriques d'un protocole d'évaluation de la qualité des soins. Les participants de l'étude ont été inclus dans le service des « Lits Ados » du CHI Robert Ballanger. Un délai d'au moins 6 mois depuis leur sortie de CSI était nécessaire. Les témoignages ont été recueillis grâce à des entretiens semi-structurés enregistrés à l'aide d'une médiation par photo-élicitation. Une analyse qualitative utilisant la méthode de l'Interpretative Phenomenological Analysis a ensuite été effectuée.

Au total, 4 patients sur les 21 contactés ont été inclus. Nos résultats montrent que le vécu des adolescents en CSI s'organise autour de trois axes : un vécu essentiellement négatif voire parfois traumatique ; l'instauration d'un face-à-face soignant/soigné à l'origine d'un vécu de passivité douloureux mais nécessaire à la reconstruction d'une enveloppe contenant ; un vécu de dépendance amenant l'adolescent vers un état de régression archaïque insupportable.

Au regard de ces résultats, nous concluons à la nécessité de mettre en place les conditions d'un dialogue basé sur les éléments du vécu des patients au cours d'entretiens ultérieurs à la période d'isolement, afin de soulager à la fois le patient et l'équipe de la tension générée par cette mesure.

Mots clés (français) :

Chambre de soins intensifs, isolement, adolescents, vécu, expérience, qualitative

The experience of adolescents in the seclusion room : a qualitative study.

Abstract :

While the last HAS recommendations published in 2017 frame the use of seclusion with adults, nothing is said about the specificities in adolescent population. Regarding this, we lead a qualitative study on the experience of adolescents in seclusion room. The first aim was to deepen our knowledge about this subject. The secondary aim was to figure out new theory basis of a healthcare evaluation protocole. The participants of the study have been included in the « Lits Ados » unit of Robert Ballanger hospital. A minimum of 6 month delay since the exit of the seclusion room was necessary. The testimonies have been collected by semi-structured interviews with the help of a photo-elicitation mediation. A qualitative analysis using the Interpretative Phenomenological Analysis method have been done then.

In total, 4 patients on the 21 solicited have been included. Our results show that the living experience of adolescents in the seclusion room is organized around three axes : a negative, and sometimes traumatic experience ; the establishing of a face to face relationship between the patient and the staff as a base of a painful living of passivity but essential for the reconstruction of a containing envelope ; and a living of primary dependance bringing the adolescent to an unbearable regression state.

Knowing, we conclude to the necessity of creating the conditions of a dialogue based on the patient's living experience

during post-seclusion interviews, in order to release the patient and the staff of the tension generated by this measure

Keywords (english) : Living, experience, seclusion room, adolescent, qualitative

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