



FACULTÉ  
DE SANTÉ



# Master 2<sup>ème</sup> année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Mise en place d'un espace d'apaisement en Unité temps  
plein de psychiatrie  
« Suppression des chambres sécurisées »

**ECUE 7.2**  
**M. ABDENOUR KHELIL**

**Sandrine BELLOT-MULARD**  
Année 2023/2024

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL · UNIVERSITÉ GUSTAVE EIFFEL

### **Note aux lecteurs**

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

# Remerciements

Je tiens à remercier toute l'équipe de l'Ecole Supérieure de Montsouris pour leur accompagnement lors de cette formation.

A saluer l'esprit d'équipe de la promotion

Je remercie la direction des soins de mon établissement

M Lebars et M. Panagiotopoulos pour leurs conseils avisés

Les différents services de Ville-Evrard pour leur disponibilité et particulièrement le service documentation

Ma collègue cadre de santé Mme Nicolas, ainsi que tous les professionnels ayant participé

Mon mari et mon fils pour leur patience lors de cette année de formation

# Sommaire

Sommaire .....	1
Liste des abréviations .....	3
Introduction .....	4
1 Le contexte environnemental .....	5
1.1 L'établissement public de santé de Ville –Evrard (EPS) .....	6
1.2 L'offre de soins .....	7
2 Les pratiques de l'isolement .....	9
2.1 Historique de l'isolement .....	9
2.2 Les données chiffrées de l'isolement, contention sur l'établissement et leur analyse .....	10
3 La contention .....	14
3.1 Le cadre législatif .....	15
3.2 Démarches pour diminuer la contention à l'étranger et en France.....	17
3.3 La notion d'éthique .....	18
4 Le choix du concept Wavecare .....	19
5 Projet managérial sur la mise en place d'un espace d'apaisement en réponse à des besoins .....	20
5.1 Le leadership.....	21
5.2 Le projet et ses étapes .....	22
5.3 Le mode projet .....	22
5.4 Constitution de l'équipe projet .....	22
5.5 Sondage d'équipe .....	23
6 La conduite du changement et ses différentes phases.....	25
6.1 La phase de cadrage .....	25
6.2 Les entretiens semi-directifs .....	27
6.2.1 L'analyse des entretiens patients .....	34
6.2.2 Comparatif des entretiens patients et soignants .....	37
7 Le diagnostic psychosocial.....	39
7.1.1 Le Benchmarking .....	43
7.2 Rencontre avec l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif .....	44
7.3 Rencontre avec l'hôpital « Le Vinatier » à Lyon .....	46
8 La formation .....	49
8.1 La Formation des soignants .....	49
8.2 Le choix des formations en fonction des besoins.....	50
9 L'appropriation du projet .....	57
10 La phase d'ancrage .....	58
11 Le Bilan du projet .....	58

12	Si c'était à refaire.....	59
	Conclusion .....	60
	Bibliographie.....	61
	Table des Annexes.....	65

## Liste des abréviations

### **A**

ARS Agences Régionales de santé

### **C**

CATTP centre d'accueil

*thérapeutique à temps partiel*

CEDH Cour européenne des droits  
de l'Homme

CGLPL Contrôleur général des lieux  
de privation

CMP centres médico  
psychologiques

CNRTL Centre National de  
Ressources Textuelles et lexicales

CS chambres sécurisées

### **D**

DGOS Direction générale de l'Offre  
de soins

DIM Département d'information  
médicale

### **E**

EPP Evaluation des pratiques  
professionnelles

### **F**

FEI Feuilles d'événements  
*indésirables*

### **H**

HAS Haute autorité de santé

HDJ hôpitaux de jour

### **I**

IPP Identifiant patient permanent

IRDES Institut de recherche et de  
Documentation en Economie de  
la Santé

### **L**

l'UNAFAM L'Union nationale de  
familles et amis de personnes  
malades et/ou handicapées  
psychiques

### **U**

UHTP unités temps plein

# Introduction

À l'heure actuelle, nous constatons une évolution des pratiques soignantes dans le secteur psychiatrique. De nombreuses voix commencent à s'élever contre certaines pratiques telles que l'isolement et la contention qui représentent des mesures de privation de liberté. De la représentation du patient « aliéné », on bascule aujourd'hui vers une reconnaissance de la place de l'usager. En effet, la loi du 4 mars 2002<sup>1</sup> place l'usager « *comme acteur de ses soins* » et définit ses droits. Améliorer l'offre de soins devient une priorité, la note de cadrage de l'HAS du 13 avril 2022 insiste sur la nécessité d'offrir une meilleure offre de soins aux patients. La sectorisation en psychiatrie, notamment la circulaire du 31 décembre 1985<sup>2</sup>, a contribué à une meilleure accessibilité aux soins et la mise en place de dispositifs de prise en charge sur l'ambulatoire a contribué à améliorer le parcours de soin des usagers. La loi du 26 janvier 2016<sup>3</sup> de modernisation de notre système de santé revient sur les conditions de contention et d'isolement. Des mesures commencent à se mettre en place, mais à bas bruit.

Mon expérience en tant qu'infirmière pendant treize ans en gériatrie et aujourd'hui en tant que cadre de santé depuis dix-huit ans en psychiatrie m'a permis d'assister à une évolution des soins, certes à une prise en charge médicamenteuse plus adaptée, à une évolution de la clinique, cependant certaines techniques de soins ont du mal à évoluer, comme par exemple la prise en charge des patients violents. Je travaille actuellement sur l'extra hospitalier, mais j'interviens très régulièrement en unité à temps plein de psychiatrie (UHTP), ayant même participé à la visite de certification de l'UHTP. J'ai exercé également pendant treize ans comme cadre de santé en unité d'entrants. J'ai ainsi été confrontée au cours de mon expérience professionnelle à des mises en isolement difficiles autant pour le patient que pour les soignants.

Des questions se posent : peut-être aurait-on pu éviter certaines de ces mises en isolement, en prenant plus de temps pour évaluer la situation. La violence du patient vient-elle d'une frustration, d'un manque d'écoute, d'une posture soignante non adaptée ? La parole du patient a-t-elle été prise en considération ? Bien entendu, certaines mises en isolement sont nécessaires, cependant chacune mérite d'être réfléchie. Quel choix a eu le patient pour contenir sa violence ? C'est à partir de ces interrogations que ma réflexion s'est orientée sur une alternative à l'isolement qui est l'espace d'apaisement. La Haute autorité de santé (L'HAS) propose des recommandations pour l'amélioration des pratiques et l'espace d'apaisement (cf. Annexe 6) est un outil y contribuant et qui mérite d'être mis en lumière.

Afin de situer le contexte, je trouve primordial de présenter d'abord le département de la Seine-Saint-Denis, dans lequel se trouve mon établissement, ensuite de faire un point sur l'établissement en général et plus particulièrement sur l'unité du secteur 13. Il me semble opportun de faire un bref historique de la pratique de l'isolement et de la contention, un rappel des lois et une analyse des événements indésirables, pour ensuite faire un focus sur mon projet. Dans un second temps, je vais présenter le projet et ses étapes et la conduite du changement que cela entraîne. Ma méthodologie a consisté à réaliser des entretiens auprès des patients et des soignants pour recueillir

---

<sup>1</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de notre système de santé (1) (JORF du 5 mars 2002)

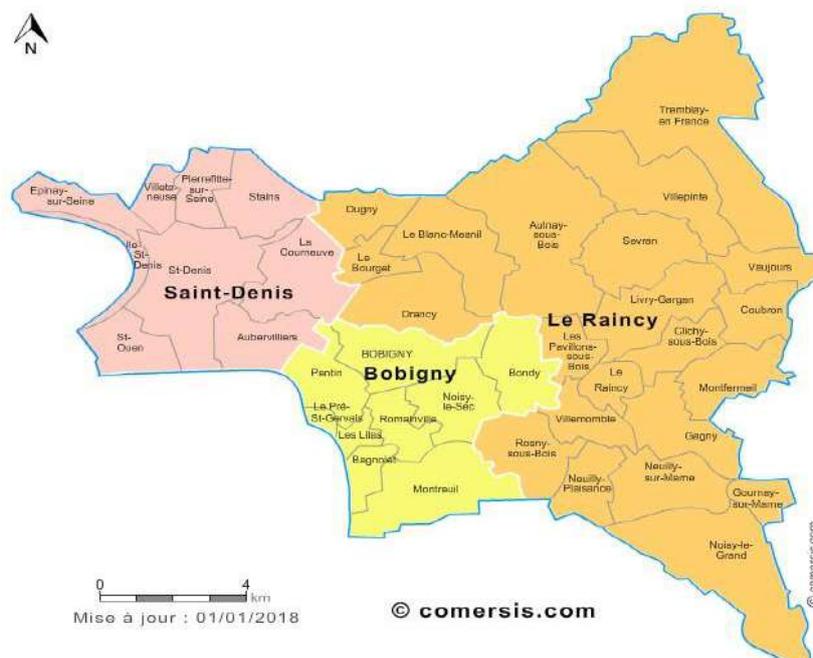
<sup>2</sup> Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

<sup>3</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) (JORF du 27 janvier 2016)

leur vécu sur l'isolement et procéder à leur analyse. J'ai ensuite réalisé du "benchmarking" sur deux hôpitaux dans un but d'échange de pratiques afin d'accompagner au mieux les équipes soignantes. Ces partages d'expérience se sont révélés très enrichissant et m'ont permis de découvrir ce qui pourrait être amélioré sur mon établissement en terme de pratiques soignantes.

## 1 Le contexte environnemental

L'hôpital de ville Evrard (EPSVE) est un hôpital psychiatrique se trouvant en Seine-Saint-Denis à Neuilly-sur-Marne (93). Selon l'INSEE<sup>4</sup>, c'est le deuxième département le plus peuplé d'Île-de-France avec une population qui rajeunit fortement (35 % de la population à moins de 25 ans) comprenant 1,655422 million d'habitants. 32 % de la population de Seine-Saint-Denis est immigrée, contre 10 % de la population en France. Le département a un taux de chômage de 11 %, soit le deuxième taux au niveau national, ainsi que le taux de pauvreté le plus élevé de 17,7 %. C'est donc l'un des départements le plus jeune et le plus pauvre de France qui demande notamment un plan d'urgence pour l'école, le département rencontrant de nombreuses carences en matière d'éducation. Le développement du réseau de transport (le Grand Paris Express) facilitera les déplacements des habitants et contribuera à l'attractivité du



Carte de la Seine Saint Denis

territoire et au développement de projets urbains. Le projet régional de santé<sup>5</sup> nous indique que : « La moitié de la croissance démographique francilienne est portée sur 32 communes dont 12 se situent en Seine-Saint-Denis ». L'indice de fécondité reste très

<sup>4</sup> Projections démographiques de la Seine-Saint-Denis à l'horizon 2040, INSEE FLASH Ile-De-France n°86, Paru LE 4 /07/2023

<sup>5</sup> Agir pour la santé des Franciliens Stratégie à horizon 2028, PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028 / Cadre d'orientation stratégique

élevé en Seine-Saint-Denis, étant de 2,2 enfants/femme au lieu de 1,86. La Seine-Saint-Denis fait partie des « territoires les plus pauvres de France, le taux de pauvreté atteignant 28 % ».

Je vais, tout d'abord vous présenter mon établissement.

## 1.1 L'établissement public de santé de Ville –Evrard (EPS)

Le passé historique de l'hôpital de Ville-Evrard est riche. Il a été construit en 1862 par décision du Conseil général. Les admissions ont commencé en 1868. Il faisait office d'asile pour les indigents. À l'époque, les hommes et les femmes étaient séparés et les patients « classés » selon leur état d'agitation. L'hôpital s'apparentait plus à un asile et le personnel était composé de religieuses. En 1875, le pensionnat est créé pour les patients plus fortunés et peut accueillir des patients payants. En 1885, une école d'infirmiers voit le jour. De 1880 à 1907, de nouveaux pavillons sont construits, les malades peuvent travailler dans différents ateliers et sont rémunérés. Il existe une variété d'ateliers comme : la serrurerie, la menuiserie des cordonniers et des tailleurs. Il y a même une ferme. Les patients s'occupent des tâches agricoles, ils sont employés



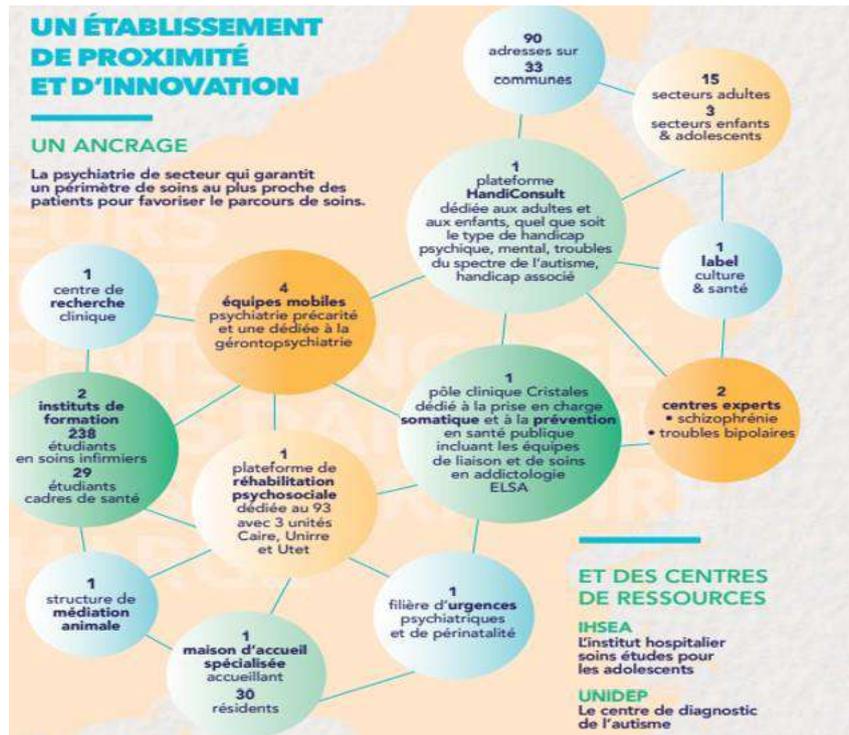
*L'ancien corps de ferme*



*Bâtiment classé aux monuments historiques*

comme cuisiniers et même en tant que « domestiques » du personnel et sont payés en échange des services rendus. Ce fonctionnement a duré pendant de longues années et encore de nos jours, j'ai rencontré des patients témoignant de l'attachement qu'ils avaient aux travaux de la ferme. La maison de santé et l'asile faisaient partie de Ville-EVRARD et en face se situait un autre établissement, « la Maison Blanche ». Ville Evrard a accueilli de nombreux patients célèbres, dont la célèbre sculptrice Camille Claudel en 1913 et Antonin Artaud de 1939 à 1943. L'hôpital de ville Evrard couvrait presque 300 hectares. Aujourd'hui, il reste des bâtiments classés aux monuments historiques, comme le château, la ferme. De nombreux bâtiments ne sont plus conformes aux normes actuelles de sécurité et un plan de reconstruction est en cours. La maison mère, qui est située à Neuilly-sur-Marne comporte quelques bâtiments pour adultes et aussi un secteur de psychiatrie enfant, la bibliothèque, la médecine du travail, les syndicats, la crèche. Aujourd'hui, ville Evrard dessert de nombreuses communes au nombre de trente-trois. Je vais vous présenter l'offre de soins de l'établissement.

## 1.2 L'offre de soins



Document édité par l'établissement en 2024

Il y a 3 secteurs de psychiatrie dédiés aux enfants et 15 secteurs de psychiatrie accueillant les patients à partir de 16 ans. L'établissement comprend 402 lits. Il existe des unités à temps plein (UHTP) adaptées à l'accueil des patients en soins libres ou sous contrainte. Des hospitalisations de nuit ou de jour (hôpitaux de jour). Les hôpitaux de jour (HDJ) accueillent les patients souvent après une hospitalisation et représentent un tremplin pour le retour vers une récupération d'autonomie. Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des unités d'accueil où les patients viennent rencontrer leur médecin pour un suivi et aussi pour faire leurs injections et récupérer leurs piluliers. Les centres d'accueil à temps partiel (CATTP) concernent les patients plus autonomes ayant pour objectif une réhabilitation psychosociale. Il existe des équipes de visite à domicile : pour les accompagnements infirmiers avec préparation de piluliers et entretiens médicaux. Il existe aussi un service de consultation dédié aux auteurs de violences sexuelles. Les prises en charge sont variées et l'établissement a d'autres projets pour les prises en charge de patients violents. Je suis actuellement investie dans un projet de création d'une unité pour malade difficiles (UMD.). Je vais désormais faire une présentation de l'établissement avec un schéma comportant quelques chiffres représentatifs, ci-dessous.

## EPSVE EN QUELQUES CHIFFRES

DONNÉES 2022



## LES 5 SITES D'HOSPITALISATION



Document de présentation de l'établissement (2024)

Le suivi en ambulatoire tend à se développer, pour assurer la prise en charge des troubles en amont et éviter des hospitalisations. Un projet est en cours sur le pôle avec la création d'une équipe psychiatrique de liaison. Les infirmiers du service des hospitalisations à domicile (HAD) devant prochainement intervenir aux urgences psychiatriques d'Avicenne (psychiatrie de liaison).

Concentrons-nous maintenant sur le pôle G13 :

L'unité d'UHTP du secteur G13 dessert les communes de Bobigny et de Pantin et compte 25 lits et 2 chambres d'isolement. Les patients sont adressés par les urgences le plus souvent ou le CMP, ils arrivent sous contrainte ou en soins libres. La moyenne d'âge des patients est de 46 ans. La synthèse annuelle de l'activité du pôle G13 montre une file active de 643 patients, de 1,40 % de patients vus pour la première fois et de 54,43 % de patients vus une seule fois dans la période.

En ce qui concerne les urgences :

Les équipes de la ville d'Évrard interviennent au sein de trois hôpitaux :

- Centre Hospitalier de Saint-Denis
- Centre Hospitalier d'Avicenne
- Centre Hospitalier de Montfermeil.

L'équipe du G13 se compose de :

Cinq infirmiers et quatre aides-soignants. Actuellement deux infirmiers sont présents, deux infirmières étant en congé maternité et un infirmier ayant quitté le service. L'équipe est composée exclusivement de professionnels en début de carrière. Le service auparavant situé sur Neuilly-sur-Marne a déménagé sur la ville d'Aubervilliers. Le départ de professionnels a nécessité la formation d'une nouvelle équipe en moins d'un an. Un cadre faisant fonction vient d'arriver pour un an dans l'unité, en attente de son admission à l'école des cadres. Le chef de pôle de l'unité est arrivé il y a trois ans, ainsi que le cadre supérieur de santé. Le secteur était réputé pour une utilisation de la contention dès l'arrivée du patient, ceci de manière systématique et jouissait de ce fait d'une très mauvaise réputation. J'ai connu cette pratique de contention « abusive » à mon sens, ce qui m'a amené à réfléchir sur nos pratiques soignantes.

Différentes interrogations ont émergé dans mon esprit, telles que :

- Existe-t-il d'autres alternatives à l'isolement ?
- Est-ce une pratique qui correspond aux attentes soignantes de nos jours ?
- Est-il nécessaire de réfléchir sur nos pratiques en proposant des alternatives à l'isolement ?
- Comment changer les mentalités ?

Ce questionnement m'amène dans un premier temps à réfléchir sur nos pratiques d'isolement et de contention. En surfant sur le net, j'ai découvert un séminaire<sup>6</sup>: « *contention et liberté « la contention, une réalité dans le soin : vécus soignés et soignants »* et les opinions exprimées par les professionnels ont renforcé ma conviction.

## 2 Les pratiques de l'isolement

### 2.1 Historique de l'isolement

Le mot isolement vient du latin *insulæ* (île). L'isolement nous évoque dès lors une idée de séparation. Signifie-t-il isoler pour éviter une certaine forme de « contagion » comme le sort réservé aux lépreux du moyen-âge ? Dans ce cas-là, l'isolement pourrait être bénéfique, car il aurait pour vocation la préservation du reste de la population ? L'isolement dans le but de se ressourcer, de se recentrer sur soi-même, comme l'isolement prôné par les ordres monastiques. L'isolement peut aussi être considéré péjorativement, comme l'isolement social qui pourrait avoir des répercussions sur la santé mentale. Ces quelques interprétations du mot isolement nous montrent bien l'ambivalence de son interprétation.

L'isolement en psychiatrie prend ses marques à la fin du 18e siècle. La loi du 30 juin 1838 abrogée par la loi du 27 juin 1990 signée par le roi Louis-Philippe clarifie les conditions de détention des aliénés et notamment l'art 5 stipule que : « *Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.* »

Selon le psychiatre français Esquirol (1772-1840) : « *L'isolement des aliénés, séquestration, confinement, consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis et de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre.. L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés* ». C'est la méthode la plus utilisée à l'époque pour combattre les maladies mentales.

Le contrôleur général des lieux de privation (CGLPL) constate aujourd'hui une augmentation des mesures d'isolement et de contention: « *Le nombre de personnes ayant connu une mise à l'isolement au cours d'une hospitalisation à temps plein en psychiatrie a augmenté de 19 % entre 2012 et 2021 et de 48 % lorsque l'on considère uniquement les personnes hospitalisées sans consentement* ». D'après l'étude publiée en juin 2022 par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)<sup>7</sup> en 2022 : « *près de 286 000 personnes majeures ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie, soit 37 % de celles hospitalisées au moins une fois en soins sans*

<sup>6</sup> La contention, une réalité dans le soin : vécus soignants, soignés :

<sup>6</sup>, <https://www.youtube.com/watch?v=9Yi79AdBbGI>

<sup>7</sup> Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre Coldefy M, Gandré C, Rallo S. Questions d'économie de la santé n°269 -juin 2022

*consentement et 10 % de celles hospitalisées au moins une fois à temps plein en psychiatrie. » Il est à noter que lors de ces mises en isolement : « une mesure de contention mécanique a été mise en place pour quelque 8000 personnes, représentant 11 % des personnes hospitalisées au moins une fois en soins sans consentement et 3 % de celles hospitalisées au moins une fois à temps plein en psychiatrie. » Cette recherche montre également que plus l'établissement est grand, et plus la réduction des pratiques d'isolement et de contention est compliquée à mettre en œuvre.*

Présentons maintenant les différents types de chambre existant dans les services de psychiatrie.

Les chambres d'isolement et les chambres sécurisées

Dans le service, il existe deux chambres d'isolement. D'après les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (Annexe 5) la prescription d'isolement est faite dans un espace dédié et sécurisé. L'unité du secteur G13 est récente (environ trois ans) et les chambres sont adaptées, vastes avec un plafond très élevé afin de prévenir toute blessure. Elles sont spacieuses afin que les soignants puissent facilement faire le tour du lit et contenir les patients, s'il le faut. Un accès est fait à un espace toilettes et aux douches, le lit est scellé pour éviter que le patient se blesse ou ne s'en serve comme projectile, un fauteuil est également présent. La chambre est située à proximité de la salle de soin des infirmiers. Un accès extérieur a été prévu afin que le patient puisse entrer dans le service sans être vu par les autres patients. Le contrôle de la température est fait par les soignants régulièrement lors des soins.

Les chambres dites « sécurisées »

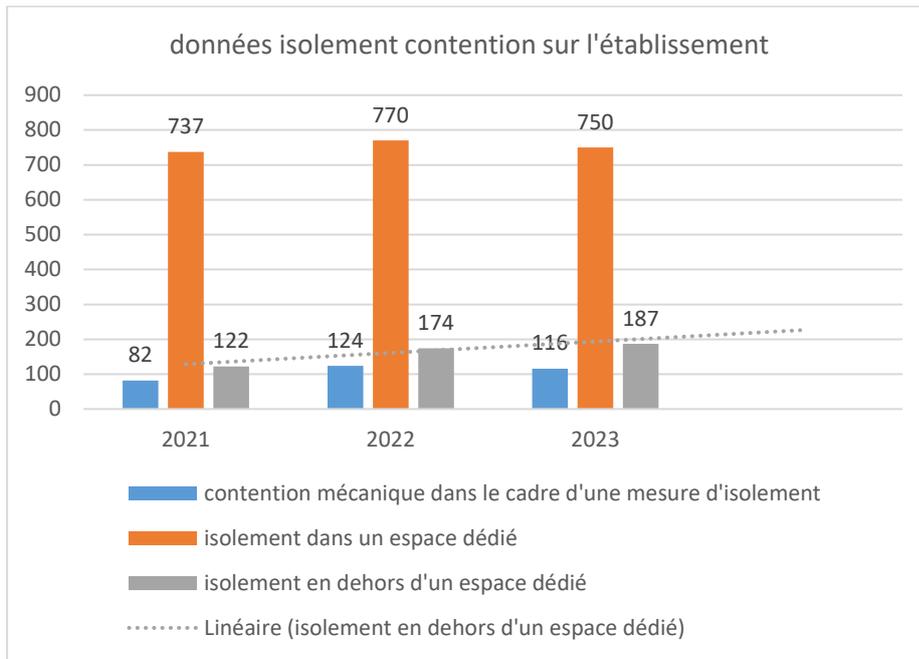
Ce sont des chambres pouvant être fermées, mais non équipées de matériel adapté lors d'une mise en isolement. Ces dernières années, elles servaient cependant de chambre d'isolement, ce qui était non conforme. Suite à la dernière visite du CGLPL, l'établissement a décidé de mettre fin à cette pratique et de les transformer en chambre hôtelière ou en espaces d'apaisement selon le choix des secteurs.

J'ai trouvé pertinent de faire une étude sur les données existantes concernant l'isolement et la contention sur l'établissement.

## 2.2 Les données chiffrées de l'isolement, contention sur l'établissement et leur analyse

Malheureusement, je n'ai pas pu recueillir les données des feuilles d'événements indésirables( FEI) concernant l'isolement et la contention sur l'année 2020, suite au dysfonctionnement du logiciel.

En 2022, la file active s'élève à 21 728 patients, dont 3 008 patients ont été hospitalisés en psychiatrie à temps plein. Les données inscrites dans ce graphique proviennent du département d'information médicale (DIM) et sont extraites du nombre de patients de l'identifiant patient permanent (IPP) administratif dont les dates de mesures d'isolement et de restrictions sont comprises entre le 01/01/2021 et le 31/12/2023.

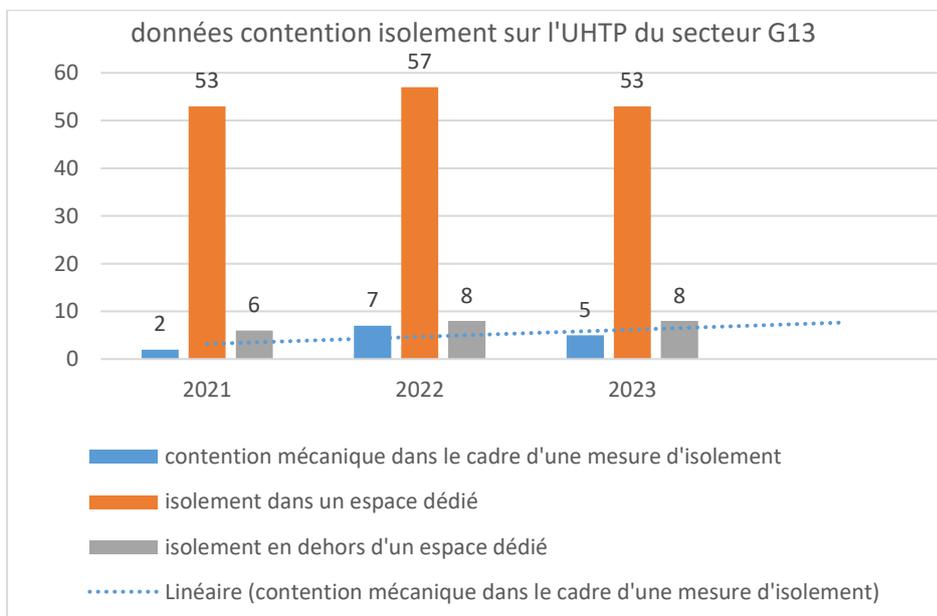


Analyse : l'isolement dans un espace dédié a légèrement augmenté depuis 2021. Sur l'établissement, nous sommes passés de 737 mesures d'isolement à 750.

L'isolement en dehors d'un espace dédié n'a cessé d'augmenter : de 122 mesures, nous sommes passés à 187 en 2 ans.

La contention mécanique est passée de 82 cas à 116 en deux ans. Analysons maintenant les données du secteur G13.

Les données chiffrées sur L'UHTP du secteur 13 et leur analyse



Analyse : en ce qui concerne l'unité, l'isolement dans un espace dédié s'est maintenu sur 2 ans, en 2021 53 mesures, idem en 2023. La contention mécanique a légèrement augmenté. La contention en dehors d'un espace dédié est stable. Je

vais maintenant présenter un tableau présentant les mesures d'isolement et de contention sur l'établissement.

	Mesures d'isolement			Mesures de contention		
	Total	A	B	Total	C	D
Nb patients	731	726	163	118	115	4
Nb mesures	1711	1437	274	148	143	4
Nb Heures cumulées	182891	178928	3962	3934	3902	25
Nb moyen d'heures par patients	250	246	24	33	34	6
Nb moyen d'Heures par mesure	106H53	124H30	14H27	26H34	27H18	6
Nb médian d'heures par mesure	51H01	68H55	12H	15H24	17H04	
Dont Nb de mesures fermées automatiquement au bout de 24 h	1099	1063	36	1	1	
En % du Total	64%	74%	13%	1%	1%	

A : isolement dans un espace dédié

B : isolement dans un espace non dédié

C : contention dans un espace dédié

D : contention dans un espace non dédié

Ces données proviennent du rapport annuel du groupe d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) isolement contention<sup>8</sup>

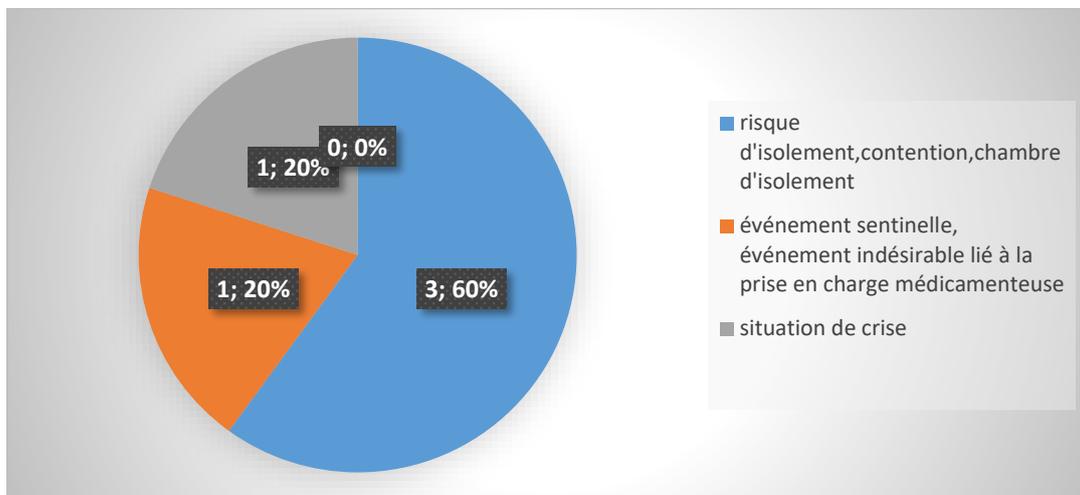
L'isolement dans un espace non dédié correspond à un isolement dans des chambres sécurisées (CS) non-conformes et qui vont être remplacées selon les services par des espaces d'apaisement ou être transformées en chambres hôtelières. Il est à noter que la durée moyenne d'isolement par patient sur l'année est de 10 jours. La moyenne par mesure est de 4 jours et demi. 25 % des mesures d'isolement sont inférieures à 1 jour, 75 % inférieures à 5 jours. La durée moyenne de contention par patient est de 1 jour et demi. La durée moyenne par mesure est à peine supérieure à une journée. 25 % des mesures de contention sont inférieures à 6 heures, 75 % à 1 jour et demi. Les chiffres sont surestimés. En effet, comme le montre le tableau, une très grande proportion de mesures se sont fermées automatiquement et n'ont donc pas été arrêtées par le médecin, ce qui majore de fait le temps des mesures. Le nombre de patients isolés est inférieur à la somme des patients isolés en espaces dédiés et non dédiés, car certains ont été isolés dans les deux espaces. Il est à noter que les chiffres des années précédentes étaient erronés, car les séquences d'isolement dans le dossier patient

---

<sup>8</sup> Rapport annuel 2022 relatif aux pratiques d'isolement et de contention et aux actions engagées par l'établissement visant à la diminution de ces mesures (EPP isolement contention)

n'avaient pas été clôturées. L'année dernière, le recrutement d'un médecin DIM a permis de révéler ces anomalies et de rétablir un degré de fiabilité.

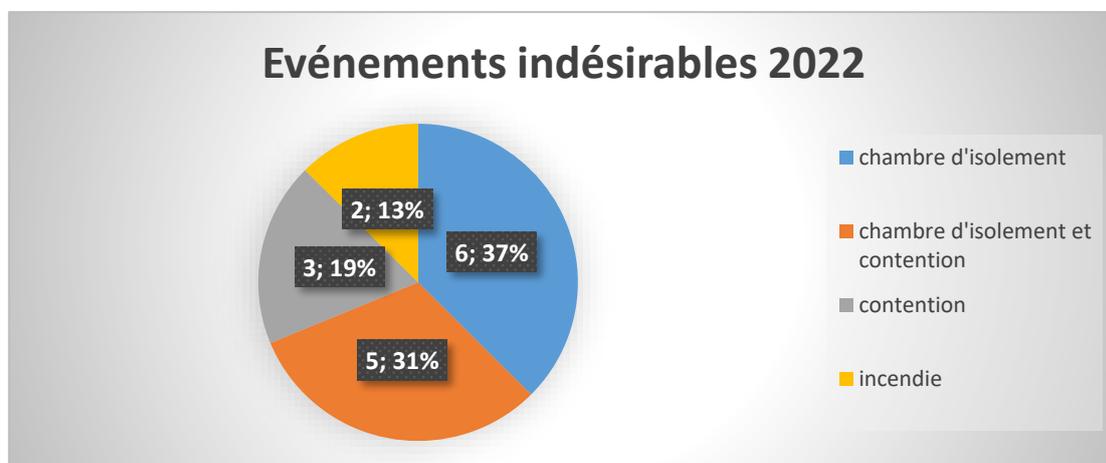
### Analyse des événements indésirables



Analyse : en 2021, les risques concernant l'isolement, la contention, la chambre d'isolement sont mis ensemble, on constate :

- 1 événement indésirable d'un patient lié à la prise en charge médicamenteuse, patient contentonné depuis plus de 48 h aux urgences.
- 3 risques d'isolement, de contention, de chambre d'isolement (1 patient agressif et contentonné qui chute malgré les contentions, 1 transfert de patient sur un autre secteur pour accueillir un patient nécessitant des contentions, 1 patient intolérant à la frustration qui aurait nécessité une chambre d'isolement qui n'est pas disponible)
- 1 manque de CSI pour un patient qui s'intègre dans la prise en charge des autres patients.

Soit en tout 5 événements indésirables pour l'année 2021.



Analyse :

Les données de l'année 2022 sont classées par catégories d'événements, ce qui apporte une vision plus affinée.

En ce qui concerne les chambres d'isolement :

- 3 événements sont liés à un défaut de coordination et d'orientation
- 1 événement relève d'une situation d'agressivité d'une patiente sur une autre patiente
- 2 événements concernent des agressions de patients envers le personnel.

En tout, l'on constate un total de 6 événements

En ce qui concerne les chambres d'isolement et la contention :

- 1 événement est lié à un état d'agitation avec risque de passage à l'acte.
- 1 événement concerne l'agression d'un professionnel par un patient en chambre d'isolement.
- 1 défaut de coordination et d'orientation
- 1 cas de violence sur un professionnel
- 1 cas de violence envers le personnel.

On constate donc un total de 5 événements.

En ce qui concerne la contention :

- 1 menace, agression et agitation d'un patient en chambre d'isolement envers un professionnel
- 1 patient agité aux urgences par manque de chambre d'isolement
- 1 cas de violence d'un patient envers le personnel

On constate un total de 3 événements.

En ce qui concerne la sécurité incendie :

- 2 incendies ont eu lieu en chambre sécurisée d'isolement.

Sur l'année, nous arrivons donc à un total de 16 événements indésirables déclarés. En ce qui concerne les données 2023, Le service qualité m'informe qu'elles ne sont pas exploitables. Cependant il est à noter que les professionnels ne remplissent que rarement les FEI est un effort est à faire pour les sensibiliser sur l'importance du recueil de ces données.

Maintenant, je vais approfondir le sujet de « la contention ».

### 3 La contention

La contention commence dès l'antiquité avec Caelius Aurelianus, médecin qui pratiquait à Rome et qui recommandait les mesures mécaniques comme traitement. Au Moyen Âge, pour les malades mentaux, « les furieux », elle était utilisée dans un but de protection. Au 18<sup>e</sup> siècle, « les fous » étaient enfermés dans des cachots. Louis XIV avait mis en place une politique appelée : "le grand renfermement," c'est le début de

l'hôpital. Les aliénés et les marginaux sont enfermés pour faire respecter l'ordre public. En 1789, les lettres de cachet autorisant l'enfermement sont abolies. Le psychiatre Philippe Pinel contribue à ôter les entraves aux aliénés. L'infirmier Jean-Baptiste Pussin en 1798 est le premier à s'intéresser aux conditions de vie des aliénés et il les libère ainsi de leurs chaînes.



Ancienne statue du domaine

### 3.1 Le cadre législatif

Pourquoi utiliser la contention ?

La contention est utilisée dans un but préventif, pour prévenir les chutes, limiter les états d'agitation. Elle est encore considérée comme un soin de nos jours en France, alors qu'elle a été abolie dans certains pays. Il est important de rappeler le cadre législatif.

La loi du 26 janvier 2016<sup>9</sup>, précise que : *« l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. » Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ».*

Dans une décision du 19 juin 2020 (rapport du contrôleur général des lieux de privation). Le Conseil constitutionnel déclare l'article relatif à la contention contraire à la Constitution, car il ne fait mention que d'une durée limitée de la mesure, sans donner de précision.

La cour Européenne des droits de l'homme, art. 3 précise l'interdiction de mise en place de traitements dégradants ou humiliants.

Il est précisé dans le Code de la santé publique<sup>10</sup> que : *« La personne malade a droit au respect de sa dignité »* cela implique que tout homme est en droit d'être respecté par autrui, les droits et libertés fondamentales (définis dans la constitution et des textes européens, tels la CEDH) doivent être respectés, telle que la liberté d'aller et venir, le droit au respect de la vie privée.

De nouvelles dispositions sont introduites par la loi de financement de la sécurité sociale (2021) et le décret n° 2021-537 du 30 avril 2021. Il a été fait état de précisions

<sup>9</sup> Article L3222-5-1- code de la santé publique, version en vigueur depuis le 24/01/2022

<sup>10</sup> Art 84 : contention et isolement Article L. 1110-2

sur les durées maximales des mesures d'isolement et de contention, le médecin pouvant prolonger la prescription d'isolement à condition que le juge des libertés et de la détention en soit informé, ce dernier pouvant y mettre fin ou être saisi dans les 24 heures. Ces décisions ont aussi été jugées inconstitutionnelles, car le seul contrôle du juge n'était pas suffisant. Dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2022, le texte a de nouveau été modifié en stipulant le contrôle obligatoire du juge. Le Conseil constitutionnel a censuré ces dispositions, considérant qu'elles n'avaient pas lieu d'être dans une loi de financement de la Sécurité sociale. Dans l'article 17 de la Loi du 22 janvier 2022, le cadre juridique est enfin posé. L'instruction (DGOS) qui reprend ce cadre a été transmise aux Agences Régionales de santé (ARS).

L'Article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41, du 26 janvier reprend les conditions de la mise en isolement.

Les conditions pour la prescription des mesures d'isolement :

Elles sont prises pour une durée maximale de 12 heures, qui peuvent être renouvelables par périodes maximales de 12 heures selon l'état de santé du patient. La mesure ne peut excéder 48 heures.

Conditions pour la mesure de contention :

Prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de 6 heures, selon l'état du patient, il peut y avoir renouvellement par périodes de 6 heures dans une limite de durée de 24 heures. Le médecin peut éventuellement procéder à des renouvellements de mesures selon l'article L. 3222-5-1 à titre exceptionnel.

Une mesure d'isolement ou de contention prise 48 heures après la précédente est considérée comme une nouvelle mesure. Le juge des libertés exerce le contrôle de la mesure d'isolement. Il peut être saisi ou se saisir lui-même s'il considère le maintien de la mesure injustifié. Il peut prononcer une main levée ou maintenir la mesure si nécessaire. Pour la mesure de contention, le contrôle du juge s'exerce sur une période de trois jours.

Maintenant, je vais me concentrer sur les techniques d'isolement et de contention.

Malgré la mise en place de cette législation, Selon le psychiatre Mathieu Bellahsen, il y a un manque d'intérêt scientifique sur la contention : « *Entre 1976 et 2023, 296 articles traitaient de la contention mécanique en psychiatrie, alors qu'ils étaient plus de 110 000 à traiter des médicaments antipsychotiques.* »

Voici à présent une réflexion sur les méthodes d'isolement et de contention.

Claude Finkelstein, présidente de la Fédération nationale des associations d'ex-patients, déclare<sup>11</sup> : « *En 20 ans de militantisme associatif, je n'ai jamais entendu un patient me dire qu'il avait bien vécu la contention* ».

Une question se pose : l'isolement est-elle une thérapie ? Le mot thérapie vient du grec ancien « therapeutès », qui a trois significations : servir, serviteur, guérir. L'isolement est pratiqué à la base pour faire entrer le patient dans le soin. Pour le psychiatre Jean - Etienne : « *l'isolement n'était pas considéré comme une punition ni un châtement, mais comme une modalité thérapeutique* ». Dans son ouvrage intitulé : « Surveiller et

---

<sup>11</sup> Art du Journal spécial des sociétés : « la révision de l'article sur l'isolement et la contention peine à convaincre les professionnels de secteur ,8/06/2021

punir », Le philosophe Michel Foucault aborde la manière dont les institutions, telles que les prisons et les hôpitaux mettent en œuvre des méthodes de surveillance et de contrôle pour discipliner les individus. Il soutient que ces méthodes sont utilisées pour maintenir l'ordre social et renforcer le pouvoir des autorités. De nos jours il existe cependant des initiatives prises en vue de diminuer le recours à ces méthodes.

### 3.2 Démarches pour diminuer la contention à l'étranger et en France

L'exemple de la Norvège :

Dans une clinique psychiatrique<sup>12</sup> « *Le Lovisenberg Diagonal Hôpital* », des efforts ont permis la réduction des contentions de 85 % sur une durée de cinq ans. Les objectifs étant basés notamment sur l'amélioration des compétences des soignants, travailler sur les postures du personnel, en favorisant le dialogue avec les patients et notamment avoir le soutien des directions hospitalières.

L'exemple des États-Unis avec une définition de six stratégies pour lutter contre la contention<sup>13</sup> :

- *Un leadership favorable*
- *Des techniques de débriefing sur les causes ayant entraîné la contention*
- *Le rôle primordial des usagers*
- *Une prévention individualisée des agressions*
- *Des procédures basées sur le rétablissement*
- *Un contrôle des modes d'utilisation d'isolement et de contention.*

Un pays beaucoup plus petit comme l'Islande a également mis en place des mesures pour éradiquer des pratiques de soins par la contention.

L'exemple de l'Islande

Selon l'article de Pall Matthiasson<sup>14</sup> basé sur une présentation lors d'une conférence Contrainte et liberté en psychiatrie (ministère de la santé 2017) depuis 2010, on ne constate « *aucun patient en soins psychiatriques de longue durée à l'hôpital en Islande* » ainsi qu'un taux d'admission involontaire très faible et une absence de système de contention. Tout a commencé avec le docteur Helgi Tomasson et « *la culture de négociation et de construction d'une relation basée sur la confiance* ». Le personnel soignant acquiert des formations sur les techniques de désescalade avec la mise en place d'équipes de défense ou de réponse à la violence.

En France :

---

<sup>12</sup> Réduire la contention mécanique et l'isolement dans les unités psychiatriques d'hospitalisation en soins aigus art de conseil de l'Europe Droits Humains et Biomédecine

<sup>13</sup> Réduction des pratiques restrictives : les 6 stratégies à mettre en place art crisis prevention institute

<sup>14</sup> Matthiasson, P. (2017). Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise. *L'information psychiatrique*, 93, 558-562.

Selon l'article d'Hospimédia<sup>15</sup> en France : « 15 % des hôpitaux ne recourraient jamais ou presque jamais à la contention. ». Selon l'étude, des pistes ont été identifiées pour atteindre cet objectif, telles que : « l'engagement indispensable des directions hospitalières, l'adhésion des personnels, le contexte environnemental, la prise en compte du vécu des usagers et des familles, les compétences des professionnels, l'aval des équipes médicales, les notions d'attractivité mises en place par l'hôpital et dans les services, la culture hospitalière ». En 2021, une étude a été également mise en place : la recherche « *plaid care* »<sup>16</sup> portant sur les établissements qui utilisent peu ou pas du tout la contention pour en dégager des leviers. Selon le sociologue Sébastien Saetta<sup>17</sup>, le moindre recours aux pratiques d'isolement, de contention à l'étranger est « *lié à la combinaison de plusieurs facteurs comme les compétences au niveau du service, le soutien de la direction et un cadre légal encourageant.* »

Pour mesurer le recours à l'isolement contention, il a été mis en place le projet Ricochet. L'étude aura lieu pendant un an (2023-2024) pour étudier les différences de recours à l'isolement et à la contention sur les établissements à l'échelle nationale, selon un article de l'IRDES (Nov. 2023) <sup>18</sup> : *Cette recherche permettra d'identifier des leviers pouvant être mobilisés par des politiques ciblées pour soutenir et faciliter le travail des équipes soignantes dans la mise en œuvre des objectifs de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie.* »

J'ai assisté à une intervention du psychiatre Mathieu Bellahsen<sup>19</sup> dans mon établissement en présence de patients et les échanges ont démontré les souvenirs traumatisants qu'ont les patients de la contention. L'abolition de la contention dépend selon lui du soutien de la direction aux équipes, d'une analyse de nos pratiques, du respect du droit des usagers, du respect de la parole du patient et d'une notion « d'ambiance » générale du service avec du personnel impliqué et convaincu. Il m'a paru opportun de parler de la notion d'éthique.

### 3.3 La notion d'éthique

Les pratiques d'isolement et de contention sont-elles considérées comme un soin ? Parmi les définitions du Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), nous trouvons diverses définitions dont « : *s'occuper de la santé, du bien-être moral ou matériel de quelqu'un.* »

*« Actes de sollicitude, de prévenance envers quelqu'un, actions par lesquelles on s'occupe de la santé, du bien-être physique, matériel et moral d'une personne ».*

On peut alors s'interroger !

Selon le témoignage de l'infirmière Lynda Sales Caires<sup>20</sup> :

*« D'un point de vue déontologique, le devoir du soignant est de respecter le principe d'égalité des hommes, et donc, d'égale valeur en dignité de toutes les vies humaines,*

---

<sup>15</sup> <sup>15</sup> Art Hospimedia : « des chercheurs se penchent sur des hôpitaux « zéro contention » en psychiatrie,20/01/2023

<sup>16</sup>Revue Santé mentale : *Plaid-Care, une recherche pour dégager les leviers d'une psychiatrie peu coercitive*,3 fev.2022

<sup>17</sup> Santé mentale n°286 comment éviter isolement et contention

<sup>18</sup> Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale.

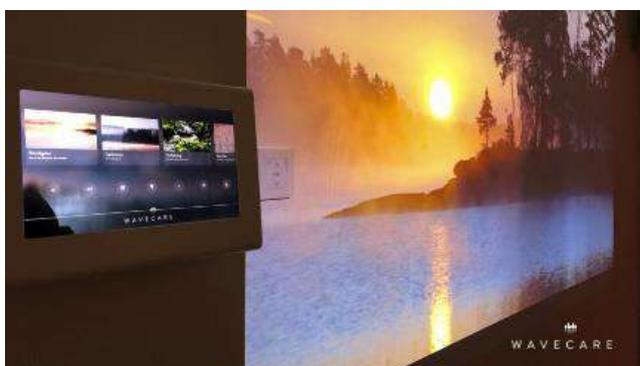
<sup>19</sup> Mathieu Bellahsen : « abolir la contention » Libertalia

<sup>20</sup> Art : « La contention peut-elle rester éthique »,actu-soins ,26/02/2019

Il s'agit aussi de respecter la liberté du patient et les droits du patient. Il faudrait réfléchir sur nos pratiques soignantes. Les patients relatent souvent cette « déshumanisation » lors de la contention en stipulant que rien ne leur avait été expliqué, qu'on les dénudait pour les attacher, qu'ils ne pouvaient pas aller aux toilettes, qu'on les enfermait alors qu'ils ne pouvaient pas bouger et qu'ils attendaient que le soignant passe. » Lors d'un entretien réalisé pour mon travail, un patient m'a dit : « c'est comme si c'était un animal qu'on enfermait en cage, c'est très difficile à combattre ça, parce que quand on combat ça c'est que vraiment, on perd nos moyens, c'est-à-dire un exemple simple, un chien quand il est dans la cage il tourne en rond, il tourne en rond, il fait ses possibilités pour sortir et quand il sort il est agité, il est content, il va partout, ben c'est la même chose, moi je voudrais pas que quelqu'un passe par la bas parce que c'est vraiment inacceptable. ». Dans ce témoignage, le patient se compare à un animal, selon l'écrivaine Tanella Bonni <sup>21</sup>: « Le mot dignitas nous renvoie tantôt au respect que mérite une personne humaine, tantôt au respect dû à soi-même. Dans l'acte de contentionner, le respect de la personne n'est pas toujours respecté et le soignant agit parfois selon ses propres valeurs, pensant qu'il agit pour « le bien » de la personne. Très peu de patients pensent que c'est pour leur bien qu'ils sont contentonnés, cela devrait poser question ». Selon l'infirmier Matthieu Guyomard : « La contention touche au droit fondamental du citoyen d'aller et de venir, nous voyons donc que le principe d'égalité n'est pas du tout respecté. La contention nécessite aussi une certaine forme de violence dans les soins qui est contraire à la relation soignante soignée. La contention rend le patient dépendant des soignants et annihile le pouvoir d'autodétermination de la personne. Des risques physiques et psychologiques peuvent aussi survenir. Ce dispositif doit donc être utilisé de façon plus qu'exceptionnelle et si les alternatives à la contention n'ont pas donné l'effet espéré. Il est opportun de développer d'autres outils permettant aux patients de s'apaiser sans utiliser obligatoirement l'isolement et la contention ». Tous ces témoignages démontrent que la dignité de la personne n'est en aucun cas respectée lors d'une prescription de contention. Le patient subit la contention, souvent sans explication au préalable et de ce fait ceci ne fait qu'accroître sa violence. Les témoignages de patients reçus sont poignants et soulignent le sentiment d'injustice et de colère que ressent le patient.

## 4 Le choix du concept Wavecare

Après différentes recherches, j'ai eu connaissance du concept Wavecare, plus récent, datant de 2014, centré sur l'apaisement des moments d'angoisse et d'anxiété. Le concept consiste en une immersion du patient dans une ambiance lumineuse et



concept Wavecare

sonore. La tablette fixée au mur est accessible par le patient qui peut couper le son, changer d'image à sa guise et d'effets lumineux. Ce concept vient du Danemark (cf.

<sup>21</sup> Pierre, S. (2021). D'une déontologie paternaliste à une éthique humaniste : Jean d'Arcy (1959-1980). *Télévision*, 12, 33-49. <https://doi.org/10.3917/telev.012.0033>

Annexe 22 étude pilote) et est utilisé depuis 2014. Il est arrivé suite à l'objectif du gouvernement danois de réduire la contention. Un test a été fait dans quatre Hôpitaux psychiatriques. En cinq ans, le taux de patients contentonnés a diminué : de 6,8 %, il est passé à 3,6 %. Ce concept a ensuite été généralisé sur 16 hôpitaux. Utilisé d'abord comme une pièce de désescalade, des effets ont été mesurés sur le stress, l'anxiété, le sommeil et la baisse de médicaments. Le patient se trouve ainsi extrait, pour un temps, du milieu hospitalier et s'apaise. Ce concept peut être utilisée de façon préventive. Il sollicite l'ouïe, la vue, le toucher. Plusieurs centres hospitaliers français utilisent ce concept pour les patients, mais certains l'utilisent aussi pour les soignants pour se détendre après des situations difficiles. Cet endroit peut favoriser l'alliance thérapeutique et ainsi la conformité aux soins. Un enjeu primordial est l'adhésion de l'équipe pour que ce concept puisse être bénéfique. Le concept Wavecare permet de définir le niveau de stimulation souhaité et laisse ainsi le choix au patient. Plusieurs séances peuvent s'avérer nécessaires. L'idée principale étant que le patient puisse s'approprier le concept et l'utiliser à sa guise. Des outils seront indispensables pour mesurer la satisfaction des patients, la fréquentation de l'espace. Cet espace est onéreux, mais il y a possibilité d'une prise en charge par l'ARS, un devis a été fait (cf. Annexe 7). Si le projet était retenu par l'établissement, l'espace pourrait servir également aux autres secteurs à proximité, ce qui pourrait renforcer les liens inter équipes.

Cette mise en place va nécessiter un changement dans les pratiques soignantes et de ce fait, en tant que cadre supérieur de santé, il me sera nécessaire d'accompagner ce changement. Je vais donc vous présenter les différentes phases de la conduite du changement.

## 5 Projet managérial sur la mise en place d'un espace d'apaisement en réponse à des besoins

A l'heure actuelle, les patients en crise n'ont d'autres alternatives que la chambre d'isolement. Mettre en place des espaces d'apaisement permettrait donc de créer un espace médiateur pour prévenir l'isolement, une sorte d'outil thérapeutique.

La Haute Autorité de santé (HAS) présente l'espace d'apaisement comme un outil pour : « l'amélioration des bonnes pratiques ». Ils sont définis par le décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022<sup>22</sup>. L'art. D 6124-265 de cette loi stipule que les unités d'hospitalisation devront avoir : « *un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients* ».

D'après les recommandations HAS, l'espace d'apaisement a pour objectif la prévention des moments de violence et la limitation au recours à l'isolement, à la contention. Il est également stipulé que cet espace doit être conçu en équipe en lien avec les usagers et doit faire l'objet d'évaluation et d'encadrement.

Le cadre supérieur de santé se positionnant en tant que leader du projet, il m'a semblé intéressant de définir ce qu'est le leadership.

---

<sup>22</sup> Décret 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité en psychiatrie JORF N°0226 du 29 septembre 2022

## 5.1 Le leadership

Définition : selon le Centre national de ressources textuelles et logistiques (CNRTL) : Le leadership est un « *mot anglais qui désigne toute personne qui se met à la tête d'un groupe y occupe la première place (surtout dans le vocabulaire politique)* ». Denis Cristol <sup>23</sup>, coach spécialisé dans le management ,présente un leader dépendant de trois facteurs :

- *La génétique qui peut favoriser le leader*
- *L'éducation familiale, la scolarisation, les études qui amènent des valeurs, des comportements*
- *Les frottements du quotidien, les contextes qui révèlent les leaders.*

Les interactions sociales amènent à ce qu'un individu sorte du groupe, mais : « *Tout leader ne peut pas exister sans suiveur, la posture du leader étant donnée par le groupe, le groupe reconnaissant le leader par ses compétences et non l'inverse. Le leader devant impulser du sens aux équipes.* » Le groupe légitime le leader. Il est fait notion de l'exemplarité du leader : « *Le leader doit réfléchir sur ce qu'il peut apporter au groupe, notion de don. C'est parce que je donne que l'on va me donner en retour , on retrouve une notion d'empathie, tenir des objectifs en faisant grandir ses collaborateurs, le chef de projet est un leader, le leader se révèle dans la durée, engagement de soi dans l'action qui permet aux équipes de se projeter, dans la gestion du pouvoir ,il faut le repartir pour un leadership partagé ,l' enseignement du leadership est d' emmener les personnes à réfléchir sur leurs actes, une méthode passion peut permettre de réaliser des choses impossibles.* ». En effet, je pense que le leader fait partie de l'équipe et pour que l'équipe suive le leader, elle doit croire en lui, le leader doit donc garder la confiance de l'équipe en suivant ses objectifs et en étant soutenant pour l'équipe. Selon le psychologue Kurt Lewin, il existe trois types de leadership :

- *Démocratique*
- *Autocratique*
- *Laisser faire*

Le leader démocratique est participatif et donc il favorise la communication au sein du groupe et l'échange.

Le leader autocratique est autoritaire

Le laisser faire manque de contrôle. L'interaction envers le groupe est primordiale pour le leader, et donc le style démocratique semble le plus adapté. Le leadership entretient la dynamique de groupe.

Selon Lewin <sup>24</sup> : « *La dynamique des groupes est régie par des forces qui exercent parallèlement leur influence : rôles, moyens de communication, type de leadership, normes et valeurs, buts que le groupe se donne et actions qu'il mène, etc.* ». Nous voyons donc ici que les notions de leadership et de dynamique de

---

<sup>23</sup>Denis Cristol : être leader, ça s'apprend. <https://www.youtube.com/watch?v=T1sr7Z8ECXQ>

<sup>24</sup> Lecomte, J. (2016). Kurt Lewin (1890-1947) : la dynamique de groupe Dans : Nicolas Journet éd., *Les grands penseurs des Sciences humaines* (pp. 95-98). Auxerre : Éditions Sciences humaines <https://doi.org/10.3917/sh.journ.2016.01.0095>

groupe sont étroitement liées. Aucun leader n'existe sans le groupe et le groupe a besoin d'un leader.

Je vais maintenant développer les différentes étapes du projet en me positionnant en tant que chef de projet.

## 5.2 Le projet et ses étapes

La première étape a consisté à formuler la demande : Après avoir formulé la demande auprès de la direction des soins, obtenu l'assentiment du cadre supérieur de pôle et du chef de pôle, il a fallu réfléchir à la stratégie à mettre en place pour travailler sur un objectif commun et motiver les membres de l'équipe à investir dans le projet. L'objectif principal étant de préciser le but à atteindre qui est la création d'un espace d'apaisement. Comme le souligne Ramez Cayatte, consultant en coaching : *« Si on veut aboutir dans la durée en mobilisant son équipe autour d'un projet porteur, il faut procéder de manière structurée par étapes et commencer par un diagnostic à la date de votre service, puis organiser un séminaire de réflexion dédié et mettre alors en œuvre les premières actions convenues lors de la réflexion d'ensemble. »* En effet chaque étape doit être réfléchie, les objectifs reformulés si besoin et la stratégie adaptée pour ne pas freiner le projet.

Je vais maintenant développer la démarche de management de projet.

## 5.3 Le mode projet

Comme le souligne M. Hugues Marchat, en sa qualité de formateur : *« Se mettre en mode projet, c'est décider de donner toutes les chances à quelque chose d'aboutir c'est aussi casser la routine, faire travailler ensemble des personnes qui n'ont pas nécessairement l'habitude de le faire, c'est aussi associer des compétences complémentaires »*. En tant que futur cadre supérieur de santé, il a tout d'abord fallu que je prenne ce nouveau positionnement et me fasse reconnaître comme chef de projet. Je connais bien l'équipe depuis deux ans et j'ai donc été très vite acceptée en tant que chef de projet. Tout d'abord il a fallu former l'équipe projet.

## 5.4 Constitution de l'équipe projet

Après avoir présenté mon projet aux membres de l'équipe, plusieurs professionnels ont manifesté leur envie de s'investir dans ce projet. L'équipe est donc constituée :

- De deux cadres de santé
- D'une psychologue
- D'infirmiers
- D'un psychomotricien
- D'un ergothérapeute
- D'aides-soignants

Une première réunion a eu lieu en Décembre pour présenter le projet. Lors de cette réunion je me suis positionnée en tant que pilote, j'ai présenté les grandes étapes du projet après avoir établi auparavant un planning de Gantt, montrant les différentes étapes envisagées du projet. Tout d'abord, j'ai eu l'idée de mener un sondage auprès des soignants et des patients afin d'évaluer leur connaissance des espaces d'apaisement, cela me permettant d'évaluer la nécessité de mettre en place ce

projet. La préparation du sondage été réalisé en équipe lors de cette réunion et a permis de croiser les différents regards des soignants. L'éducateur ayant connaissance d'un espace dédié dans un autre service a exprimé tout d'abord une opinion négative : « *de toute façon ça ne sert plus qu'aux enfants qui y viennent rarement* ». Il a donc fallu expliquer que chaque projet est différent, que c'est à nous de donner du sens au projet et de prendre en compte les obstacles et réajuster si nécessaire les objectifs.

## 5.5 Sondage d'équipe

La réalisation du sondage « test » a donc eu lieu. Un questionnaire a été créé afin de définir les objectifs du projet. Comme le souligne le sociologue Combessie P<sup>25</sup> : « *Le questionnaire a pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisables les informations et hypothèses préalablement constituées* ». Ce questionnaire ayant pour objectif d'analyser la situation, le point de vue et les connaissances des soignants pour essayer d'avoir une analyse représentative de la situation. J'ai procédé à la répartition des missions de chaque professionnel lors de cette réunion pour avoir une meilleure coordination du travail. Je connaissais déjà la méthode « Snoezelen » datant des années 1970 consistant à stimuler les sens du patient. Selon la psychologue clinicienne Stéphanie Orain<sup>26</sup> : « *le snoezelen ne se définit pas, il se vit, il se sent, dans la relation, dans l'intensité. Le snoezelen est avant tout un état d'esprit qui s'attache de façon prioritaire à trois axes :*

- *L'importance du respect de la personne*
- *La priorité aux expériences sensorielles*
- *La recherche de la détente et de la satisfaction.*

J'ai cherché à mettre en place un concept plus innovant centré sur l'apaisement plutôt que sur la stimulation. Après différentes recherches, j'ai eu connaissance du concept Wavecare, plus récent, datant de 2014, centré sur l'apaisement des moments d'angoisse et d'anxiété. J'ai ainsi contacté un service de l'hôpital « Le Vinatier » à Lyon qui a mis en place ce concept récemment et est en phase d'analyse de ce dernier. Dans une unité de psychiatrie temps plein, les patients à leur arrivée sont souvent en état de crise d'agitation et bénéficient d'alternatives à des pratiques traumatisantes pour les patients, comme l'isolement et la contention s'avère nécessaire. J'ai donc exposé à l'équipe les résultats de mes recherches et leur ai proposé d'organiser un rendez-vous en « Visio » avec la société. La « Visio » a donc eu lieu et leur a permis de découvrir les différents lieux où a été mis en place ce dispositifs et les témoignages de soignants. J'ai convié lors de cette réunion, le délégué départemental de l'UNAFAM, qui s'est de prime abord montré plus que réticent : « *méthode des années 70, qui malheureusement étaient polluées par le prétexte mystique et la drogue, voir le voyage vers Katmandou* ». Après cette « Visio », somme toute mouvementée, il a reconnu que cette mise en condition du patient favorisait la communication et l'échange, son interrogation se portait essentiellement sur la sortie de la chambre d'apaisement et sur la prolongation et l'entretien de son bénéfice. Ce qui m'a amené à réfléchir sur la continuité du soin lors de la sortie du patient. Outre le fait que la société propose une application que le patient peut charger à son domicile pour retrouver les sensations éprouvées, il a été évoqué la

---

<sup>25</sup> Combessie, J. (2007). III. Le questionnaire. Dans : Jean-Claude Combessie éd., *La méthode en sociologie* (pp. 33-44). Paris: La Découverte.

<sup>26</sup> Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et société*, 31(126), 157-164.

possibilité de mettre en place en plus de cette espace le programme « BREF » programme de psychoéducation pour les familles.

Analyse du sondage test.

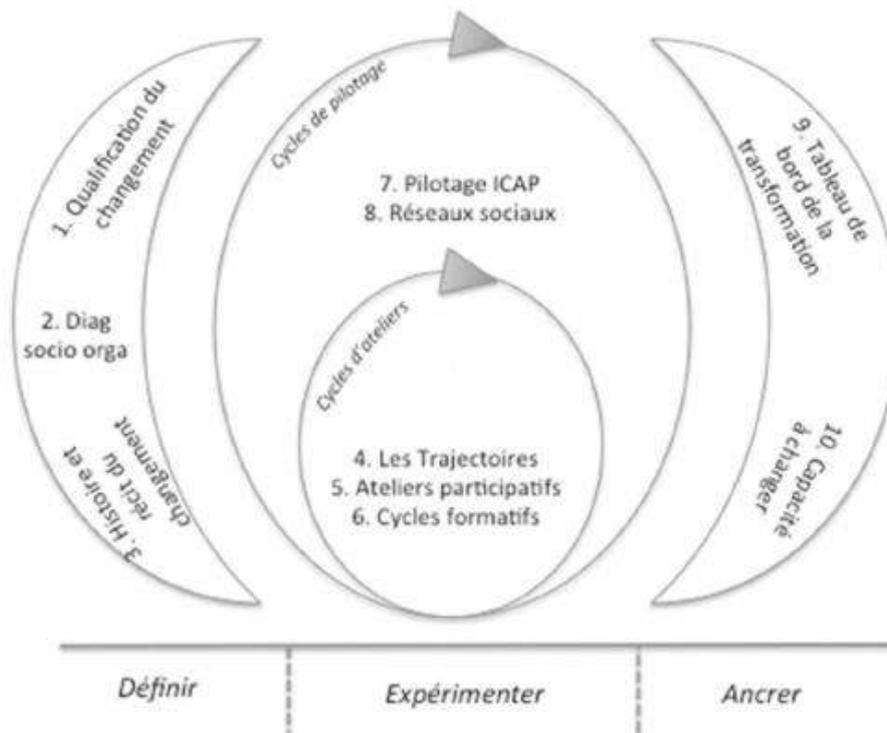
4 infirmiers et 1 aide-soignant ont participé au sondage, la tranche d'âge se situant entre 24 et 48 ans. La majorité des soignants connaissait le concept et son utilité, il en ressort que pour eux ; elle sert à contenir un patient « en crise », à éviter une altercation. Elle peut être utilisée pour tous les patients du service, sthéniques, intolérants à la frustration. A l'unanimité, elle est utilisée pour améliorer la prise en charge des patients. Les soignants pensent l'utiliser pour éviter que « les choses ne dégénèrent », pour que le patient puisse se recentrer sur lui-même. Elle peut être utilisée avant un soin (injection retard), à la demande du patient, si besoin, en cas de refus d'un soin. En ce qui concerne la présence ou non d'un soignant, la majorité pense que cette présence est nécessaire.

Je vais maintenant présenter un tableau des différents indicateurs identifiés.

Indicateurs	Objectifs	Cible
Délai	Avoir une réponse courant septembre pour la validation du projet	12 mois
Coût	Faire venir la société pour chiffrage du projet. Voir la possibilité d'une prise en charge par L'ARS Prévoir les coûts supplémentaires	5 mois
Qualité	Mesurer l'impact sur les équipes si le projet se concrétise A mesurer après l'installation Mesurer la satisfaction des usagers	Dans les 6 mois après l'installation de l'espace
Risques	Identifier les risques dans la gestion du projet	Tout au long du projet
Performance	Mesurer la performance des équipes dans ce projet	Tout au long du projet
Ressources humaines	Temps consacré par les membres au projet Compétences des membres de l'équipe à évaluer Formations à mettre en place	Tout au long du projet

Grâce à ces indicateurs, les objectifs pourront être réévalués tout au long du projet. Le délai de la mise en place peut constituer un frein au projet, car plus le délai est long et plus l'équipe projet risque de se désinvestir. Le projet coûte cher, ce qui peut représenter un frein de prime abord. Les compétences de l'équipe projet seront mises en exergue tout au long du projet. Il faudra certainement redistribuer les missions de chacun selon l'avancement du projet et les compétences dégagées par les membres de l'équipe. Le temps consacré à la formation des professionnels risque de se prolonger. Toutes les formations n'existant pas sur l'établissement, il faudra trouver les arguments pour les faire accepter par la formation permanente. La performance des équipes sera appréhendée au cours de ce projet par la réussite des objectifs, lors de la mise en place de l'espace et lors de la pérennisation du projet. L'équipe devra rédiger un protocole favorisant l'investissement de l'espace par les patients.

## 6 La conduite du changement et ses différentes phases



Selon Autissier et Moutot<sup>27</sup> « le changement est une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès. » La méthode comporte trois phases que nous allons définir ici.

### 6.1 La phase de cadrage

Selon l'auteur : « Elle permet de définir le niveau de changement c'est une phase de diagnostic identifiant les changements, les acteurs concernés, la culture et les irritants ». Ce projet représente un changement élevé car des pratiques doivent être changées. Des pratiques considérées comme thérapeutiques, mais qui ne le sont pas vraiment. Chaque projet rassemble des acteurs, je vais donc vous présenter une cartographie des différents acteurs.

<sup>27</sup> Autissier, D., Johnson, K., & Moutot, J. M. (2015). De la conduite du changement instrumentalisée au changement agile. *Question (s) de management*, (2), 37-44.

TABLEAU DE L'EFFECTIF DE L'UHTP DU G13

GRADES	STATUT	ETP
IDE	STAGIAIRES	3
IDE	TITULAIRES	2
IDE	CONTRACTUELLE	1
IDE	POSTE VACANT	5
TOTAL		11
ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL	STAGIAIRE	1
TOTAL		1
CADRE DE SANTE	FFCS	1
CADRE DE SANTE DE NUIT		0,25
TOTAL		1,25
AIDES SOIGNANTS	CONTRACTUEL	1
AIDES SOIGNANTS	TITULAIRES	2
AIDES SOIGNANTS	STAGIAIRE	1
	NON POURVU	1
TOTAL		4
ERGOTHERAPEUTE	STAGIAIRE	0,2
PSYCHOMOTRICIEN	TITULAIRE	0,2
EDUCATEUR	TITULAIRE	1
IDE DE NUIT	NP	1
IDE DE NUIT	STAGIAIRES	2
IDE DE NUIT	TITULAIRES	3
TOTAL		6

L'équipe du secteur 13 est composée de

- L'effectif normal est de 5 infirmiers, mais 1 départ a eu lieu.
- 4 aides-soignants
- 1 psychomotricien qui vient 2 jours/semaine
- 1 ergothérapeute qui vient 2 jours par semaine
- 6 infirmiers de nuit

La population accueillie est composée de 27 patients qui souffrent de diverses pathologies : 1 chambre est réservée pour un patient autiste. Les autres patients sont schizophrènes, bipolaires, dépressifs.

Selon Autissier et Moutot, les professionnels de terrain jouent un rôle de « réseau de changement » en étant en contact direct avec les patients. En ce qui concerne la culture du service : les soignants pratiquent l'isolement et la contention depuis toujours et la nécessité de changement de pratiques doit être intégrée par les membres de l'équipe et comprise.

Il est important de définir les objectifs de la conduite du changement.



Ce tableau est une ébauche de stratégie afin de conduire le changement.

Management participatif	contenu du travail	Relations de travail	Développement des compétences
Définition des rôles de chacun	Changement des pratiques	Renforcement de la cohésion du groupe	Entretiens individuels à réaliser
Réunions et échanges sur le travail	Autonomie à prévoir	Objectif commun à atteindre	Gestion des compétences
Informations régulières sur le projet	Gestion de cet espace à organiser	Impact sur les risques psychosociaux	Plans de formation

Pour obtenir les avis des professionnels de santé sur l'isolement et la contention, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs. Selon le sociologue Clément Pin : « L'entretien semi-directif consiste en une interaction verbale sollicitée par l'enquêteur/-trice auprès d'un-e enquêté-e, à partir d'une grille de questions utilisée de façon très souple. »

## 6.2 Les entretiens semi-directifs

J'ai choisi cette méthode, car elle s'apparente à une conversation, elle permet une certaine marge de manœuvre. Comme le souligne le sociologue français J.C. Kaufman <sup>28</sup>: « La meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur. »

Un guide d'entretiens semi-directifs a été établi en équipe avec la préparation de questions ouvertes et de questions de relance pour approfondir le sujet et de questions de précision, de questions de clarification (je n'ai pas compris). Les membres de l'équipe ont réalisé les entretiens auprès de trois infirmières de jour, une de nuit, un aide-soignant, un cadre et un psychiatre (cf. Annexes). D'autres entretiens avec un questionnaire différent ont été réalisés auprès de cinq patients qui ont connu une période d'isolement dans les six derniers mois.

<sup>28</sup> Kaufmann, J. C. (1996). L'entretien compréhensif Paris. Éditions Nathan.

## Analyse des entretiens

J'ai commencé par retranscrire les entretiens, pour ensuite traiter les données par thèmes et les mettre en tableau. J'ai choisi quatre thèmes principaux :

- L'isolement aurait-il pu être évité.
- Le retour des soignants sur l'isolement
- Quelles sont les indications de la mise en isolement
- D'autres solutions alternatives

A partir des entretiens réalisés auprès des soignants, des grands thèmes sont mis en évidence

### **Analyse du premier thème : L'isolement aurait pu être évité par :**

- Une meilleure communication avec le patient : Il voulait parler avec moi. Une communication non-verbale également par le regard, par la création d'une relation de confiance, d'une cohésion d'équipe. C'est vrai que parfois on ne prend pas le temps d'expliquer au patient pourquoi, le contexte, pourquoi on le met en chambre d'isolement, combien de temps ça va durer, on ne sait pas toujours le temps que ça va durer, mais au moins, en fait, ça se fait souvent dans l'action, le patient ne veut rien entendre, il n'est pas en capacité et en condition pour entendre ce qu'on lui dit, mais je pense quand même qu'on peut toujours essayer de lui expliquer.
- C'est de rassurer plus le patient. Quelquefois, on peut dire, on n'a pas assez dialogué, je ne sais pas. Euh, peut-être, mais je n'ai pas de cas comme ça qui reviennent, en général, c'était toujours motivé. Le mieux, c'est toujours le dialogue. J'ai pris à part dans le poste d'infirmier, je lui ai dit qu'il reste avec moi le temps qu'il faut qu'il se calme, il voulait à chaque fois ressortir de la pièce, non, tu restes encore, on discute, on est là, il voulait parler avec moi, il parla, mais c'était toujours des choses qui le faisaient monter dans l'unité, tu restes comme ça, moi je suis là à côté, tu te reposes, tu te poses, moi je suis. Les autres collègues, ils ont vu, ils sont sortis, on a fait ça peut-être pendant vingt-cinq minutes, il est ressorti, il était un peu plus calme sur le moment, mais après le lendemain, ça a repris. Mais au moment des faits, ça l'a apaisé. En restant allongé, j'avais éteint les lumières, il y avait juste la lumière du jour.
- L'effectif soignant : on n'a pas le temps de s'occuper des patients, on est occupé, on fait plein de choses, on doit être avec les médecins qui ont une vingtaine de patients à gérer, deux infirmiers, c'est toujours léger, ça monte vite et des fois la mise en isolement, c'est un peu la solution de facilité.
- L'instauration d'un lien thérapeutique : déjà les accompagner, qu'il y ait une personne, détacher une personne pour qu'il y ait un climat, s'entretenir et créer un climat de confiance, puis de dire que s'il y a un problème, ne pas hésiter à venir nous voir, plutôt que de faire du mal, essayer de creuser pour voir si c'était dans un but vraiment d'aller jusqu'au bout, de mourir, on ne sait pas si c'est juste.

- Par l'observation du patient en amont afin d'anticiper cette mise en isolement. Quand je ne les voyais pas bien, ou vraiment que leurs hallucinations prenaient le dessus, ils nous entendaient plus, alors ça ne les rendait pas vivables avec les autres patients. Il faut être attentif aux signes. parce que en plus si on est au milieu des patients, au contact plus régulier au lieu d'être enfermé dans le poste de soin, on voit s'il y a des signes d'agressivité, s'il y a des patients qui commencent à être un peu tendus détecter ces moments où les patients sont plus tendus, ou on voit les premiers signes d'agressivité, quand un patient va moins bien, ça du coup c'est avec du personnel, mais après aussi les patients ils peuvent aussi faire des choses seuls, mais aussi il faut qu'ils aient des lieux, un lieu pour se retrouver, faire des activités, en fonction des services, il y a pas toujours ça, dans certains services il y a pas de salles dédiées aux patients. Des techniques de désescalade : du coup, essayer de comprendre qu'il y ait de la réassurance, essayer d'apaiser, faire des activités avec eux. L'importance de la posture du soignant : ne pas être en mode cow-boy, être en égalité d'humain à humain. Je sais que du coup il faut mettre des mots pour qu'ils comprennent, qu'ils s'apaisent et notamment c'est les mots, c'est les rassurer, leur faire comprendre que c'est pour leur bien, soit en effet quelque chose autour de la désescalade ou de l'isolement sous une autre forme, d'apaisement et puis sur la poursuite de mesures déjà existantes ou l'initiation à déjà été faite on voit bien qu'on pourrait certainement réduire le temps de la mesure si on pouvait offrir quelque chose d'autre dans le service ,notamment d'accompagnements para médicaux ou autres .
- Notion de temporalité : on se dit qu'on n'a peut-être pas essayé ça, donc si on l'accompagne un peu plus, on a le temps de l'écouter, on essayait de comprendre un peu, mais aussi si on est en nombre, ce n'est pas pour juste faire les soins, être plus nombreux avec les médecins, c'est pour pouvoir proposer des solutions aux patients.
- Rompre l'ennui : les patients tournent en rond dans les services, donc en fait, le but d'être en nombre dans les services, c'est proposer des occupations, des choses aux patients pour qu'ils puissent s'occuper, bien voilà, ce sont vraiment des activités occupationnelles, ou même discuter avec eux, être avec eux. Et ça, je pense que ça pourrait éviter beaucoup de frustrations de la part des patients et de l'agressivité, parce qu'en plus, si on est au milieu des patients, au contact plus régulier au lieu d'être enfermé dans le poste de soin, on voit s'il y a des signes d'agressivité, s'il y a des patients qui commencent à être un peu tendus.
- Manque de choix : pas d'autres espaces disponibles : dans les cas auxquels je pense, on n'avait pas d'autres espaces pour pouvoir positionner le patient, pas d'autres alternatives, pas de choix.
- Instaurer la mise en place d'autres traitements : Pour éviter il aurait peut-être fallu avoir essayé d'autres traitements.
- Des mesures de prévention en aval : il y a l'initiation de la mesure qui aurait pu certainement être évitée puisque dans un certain nombre de cas, c'est difficile à préciser, on a quand même des informations de l'équipe para médicale qui

rapporte que telle ou telle personne commence à présenter des troubles du comportement et donc il aurait pu être fait quelque chose en aval en avant de faire une mesure d'isolement ,quelle type de mesure, c'est quelque chose de spécifique, soit de répondre aux demandes si c'est possible d'y répondre.

### **Analyse du second thème : Le retour des soignants sur l'isolement**

- Pas de notion de stress de la part de certains soignants : j'essaye d'expliquer que ça n'est pas une punition. Pour moi, étant donné que je prends conscience de la nécessité pour certains patients d'être mis en isolement, donc je le vis tout simplement sans aucune appréhension et en comprenant très bien les raisons, les motifs, donc voilà. Moi, je sais que j'arrive à me détacher de ça parce que je me dis, c'est un soin déjà, c'est un soin euh... Le plus souvent, on se dit que c'est pour le patient, donc je n'ai pas de mal avec l'isolement. En tant que soignant, moi, je n'ai pas de mal. Enfin, s'il faut le faire, voilà, on le fait. Je pense que c'est nécessaire, parce que je suis spectateur de la crise, donc je pense que c'est nécessaire. Après, je vois le résultat quelques heures après ou même le jour suivant : le patient est plus apaisé. Je ne vais pas dire bénéfique, mais si c'est plutôt utile dans certains cas, c'est à évaluer. Voilà, c'est ça, c'est à évaluer selon la personne. Tu fais ton travail pour le bien du patient, on va dire que ça ne me procure rien de particulier.
- Nécessité de l'isolement : c'est nécessaire, plutôt utile, à évaluer selon la personne, ça ne me procure rien de particulier, le mieux, c'est le dialogue, c'était inévitable, nécessaire, les consignes, après on évalue. Ça dépend du patient et des conditions. Moi, spécialement, je suis déjà préparé, voilà. Et d'autres, quand ils sont agressifs et qu'ils ont commis un acte, on leur précise que c'est pour éviter qu'ils récidivent. Donc, il est vrai que l'isolement, c'est un soin très délicat, compliqué, mais c'est notre travail, quand on le fait, on se dit toujours voilà, c'est pour le bien du patient.
- Dernière alternative : dans ma pratique, pour moi, c'est vraiment la dernière alternative qu'on utilise pour permettre que le patient soit en sécurité et pour lui et pour les autres. Mais elle est sous prescription et doit vraiment être utilisée de façon exceptionnelle dans une situation de crise. On essaye au maximum de l'éviter dans le service en tout cas.
- Une mauvaise évaluation : c'est la solution de facilité, donc du coup, on se dit, on sent une certaine injustice, une impuissance, même pour les équipes, des fois, c'est la facilité. C'est un peu injuste parce que des fois, on enferme les patients parce qu'il y a un risque qui passe à l'acte alors qu'il n'a rien fait, donc on se dit, peut-être qu'il ne va rien faire si on ne l'enferme pas, donc pourquoi l'enfermer pour quelque chose qu'il n'a pas fait ou qu'il risque de faire, donc c'est vrai que c'est compliqué, il faut mesurer ce côté bénéfice/risque.
- Notion de soin : c'est un soin très délicat, compliqué, mais c'est notre travail, quand on le fait, on se dit toujours : voilà, c'est pour le bien du patient, en tant que soignant, moi, je n'ai pas de mal. Enfin, s'il faut le faire, voilà, on le fait.



*Point de vue des soignants*

### **Analyse du troisième thème : Quelles indications pour l'isolement**

- Le comportement du patient : Patient un petit peu agité, maniaque, autiste, patients déprimés, anxieux, bipolaires. De l'agitation, des cris, vociférer, des conflits, être insultant, violence, manque de respect, répéter plusieurs fois les mêmes consignes, la réponse toujours aux mêmes demandes, violence, sthénécité sous-jacente. Quand on n'arrive pas à contenir le patient dans le service, quand il est agité. On essaie que ça soit vraiment le dernier recours, qu'on n'ait pas d'autre choix. On essaie toutes les alternatives avant de recourir à l'isolement, sauf que parfois, on n'a pas le choix pour le bien, que ce soit pour le patient ou le soignant. S'il y a des risques auto-agressifs ou hétéro-agressifs, à ce moment-là, on n'a pas le choix. De l'agressivité, une auto-hétéro-agressivité ou une agitation extrême sans que forcément ça soit dirigé vers quelqu'un, mais quelqu'un qui se dénuderait ou qui ferait des choses vraiment extrêmement étranges, dégradantes pour lui-même, ça pourrait nécessiter une mesure d'isolement.
- Pour le bien du patient : pour protéger le patient et les autres patients. Très agité, schizophrène. Il y a pas mal de contextes de frustration de patients, des fois ça peut arriver qu'ils peuvent ne pas comprendre que des fois il y a des règles et puis ils peuvent s'emporter, voilà, ils peuvent s'emporter et aller trop loin, des fois ils peuvent en venir aux mains. S'il y a des risques auto-agressifs ou hétéro-agressifs. Pour que l'équipe soignante et ainsi que les patients soient en sécurité.
- Sur prescription : soit c'est les directives du médecin qui nous demandent d'isoler le patient ou bien c'est les consignes : si le patient est agité, on ne peut pas le contenir, on doit l'isoler, après il y a toujours une évaluation à posteriori avec le médecin.
- Des méthodes non thérapeutiques : je crois maintenant que l'isolement n'est plus considéré comme une méthode thérapeutique, mais comme une nécessité devant les troubles du comportement ou devant une surveillance nécessaire très accrue (entretien psychiatre, Annexe21)

## Analyse du quatrième thème : d'autres solutions alternatives

L'espace d'apaisement a plusieurs fonctions :

- Lieu pour faire du relationnel : pour se poser pour le soignant, faire du relationnel patient plus ouvert à dire quelque chose. Pour les soignants aussi.
- Lieu apaisant quand le patient est agité : cela peut tranquilliser le patient, l'apaiser pour éviter l'isolement, mais on ne peut pas y rester, y passer la nuit, c'est juste un temps. Pour un patient dans l'entre deux, lui proposer cette possibilité pour se calmer, éviter d'être contentionné avec une injection, bon système de sécurité pour les soignants. L'espace d'apaisement quand leurs hallucinations prenaient le dessus et qu'ils n'entendaient plus rien, pas être dans la surveillance, patienter, déstresser. Le mieux, c'est les apaiser, les rassurer, leur expliquer que si leur comportement est adapté, très rapidement, ils iront en chambre hôtelière, ils ont les cartes entre leurs mains. Comprendre que du coup, ça sera pour t'apaiser, car tu risques d'aller en chambre d'isolement, que tu aies une injection, ce n'est pas l'intérêt, c'est vraiment au cas par cas. Salles dédiées au patient pour qu'ils puissent se poser, être tranquilles, donc peut-être ça peut servir aussi d'espace de repos, entre guillemets, pour les patients ça peut être un premier objectif de ces chambres comme indication. Pour éviter l'isolement, mais la chambre d'apaisement, on ne peut pas y rester, on ne peut pas y passer la nuit, c'est juste un temps, ça dépend de comment elle pourrait être. Si c'est pour passer trente minutes, une heure et que ça apaise le patient, je pense que ça pourrait éviter la case isolement. Je pense que ça serait bien.
- Pour être dans la surveillance, pour patienter, pour déstresser peut-être. Aujourd'hui, pour le moment, ça apaise, demain, on ne sait pas, on peut réessayer la salle d'apaisement, pour le différer, il faut plusieurs séances entre guillemets, moi, je dirai différer. Ça pourrait être utilisé au préalable d'une mise en place en chambre d'isolement pour proposer des solutions pour des patients qui se sentent, soit dans un état d'agitation, eux-mêmes qui transmettent à l'équipe ne pas se sentir bien, angoissés.
- En prévention : pouvoir prévenir des moments d'agitation, d'agressivité, pouvoir essayer de contenir pour que l'agressivité et l'agitation soient tolérables sans avoir besoin d'une mesure d'isolement, dans un cadre de prévention, sur des patients pas complètement très agressifs, ça serait une première possibilité, mais ça pourrait être utile pour d'autres patients qui certainement auraient pas été en isolement mais nécessiteraient quand même, ou auraient un bénéfice de pouvoir être dans des chambres d'apaisement, des patients qui passent leur temps à parler aux infirmiers en posant mille et une questions, en faisant des demandes très répétées, qui est usant pouvoir prévenir des moments d'agitation, d'agressivité, pouvoir essayer de contenir pour que l'agressivité et l'agitation soient tolérables sans avoir besoin d'une mesure d'isolement, dans un cadre de prévention, sur des patients pas complètement très agressifs, ça serait une première possibilité, mais ça pourrait être utile pour d'autres patients qui certainement auraient pas été en isolement mais nécessiteraient quand même, ou auraient un bénéfice de pouvoir être dans des chambres d'apaisement, des patients qui passent leur temps à parler aux infirmiers en posant mille et une questions, en faisant des demandes très

répétées, qui est usant pour le personnel soignant, ça aussi ça peut être, sans que ce soient des profils qui aient besoin d'un isolement, ça reste des troubles du comportement plus modérés mais ça donnerait un vrai bénéfice pour les équipes soignantes et puis pour le patient lui-même d'avoir des chambres d'apaisement.

- Avec ou sans soignants : forcément, il faut qu'il y ait une personne qui l'accompagne avec une musique d'ambiance, essayer qu'il se relaxe. Il faut vraiment qu'il soit accompagné des personnes pour créer un climat avec une musique d'ambiance, un climat de confiance et de respect. Il faudrait y aller avec lui au début ou le laisser seul. Tout seul, avec une personne, est-ce que ça permet de se concentrer avec quelqu'un ? Ça dépend si la personne a envie de parler, mais elle peut parler avant d'aller dans cette pièce, mais si on a essayé, mais que ça ne fonctionne pas, la salle d'apaisement : il faut que ce soit un endroit où il soit seul, se recentrer, éviter les choses extérieures, quand il y a quelqu'un, on a toujours envie de parler, de Je pense que tout dépend de l'état clinique du patient. Si le patient c'est à sa demande, s'il veut l'utiliser pour une mise en recul, je pense que ça pourrait être utilisé de façon autonome par les patients. L'autre cas de figure, c'est l'équipe qui suggère une mise en place de cette chambre. Le voyant agité et s'il y a de la résistance de la part du patient, on peut proposer un accompagnement dans un premier temps soignant et quand les choses sont apaisées, qu'il puisse y avoir recours de façon autonome. Je crois que le principe, c'est non, il faut que ça soit présenté au début, mais le patient reste seul. Pour des gens très particuliers, retards mentaux, troubles autistiques, de l'apprentissage sévères qui auraient besoin d'aide pour s'en servir, dont on verrait l'efficacité, là oui, il faudrait quelqu'un, mais sinon, a priori, non.
- En attente ou après des soins : en attente des injections. Pour différer l'isolement avec plusieurs séances. On ne sait pas de quoi sera fait le lendemain, se recentrer, éviter les choses extérieures, car s'il y a quelqu'un, on a envie de parler, de se confier, de se justifier. Pas vivable pour les autres patients.
- Pour évaluer les comportements des patients : Pour pouvoir les surveiller, voir comment évoluaient leurs troubles, ils pouvaient se reposer, se détendre. Possibilité de discuter s'ils voulaient se sentir mieux, se sentir rassuré.
- Lieu propice aux activités : Des patients sans forcément nécessiter une chambre d'isolement peuvent aussi, plutôt que d'errer, de fumer, de ne pas savoir trop quoi faire, ils peuvent aussi y participer.
- Des ambiances : beaucoup de patients pourraient en bénéficier. Détecter ces moments où les patients sont plus tendus, où on voit les premiers signes d'agressivité, quand un patient va moins bien, ça du coup c'est avec du personnel, mais après aussi les patients ils peuvent aussi faire des choses seuls, mais aussi il faut qu'ils aient des lieux, un lieu pour se retrouver, faire des activités, en fonction des services, il y a pas toujours ça, dans certains services il y a pas de salles dédiées aux patients pour, euh... faire des jeux de société, les services

de psychiatrie, des fois c'est des chambres, des couloirs et il y a pas de salles d'activités, quand c'est des services fermés c'est compliqué de mettre ça en place, donc si ils ont des lieux dédiés ou avec quelqu'un qui est là pour faire des choses avec eux, éducateur, aide-soignant, psychologue, peu importe, même sans présence, des choses avec des jeux de société, petite bibliothèque ou ce genre de choses ça peut peut-être aider.

- Espaces dédiés aux patients : Des espaces qui seraient vraiment aux patients, pas comme ils ont leur chambre, mais des espaces qui pourraient leur appartenir, où ils pourraient se dire, je suis bien, je suis tranquille, plus qu'avoir l'impression d'être à l'hôpital. Les chambres d'apaisement, c'est quelque chose qui est un peu nouveau et que je trouve qui est vachement intéressant, qui est une alternative à l'isolement qui mérite d'être approfondie et dont les services devraient essayer de se saisir, car on ne peut pas continuer d'enfermer tout le temps des patients dès qu'il y a un souci : être hospitalisé dans un service, c'est compliqué, alors si on peut améliorer le quotidien des patients, moi, je dis que c'est toujours intéressant.
- Espaces bénéfiques pour soignants et patients : Pour se poser, envie d'être seul ou avec un patient, bénéfique pour les deux. C'est toujours pour le bien du patient, on ne fait jamais, ce n'est pas une punition, quelque chose qu'on fait pour le menacer, on se dit toujours que si on fait ça, c'est pour qu'il puisse se calmer et être moins dangereux, oui, à chaque fois, on se dit toujours que derrière, c'est pour son bien.

### 6.2.1 L'analyse des entretiens patients

Trois thèmes se dégagent des entretiens effectués auprès des patients :

- Vécu du patient par rapport à l'isolement
- L'isolement aurait pu être évité.
- Comment ils conçoivent l'espace d'apaisement

#### **Analyse du premier thème : Vécu du patient sur l'isolement**

- L'inconfort du lieu : oui, je disais que c'était difficile, l'isolement dû en fait au lit. Le lit était un courbé. Ce n'est pas confortable pour dormir, difficile même maintenant. J'étais allongé tout le temps. C'est que rester allongé, tu n'as pas de possibilités ni de chaise, ni de table, tu as juste un lit et des toilettes.
- Le sentiment d'être puni : j'ai un souvenir, un souvenir vraiment désagréable, honnêtement, ce n'est pas une bonne punition pour quelqu'un qui doit aller là-bas.



## **Deuxième thème : l'isolement aurait-il pu être évité ?**

- Par rapport à ce que j'ai fait, oui, bien sûr, si je ne m'étais pas engueulé avec monsieur X.
- Moi, c'est juste parce que j'écoutai la musique et j'avais des propos un peu bizarres qui ont fait qu'on m'enferme.
- Après, si la personne elle est vraiment violente, ce n'est pas le moyen nécessaire de l'enfermer en isolement. On peut faire quoi : il reste dans sa chambre, on le ferme à clefs, mais lui, il peut ouvrir la porte, c'est ça qui est dérangeant. Ou ils font une pièce, encore mieux, ils font une pièce : il y a la même chambre sauf que ce sont les gérants qui ouvrent ou ferment la porte.
- Par la réponse aux attentes soignantes : que j'avoue tout d'emblée

## **Troisième thème : la conception de l'espace d'apaisement**

- Se divertir : jouer aux cartes, aux dominos, si possible avec des écouteurs, que chacun a sa propre musique. C'est ça, tout à fait, franchement, je vais vous dire la vérité, vous avez vraiment eu le même réflexe que moi, une télé, c'est ça que j'allais vous dire. Moi, j'imagine qu'en bas, dans le hall, il y a la télécommande, il peut changer les chaînes s'il veut, pour ne pas qu'il s'isole lui-même.
- L'importance de l'ambiance. Chacun choisit son ambiance, ah bah, c'est super, alors ça peut être du rap. J'ai compris, ça peut être la pluie, de l'air. Je verrai par exemple des murs blancs, pour l'apaisement, un peu de lumière, de clarté, pas de musique, un peu d'odeurs sympathiques, d'encens. Des livres, la lumière, la musique. Avec un peu de lumière et un peu de musique. Parce que ça ne fait pas l'effet d'être hospitalisé.

## **Pour quelle utilisation ?**

- L'apaisement : Ça peut bien apaiser l'esprit. Oui, bien sûr, bien sûr, ça fait qu'il se relaxe et qu'il se décompresse. Ça dépend de mon état, en fait. Si je suis un peu mieux, ça ne peut qu'apaiser. Sans soignants, pour se recentrer, être seul. Pour améliorer le psychisme, ça peut apaiser éventuellement, pas au moment de la crise. Je ne me sens pas énervé, mais ça peut être utile pour quelqu'un qui est angoissé. Trouver ses repères, ça peut être intéressant. Plutôt seul ou avec deux patients, ça m'est égal. Un peu de calme, être tranquille.

J'ai choisi de comparer les entretiens entre patients et soignants pour voir les divergences de points de vue et aussi les valeurs communes.

## 6.2.2 Comparatif des entretiens patients et soignants

Point de vue soignants	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien cadre	Entretien psychiatre
L'isolement aurait pu être évité par	Inévitable Pas assez de dialogue	Non pas assez de chambres d'isolement	Ça peut l'être Contexte pas creusé	En les occupant	Pas d'autres alternatives D'autres choix	Prévention dès le signalement Chambre d'apaisement
Points de vue patients	Entretien patients 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	
L'isolement aurait pu être évité par	Oui, si je m'étais pas engueulé avec M x	En parler d'abord Arranger la chose En parler au médecin	Je ne sais pas Je n'étais pas conscient	Oui ,que j'avoue tout d'emblée	Je ne sais pas j'étais violent	

Analyse du tableau :

Les soignants pensent que l'isolement est nécessaire et que dans certains cas, il est inévitable. Selon eux, l'isolement est pour le « bien » du patient et des autres patients. Le vivant comme une nécessité Les soignants interrogés ne sont pas « stressés » et arrivent à prendre de la distance avec cette mesure. L'isolement pour la majorité des soignants reste un soin. Une seule IDE (entretien 2) est plus dans l'empathie et me confirme que son vécu dépend du patient.

Deux patients en gardent un souvenir difficile et désagréable. Un patient se souvient juste des entrées et des sorties. Le patient (Annexe 19) se demande pourquoi il a été conduit en hospitalisation. Il ne se rappelle plus de l'isolement, mais de l'hospitalisation qui lui a fait du bien selon lui. Le patient (Annexe 18) en garde un souvenir assez violent de violence : « Je me suis battu avec les soignants et le psychiatre. » ; Il se souvient de la mise sous contention contre son gré ; il ne porte cependant aucun jugement sur les soignants, admettant qu'il était violent à cette période. Les soignants et les patients ont donc des visions totalement différentes sur la mise en isolement et le vécu des patients. Cela montre une certaine forme de violence qui est à l'opposé du « bien » que peuvent décrire les soignants

Nous voyons ici que les mesures d'isolement auraient pu être évitées en dialoguant, en agissant de façon préventive, en proposant d'autres alternatives et en occupant les patients. Une seule infirmière est pour l'augmentation des chambres d'isolement pour les contenir la nuit. En ce qui concerne les patients, le manque de dialogue ressort ou les souvenirs sont effacés ou mitigés (j'étais violent).

Voici un tableau comparatif du vécu des soignants par rapport au vécu des patients sur l'isolement

Point de vue des soignants	Entretien aide-soignant	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	CADRE	PSYCHIATRE
Les indications de mises en isolement	L'agitation Des conflits Répéter les mêmes consignes De la violence Pour protéger le patient	Mise en danger des autres et de lui-même Apaiser la personne	L'anosognosie Des contrariétés La consommation de toxiques La sthénicité	La frustration Pour les protéger d'eux même et des autres	Risques auto ou hétéro ou agressifs Les directives du médecin	Ruptures de traitement Pas d'autres alternatives	L'agressivité Pour protéger le patient
	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5		
Point de vue des patients	Je m'étais engueulé	J'écoutai de la musique, j'avais des propos bizarres	Se rappelle très peu, sédaté	Violence	Je ne comprenais pas		

Analyse du comparatif des entretiens soignants et patients :

Pour les soignants les mises en isolement ont été justifiées par :

- Un état d'agitation : des conflits, de la violence, des insultes
- Le non-respect des consignes
- Pour protéger le patient de lui-même et des autres patients
- Pour protéger l'équipe soignante
- La répétition aux mêmes demandes
- La consommation de toxiques
- L'anosognosie
- L'Intolérance à la frustration
- Les directives du médecin
- Une rupture de traitement
- Un patient qui ferait des choses dégradantes pour elle-même

Pour les patients les mises en isolement ont été justifiées par :

- Un événement peu important : si je ne m'étais pas engueulé avec monsieur X.
- Un état sthénique : j'étais très agité à cause de ma pathologie.
- Un sentiment d'incompréhension : je ne comprenais pas pourquoi j'étais hospitalisé.
- Une absence de souvenirs : j'étais trop sédaté.

Désormais, je vais exposer le diagnostic psychosocial du service

## 7 Le diagnostic psychosocial

Les professionnels de terrain : ce sont essentiellement des infirmiers diplômés très récemment qui sont prêts à changer leurs pratiques, ne sont pas encore dans une routine trop importante et ont des facilités d'apprentissage. L'équipe projet ne rencontre donc pas de résistance au changement. Les infirmiers ont intégré l'équipe depuis un ou deux ans c'est donc une jeune équipe. Le souci étant qu'elle est peu expérimentée et donc aura besoin d'un accompagnement plus soutenu pour la pérennité du projet. Les aides-soignants sont plus expérimentés et semblent plus investis dans le changement de pratiques. L'équipe est donc complémentaire et ce qui a une grande importance, elle travaille dans le respect du patient. Une cohésion d'équipe est en place. Cette cohésion s'est instaurée lors du changement de locaux. Effectivement, le service a déménagé depuis maintenant deux ans sur un autre secteur. Beaucoup de professionnels sont partis et l'équipe a du se reconstituer. Dans un premier temps, n'ayant plus aucun référent expérimenté, l'équipe a eu besoin d'un encadrement soutenu de la part du cadre de santé présent qui faisait figure de référence, partie pour d'autres fonctions et le poste étant occupé par un faisant fonction seulement pour quelques mois, l'équipe projet doit être vigilante à l'appropriation du projet par les soignants et je pense que si le projet abouti il faudra réaliser un encadrement soutenu sur plusieurs mois.

Pour avoir une vision du projet plus précise, je pense qu'il est opportun de réaliser une méthode permettant de recenser les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités du projet. J'ai donc choisi de réaliser un SWOT. Méthode d'analyse : SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats)



## Analyse du SWOT

Je vais maintenant détailler chaque item :

### **Les forces**

- Il existe une dynamique d'équipe, les soignants communiquent entre eux et se montrent impliqués dans leur travail et auprès des patients. Plusieurs projets ont été menés avec cette équipe, dont la création d'une salle de sports pour les patients, ils ont donc acquis une dynamique de projets. Lors de la période de la certification j'ai prévu la mise en place de blind tests sur les notions essentielles à connaître ce qui a soudé un peu plus les soignants. Au niveau du projet de chambre d'apaisement, les soignants interrogés expriment une certaine satisfaction au sujet de sa mise en place.
- L'équipe est prête à rentrer dans une dynamique projet, jeunes diplômés ils sont encore dans une dynamique d'apprentissage et aptes à réaliser un changement. Les infirmiers sont diplômés depuis moins de trois ans et sont donc encore en période de maturité, n'ont pas encore d'automatismes et sont plus aptes à intégrer de nouveaux apprentissages.
- Il n'y a pas de résistance au changement, mais la crainte que le projet n'aboutisse pas est extrêmement présente, il est donc essentiel que je puisse les tenir informés régulièrement de l'avancée des démarches lors de réunions. L'encadrement supérieur est soutenant. L'équipe semble impliquée, certains ne connaissaient pas le concept mais y adhèrent.
- Le chef de pôle et la cadre supérieure de santé valident entièrement le projet, ainsi que les psychiatres du pôle. Leur soutien est primordial pour l'avancée du projet.
- Ce projet aura un impact sur les risques psychosociaux, dans le sens que les conditions de travail seront améliorées. Les espaces d'apaisement sont des outils supplémentaires proposés aux patients, ils participent à l'apaisement du patient, les infirmiers sont donc moins confrontés à des situations de violence et travaillent dans un climat moins stressant, ils sont de ce fait plus disponibles pour le patient et la qualité de vie au travail est améliorée.

### **Les faiblesses**

- L'équipe a besoin d'un encadrement et de formation. Les visions sur le concept sont très différentes, mais tous sont d'accord pour avoir un lieu privilégié pour le patient pour faire du relationnel et déstresser les patients. En tant que cadre supérieure de santé la phase qui consistera à penser cet espace sera très importante et si le projet abouti, elle doit être pensée, réfléchi ensemble par la mise en place de groupes de travail.

Les infirmiers manquent de formation. En tant que cadre supérieur de santé, il faudra évaluer leur besoin en formation en identifiant leurs compétences. Les entretiens annuels d'évaluation seront une bonne opportunité pour les professionnels d'exprimer aussi leurs besoins en formation. Ce moment privilégié me permettra aussi de les orienter vers des formations plus ciblées. Ils pourront ainsi améliorer leurs compétences. Lors de la préparation de la visite de certification, des infirmiers se sont montrés plus investis, je vais m'appuyer sur ces derniers pour mettre en place le projet. J'ai constaté que les moins investis manquaient de confiance en eux, avaient peur de ne pas réussir dans leurs missions. En tant que cadre supérieur de santé il faudra leur donner des missions adaptées à leurs compétences pour ne pas les confronter à l'échec et permettre de les revaloriser

- Les soignants qui travaillaient en huit heures, travaillent depuis trois mois en douze heures suite à leur demande. De ce fait le temps de transmission est diminué avec une baisse d'offres en relations humaines permettant les liens formels et informels. Selon JP Lanquetin infirmier de secteur psychiatrique<sup>29</sup> (2015) : « *il peut s'agir d'aller discrètement au-devant de l'autre, de se rendre disponible, de soutenir et d'offrir sa présence sans l'imposer, de s'arrêter sur une détresse ou une inquiétude, ou encore de diriger un geste qui entoure. Il s'agit aussi de saisir une main qui se tend (« main-tenir »), d'alimenter un narcissisme défaillant, de porter une attention liée à un élément de confort, ou de mobiliser son sens de l'occasion sur l'ouverture d'une fenêtre « relationnelle ».* La dynamique d'équipe a ainsi été modifiée, les journées de travail ont dû être réorganisées et rallongées. Deux infirmières sont absentes et un turn over important d'infirmiers à lieu en ce moment (vacataires, intérimaires) l'équipe est donc fortement impactée.
- Bien que l'équipe soit motivée, si les délais d'attente s'allongent pour mener à bien ce projet, cela risque d'entraîner une démotivation des équipes. C'est pour cela qu'il est très important de communiquer toutes les informations à l'équipe en temps réel en maintenant des réunions à rythme régulier et en favorisant la transparence.

### **Les menaces**

- Le coût du projet est assez élevé (cf. annexe). Afin de voir s'il serait possible d'installer ce système dans l'ancienne chambre sécurisée j'ai convié la société à venir nous voir sur place, qui a réexpliqué le système au groupe projet et pris les mesures nécessaires ainsi qu'une vidéo pour budgétiser le projet. J'ai contacté le service des travaux de Ville-Evrard qui m'ont confié les plans de l'espace. Il a été établi un prix de 42000 euros, ce qui représente un investissement. Pourquoi ne pas mettre du matériel Snoezelen qui coute beaucoup moins chers ? Les bénéfices attendus ne sont pas les mêmes et une étude pilote a été faite au Danemark (cf annexe) qui montre les bénéfices de ce système.

---

<sup>29</sup> L'informel en psychiatrie, approche du travail du travail invisible de l'activité infirmière dans techniques hospitalières Juillet-août 2015

- Une autre menace est la possibilité que ce projet ne soit pas retenu par la Vice-présidente de la CME qui elle-même a installé avec un autre secteur un espace qui ne fonctionne pas et est de ce fait très peu utilisé. C'est pour cela que les arguments que je dois lui présenter, suite au Benchmarking à l'hôpital « le Vinatier » doivent être étayés. La différence principale entre nos pratiques est le manque de restitution du vécu des patients sur l'isolement qui ont permis de mettre en place des formations ciblées qui n'existent pas sur mon établissement. Une certaine concurrence sous-jacente existe entre mon projet et celui qu'elle a mis en place. C'est pour cela que je l'ai conviée à mes démarches pour ne pas instaurer un climat qui renforcerait le cloisonnement des services.

Ce projet supprimerait aussi une chambre sécurisée qui pourrait être transformée en chambre hôtelière. L'attente aux urgences est importante pour les patients qui ont des difficultés à trouver une solution d'hébergement dans les services et donc supprimer une chambre pour les accueillir est compliqué. En tant que chef de projet je dois trouver les arguments nécessaires pour que ce projet se concrétise, c'est pour cela que l'étape Benchmarking est très importante afin de me fournir des arguments en faveur de la mise en place de cet espace.

### **Les opportunités**

- Ce projet fait partie des recommandations HAS (cf Annexe 6) , il est inscrit dans le projet d'établissement et d'autres établissements psychiatriques sont prêts à nous recevoir afin d'échanger nos pratiques.
- Décret 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie : Art.D.6124-265 stipulant que :  
*« Les unités d'hospitalisation comprennent, outre les locaux mentionnés à l'article D 6124-257 : un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients. »*
- Benchmarking effectué auprès de deux établissements qui ont des visions différentes sur ces dispositifs. Paul Guiraud ne disposant que du concept Wavecare depuis septembre 2023 et l'hôpital « Le Vinatier » bénéficiant de plusieurs concepts et une vision plus aboutie, car l'installation date de deux ans.
- Le projet favorisera le décroisonnement des services : cet espace pourra être mutualisé avec les secteurs présents sur la structure. Il faudra néanmoins être vigilant et prévoir des rencontres avec les équipes en amont de la mise en place.

- La prise en charge peut être effectuée sur l'enveloppe des investissements du quotidien déléguée chaque année par L'ARS.

## La phase communication :

En tant que chef de projet un retour régulier a été fait auprès de la Direction des soins. Cette dernière, qui montrait quelque résistance au début du projet, ayant peur que celui-ci ne bénéficie qu'à mon service, me conforte dans mes démarches. J'ai néanmoins dû démontrer que la démarche de l'équipe projet était une étude afin de voir le bénéfice qu'apportent les espaces d'apaisement aux patients, comment les équipes investissent le projet et la manière de les accompagner dans le changement. En tant qu'équipe projet, une fois par mois nous nous réunissons afin de faire le point sur l'avancement du projet et un retour est prévu pour les équipes de terrain. Le sondage effectué précédemment a permis également de connaître les points de vue des professionnels.

Ce projet représente un niveau de changement élevé, il faudra s'appropriier d'autres pratiques et des rencontres entre pairs seront nécessaires.

### 7.1.1 Le Benchmarking

En tant que chef de projet j'ai proposé à l'équipe de faire du Benchmarking sur d'autres établissements de la région, l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif qui utilisent le concept Wavecare et rencontrer à Lyon l'équipe des « Vinatiers » afin d'échanger sur leurs pratiques.

Définition du benchmarking :

Le terme « Benchmarking » vient de l'anglais signifiant : « repère, comparaison ». Le benchmarking est un outil de performance, de comparaison. Il permet une comparaison de l'établissement avec d'autres établissements, de repérer les points forts et les points faibles de l'établissement et ainsi un réajustement afin d'acquérir un niveau de performance satisfaisant.

Selon l'auteur Xavier Mesnard et Jean Claude Tarondeau<sup>30</sup> :

*« Le benchmarking est un ensemble d'outils et de méthodes d'évaluation des produits, des services, des méthodes, des processus d'une entreprise par comparaison à un référentiel issu de l'étude d'autres entreprises dans le but d'étalonner les performances par rapport aux concurrents ou de découvrir des pratiques nouvelles susceptibles de les améliorer. C'est une méthode d'accompagnement et d'incitation au changement. ».* Le benchmarking est un processus en quatre phases <sup>31</sup> :

- Une phase de planification
- Une phase d'analyse
- Une phase d'intégration
- Une phase d'action

<sup>30</sup> Mesnard, X. & Tarondeau, J. (2003). Utiliser l'audit par benchmarking pour améliorer les performances. *Revue française de gestion*, n°<sup>147</sup>, 247-258.

<sup>31</sup> Van Laethem, N. & Moran, S. (2014). Outil 30. Benchmarking. Dans : , N. Van Laethem & S. Moran (Dir), *La Boîte à outils du chef de produit* (pp. 90-91). Paris : Dunod.

La première phase consistant à la définition d'objectifs. En ce qui concerne notre projet notre objectif est de rencontrer les établissements afin de mesurer les apports bénéfiques de la mise en œuvre de l'espace d'apaisement. La phase d'analyse nous permettra : « d'analyser les différences de performance ou processus et calculer les écarts. ». La phase d'intégration consistera selon l'auteur à : « décider des meilleures pratiques et prendre en compte l'impact sur les collaborateurs. ». La dernière phase « d'action » sera la phase décisive qui permettra de : « mettre en œuvre le plan d'action, d'établir les comparaisons et réévaluer le plan en continu. »

## 7.2 Rencontre avec l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif

Le 28 février nous avons rencontré le service 15 de l'hôpital. J'étais accompagnée d'une partie des membres de l'équipe projet dont La vice-présidente de la CME de Ville-Evrard, de ma collègue cadre de santé de l'extra hospitalier et du faisant fonction cadre de santé que j'encadre ainsi que d'un ergothérapeute et d'un cadre supérieur de santé co-animateur de l'évaluation des pratiques professionnelles isolement contention et formateur OMEGA (gestion et prévention des violences, agressivité). Nous avons été accueillis par la cadre supérieur de santé, le psychiatre référent et une équipe composée d'une infirmière et d'une aide-soignante.

Présentation de l'espace :

L'équipe nous a présenté la salle d'apaisement qui a été mise en place en septembre 2023. Le service comprend 16 lits et une chambre d'isolement, les travaux ont duré 8 mois, le concept Wavecare y est installé. Elle se situe un peu à l'écart des chambres dans un couloir calme. La mise en place de cet espace découle de la réponse à un appel à projet de L'ARS. L'équipe a instauré avant la mise en place de cet espace



Fauteuil avec couverture lestée



Fauteuil à bascule

un groupe de travail qui a permis de fédérer l'équipe. Une réflexion en amont sur l'emplacement a été conduite et ils ont donc décidé de privilégier l'espace réservé aux patients en demandant de déplacer leur office. Sur l'établissement Paul Guiraud il existe 3 espaces de ce type, ainsi qu'un espace snoezelen. Les autres services ont rencontré des problèmes d'utilisation et de dégradation du rétro projecteur (un cache a dû être installé afin de protéger le système). Le montant de l'installation de 30 000 euros a été intégralement pris en charge par l'ARS ainsi que la formation des soignants. Il a été établi comme protocole, que dès l'arrivée dans le service, les soignants présentent aux patients l'espace et son fonctionnement. La salle est ouverte

en permanence le jour et sur demande la nuit. Un maximum de deux patients est autorisé en même temps pour garder l'espace calme. Les patients utilisent eux même le dispositif tactile (tablette murale) avec projection d'images apaisantes, ils peuvent aussi couper le son et faire oduler la lumière selon leurs envies. Le mobilier est constitué d'un rocking chair et d'un fauteuil. Le personnel n'a pas souhaité mettre du matériel d'ergothérapie tel que des balles lestées. L'équipe surveille son occupation, le bureau infirmier étant situé à proximité et veille à ce qu'aucun incident ne survienne. Les patients peuvent être accompagnés en début de crise, ou si le patient le souhaite, mais le plus souvent l'accès est libre et non soumis à prescription médicale. Les soignants de l'unité sont entièrement acquis à ce dispositif et nous disent avoir constaté une diminution des états d'agitation. En effet lors de sa fermeture pour travaux pendant deux jours, il a été noté une recrudescence des cas d'agitation. Le lieu est occupé en permanence sans le moindre souci, ni dégradation contrairement à ce qui aurait pu être pensé, car aucun soignant ne reste auprès du patient. Le psychiatre de l'unité a des retours de patients satisfaits, d'autres sont moins sensibles, mais les cas sont rares. Le psychiatre nous indique même qu'une patiente ne souhaitait pas aller en clinique pour rester dans l'unité. Une première constatation a été faite au niveau des traitements, la distribution des « si besoin » est devenue rare depuis la mise en place de l'espace.

Les remarques :

Il est dommage qu'aucune communication sur cet espace ne soit faite sur l'établissement. Il n'y a pas de documents mis en place pour mesurer la satisfaction des patients et le taux de fréquentation. Cependant cet espace est très bien investi par l'équipe et les patients qui en retirent une grande satisfaction et qui leur semble aujourd'hui indispensable selon la cadre de l'unité.

Ce qui existe sur mon établissement :

Il existe une salle d'apaisement sur mon établissement que nous avons visité en équipe. Cette salle se situe dans le service conjoint et a été mise en place avec l'aide d'un designer, elle dispose, de matériel type rocking chair, d'un matelas apposé au sol et d'une tablette qui permet de diffuser de la musique, elle n'est pas utilisée ou très peu par les soignants et les patients, contrairement à celle de Paul Guiraud. Un questionnaire de satisfaction est mis en place. Est-ce la diffusion des images sur le mur où le patient est quasiment en immersion qui fait la différence, ou est-ce la motivation des soignants qui ne se sont pas imprégnés de l'outil ? la question se pose.

Rencontre avec l'hôpital « Le Vinatier » à Lyon

Après une première rencontre à l'hôpital Paul Guiraud, qui nous a laissé constater une grande satisfaction du personnel qui d'après leur dire pourraient « *difficilement sans passer* » nous avons décidé d'aller rencontrer d'autres équipes qui ont mis en place ce concept sur leurs unités. J'ai donc rencontré la Direction des soins de Ville Evrard qui m'a donné son autorisation pour aller rencontrer les équipes de l'hôpital du Vinatier qui ont mis en place plusieurs outils de médiation thérapeutique. Le 18 avril j'ai donc sollicité pour m'accompagner le cadre supérieur responsable de l'isolement contention et le cadre faisant fonction de l'unité.

### 7.3 Rencontre avec l'hôpital « Le Vinatier » à Lyon

J'ai choisi cet hôpital, le connaissant de renommée comme étant un hôpital spécialisé dans le domaine de la recherche et dans l'innovation. Afin de nous rendre compte de la différence de prise en charge sur Ville-Evrard et « Le Vinatier », j'ai réalisé un tableau ci-dessous.

Tableau comparatif entre les deux établissements

Etablissements	File active	Nombre d'agents	Nombre de professionnels	CMP	CATP	HDJ	AMBULATOIRE
Ville Evrard : 417 lits	29106	2537	29106	18	19	317 places	3 HAD
Le Vinatier : 491 lits	30000	2800 professionnels	24000	29	18	239	SOINS AMBULATOIRES EN CMP,CATP,CRD,HDJ

A notre arrivée, nous avons été accueilli par le Directeur de l'établissement qui nous a indiqué sa ligne de conduite qui est la réduction du nombre de lits passant de 24 à 18 lits par unités, mais avec en parallèle le développement de l'ambulatoire. A Ville-Evrard, la suppression des chambres sécurisées paraît très compliquée bien qu'obligatoire, la culture de l'établissement est plutôt inverse, c'est-à-dire une difficulté à réduire des lits, à transformer les chambres sécurisées, bien que cela soit devenu obligatoire et l'ambulatoire est moins développé.

J'avais déjà sollicité un cadre supérieur de santé qui m'avait en amont envoyé quelques documents sur le concept Wavecare qu'il avait mis en place, mais mon objectif principal était de comprendre comment les équipes avaient été accompagnés dans un changement de pratiques. J'ai donc préparé un questionnaire validé par la Direction des soins.

1. Comment avez-vous accompagné vos équipes au changement ?
2. Les équipes ont-elles bénéficié de formation ?
3. Avez-vous rencontré une résistance au changement, si oui, pourquoi ?
4. Quels indicateurs avez-vous mis en place pour l'utilisation de cet espace ?
5. Pourquoi avoir choisi ce modèle ?
6. Avez-vous fait du « benchmarking » ailleurs ?
7. Quels outils avez-vous mis en place pour évaluer ce dispositif et quels sont les résultats ?
8. L'utilisation de cet espace vous a-t-il permis de diminuer le recours à l'isolement contentieux ?

1. les équipes soignantes nous indiquent que les projets d'alternatives à l'isolement ont tous été menés par les chefs de service en accord avec la Direction des soins et en lien avec le projet d'établissement.

- En premier lieu des évaluations de pratiques professionnelles ont été mises en place en 2019 sur un recueil du vécu du patient en isolement. J'ai constaté lors de l'analyse des entretiens réalisés auprès des patients que ces entretiens n'existaient pas de manière systématique à Ville Evrard et la majorité des patients auraient souhaité que ceux-ci soient mis en place.

- Les collectifs des usagers sont conviés lors de la restitution des entretiens et intégrés au projet.
  - Le recueil du vécu du patient en isolement est recueilli 72 h après son admission de façon systématique.
  - Un questionnaire sur la gestion des émotions a été établi par une infirmière, présenté à l'équipe et incrémenté dans le dossier patient informatisé.
- 
- Un retour des verbatim des patients est fait auprès des équipes. Le cadre supérieur de santé nous explique que dès ce retour de verbatim, les équipes ont commencé à réfléchir sur leurs pratiques et ont commencé à « être dans la « desescalade ». Ce retour a été fait à distance et la question leur a été posée : « comment auriez-vous pu faire autrement ? ».
- 
- Les équipes sont donc impliquées dans le projet dès le départ et réfléchissent à leurs pratiques. Le retour des verbatim a été vécu comme difficile par les équipes mais comme un « électrochoc » et les effets se sont faits sentir dans les semaines suivantes d'après l'encadrement.

2. Les équipes ont bénéficié d'accompagnement par le biais de formations plus ciblées :

- Formations sur l'éthique
- Sur la prévention et la prise en charge de la violence
- Sur l'isolement, la contention et la recherche de bonnes pratiques
- Désescalade, désamorçage et négociation de la situation de crise
- Le débriefing post-isolement
- L'utilisation du service de traitement à vocation régionale des troubles thymiques intersectoriels (START).

3. La résistance au changement a été très faible. Il y a eu quelques commentaires : « ça ne va pas marcher ». L'équipe soignante qui utilise le dispositif et que nous avons rencontré considère celui-ci : « comme un outil supplémentaire », une autre sorte de médiation qui doit être adapté selon le patient, mais dont les effets sont mesurés et bénéfiques.

4. des questionnaires de satisfaction pour les patients ont été mis en place, concernant l'utilisation de l'espace et en les comparant avec le recueil du vécu des patients concernant l'isolement. Le sentiment de peur, colère, contrainte s'opposant au sentiment de détente et d'apaisement.

5. le choix des modèles de dispositif s'est fait par le chef de pôle qui les connaissait et les avait utilisés et a pu partager son expérience auprès de l'équipe.

6. l'établissement a sollicité d'autres établissements et ont entamé de ce fait des projets de recherche avec :

CH Esquirol à Limoges, CHS de la Savoie, GHU psychiatrie et neurosciences de Paris.

7. des questionnaires sur la satisfaction des usagers et leur ressenti ont été mis en place. Avant l'installation de Wavecare, l'extraction réalisée entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 14 juin 2021 montre 8 indications de mesures d'isolement. Après installation du 15 juin au 10 octobre, il y a eu 2 indications de mesure. Le système montre donc aussi une gestion du craving avec une efficacité de 75%.

8. les effets ressentis sont :

- L'aide à l'endormissement
- L'apaisement
- La gestion du craving, du cannabis
- La diminution des médicaments « si besoins »

Ces effets, comme nous le voyons s'avèrent être très positifs. La notion de diminution des addictions n'avait pas été prévue. Tout projet présente des résultats imprévus, c'est pour cela qu'aucune possibilité ne doit être écartée. Le projet peut évoluer au fil du temps dans un sens positif ou négatif, le cadre supérieur doit s'efforcer de gérer ces imprévus, les signifier à l'équipe et réajuster son plan d'action.

Divers outils thérapeutiques sont mis en place sur l'établissement, je vais vous les présenter sous forme de tableau.

Vitrysens	Amenhotepa	Salle de décharge émotionnelle
		
		
snoezelena	Amenhotepa	snoezelena

J'ai réalisé que la politique d'établissement joue un rôle essentiel dans la réalisation de projets. L'hôpital « Le Vinatier » a comme orientation la réhabilitation psychosociale. La fermeture des lits a poussé au développement de l'extra hospitalier. Certes, les patients sont toujours nombreux aux urgences, mais sur le terrain, les équipes sont renforcées afin de pouvoir prendre en charge les patients sur de nouveaux dispositifs et afin qu'ils retrouvent leur « empowerment ».

## 8 La formation

### 8.1 La Formation des soignants

Sur l'établissement VE, la formation OMEGA est mise en place, visant à mieux appréhender les situations de crise, de violence et d'agressivité. Cette formation consiste à adopter les bonnes attitudes face aux situations d'agressivité, le mode d'intervention verbale et psychologique le plus adapté. Cette formation s'appuie avant tout sur la communication dans un but sécuritaire aussi bien pour le soignant que pour le patient. La situation est évaluée et le degré d'alerte est permis de procéder à des interventions adaptées. Cependant, je constate de par mon expérience que de nombreux soignants, anciennement diplômés ou même jeunes diplômés, se sentent souvent « agressés » par le patient et peuvent réagir de façon inadaptée, ce qui engendre des mises en isolement prématurées. J'ai contacté l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) afin de savoir quels apports avaient les étudiants infirmiers au cours de leurs études en ce qui concernait la violence.

Dans le cadre du référentiel de formation sur la partie pratique, les étudiants ont un stage soit de cinq, soit de dix semaines minimum à réaliser en psychiatrie. Certains peuvent choisir d'y retourner en troisième année et peuvent donc réaliser dix semaines supplémentaires, dont une moitié en UHTP.

En ce qui concerne la partie théorique, l'unité d'enseignement 2.6 qui se nomme Processus psychopathologiques comprend des cours en première année (semestre 2) et en troisième année (semestre 5). Ils ont au cours du semestre 1 une approche de la notion d'urgence (de manière large) en psychiatrie et notamment de l'hospitalisation en urgence, cette intervention n'étant volontairement pas orientée autour de la notion de violence et d'agressivité des patients. Au cours du semestre 5, les situations cliniques autour de la bouffée délirante, de la schizophrénie et de la prise en charge en pédopsychiatrie leur permettent d'approcher ces notions et le rôle infirmier autour de la chambre d'isolement à partir de situations cliniques animées par des infirmiers ou des formateurs. Dans le cadre de l'unité d'évaluation (UE) 4.2. Soins relationnels, ils approchent en première année les concepts de communication.

En deuxième année, ils ont une intervention sur la conduite d'entretien en situation de crise, notamment en psychiatrie, animée par un cadre de santé formé à OMEGA. La troisième année, les soins relationnels se concentrent sur la gestion des émotions, notamment la colère. En deuxième année, ils ont l'UE 4.3, Soins d'urgence, une intervention sur les urgences psychiatriques animée par un infirmier.

En troisième année, ils ont un apport en UE 4.8 autour de la qualité des soins et de l'analyse de pratiques par un cadre de santé exerçant en psychiatrie à partir de situations cliniques type comité de retour d'expérience (CREX). Tout au long de la formation, les étudiants reviennent de stage pour une séance en petits groupes d'analyses de pratiques professionnelles durant laquelle sont retravaillées avec eux les situations vécues en stage et analysées à partir de la méthode GEASE (groupe d'entraînement à l'analyse de situations éducatives). Le GEASE est d'après Frédéric Samuel qui est enseignant-formateur en analyse de pratiques : « *Un dispositif d'écoute dans un cadre aidant et non contraignant, une aide à la verbalisation dans le respect absolu des personnes, l'intérêt étant d'utiliser la richesse du groupe et son soutien pour éclairer la situation exposée par un collègue et de jouer sur la multiplicité des regards des autres participants en utilisant cinq champs d'analyse qui sont les champs pédagogiques, didactiques, institutionnels, sociologiques et psychologiques.* »

Comme le souligne la formatrice interrogée : « Ces éléments s'inscrivent dans un tout et ne sont pas très révélateurs des compétences développées sur le terrain à partir de connaissances plus larges. » Effectivement, rien ne vaut l'expérience du terrain. Selon la doctorante Anne Gaudry Muller<sup>32</sup> : « Le care recouvre alors l'activité de soin rendu à autrui, au patient, mais aussi celle de pratique d'apprentissage informel rendu aux pairs, traduisant les préoccupations humaines et les enjeux du monde dans lequel nous vivons. » Le care peut être envisagé comme un trait d'union, introduisant une transversalité entre les deux activités de soin et d'apprentissage informel infirmier dans la pratique. Si « prendre soin », « soigner » est enseigné en formation initiale, apprendre de manière informelle ne l'est pas. Apprendre auprès de ses pairs permettrait : « d'acquérir, de développer puis de mobiliser des ressources, des données actualisées pour produire un soin plus efficient ».

## 8.2 Le choix des formations en fonction des besoins

Je pense qu'il est important d'avoir un panel de formations adaptées aux besoins des agents et de les renouveler régulièrement. Lors du benchmarking sur l'hôpital « Le Vinatier », j'ai découvert des formations qui n'existent pas dans mon établissement, comme le débriefing post isolement équipe/patient qui est réalisé par des formateurs internes IPA/pair aidant. Cette formation n'est pas mise en place, mais s'avère être souhaitée par les patients qui en ont fait part lors des formations. Le projet du service est l'intervention d'un pair aidant. Nous avons déjà une infirmière de pratique avancée sur le CMP. Je souhaite mettre ce projet en place et je vais donc en faire part au chef de pôle et rencontrer la formation continue très prochainement. Il me semble essentiel de mettre en place, en plus de ces formations, des équipes mobiles capables d'intervenir dès le signalement de la situation de crise, des équipes spécialement formées qui pourraient également intervenir en appui des équipes des urgences également.

L'importance de la relation soignant/soigné

Les jeunes infirmiers ne sont pas toujours assez préparés au soin relationnel et les infirmiers « pairs » qui transmettaient les savoirs disparaissent peu à peu. Je pense donc que les formations de désescalade sont surtout faites dans un objectif de réassurance des soignants, mais font partie de tout un ensemble qui est constitué de savoir-faire et de savoir-être notamment. Après avoir orienté les professionnels sur des formations adaptées correspondant à leurs compétences.

J'ai pour objectif de faire travailler l'équipe sur le principe de subsidiarité pour les responsabiliser. Il est intéressant de définir à quoi correspond ce principe.

Le principe de subsidiarité

Ce principe suppose une certaine autonomie de l'équipe. Selon l'autrice et dirigeante Frédérique Jeske<sup>33</sup> :

*« Le principe de subsidiarité propose qu'une autorité centrale ne puisse effectuer que les tâches qui ne peuvent pas être réalisées à l'échelon inférieur. Ce principe propose ainsi de renverser la délégation : ce n'est plus le dirigeant qui délègue à la base*

---

<sup>32</sup> Gaudry-Muller, A. (2015). Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel *Recherche en soins infirmiers*, 122, 44-51

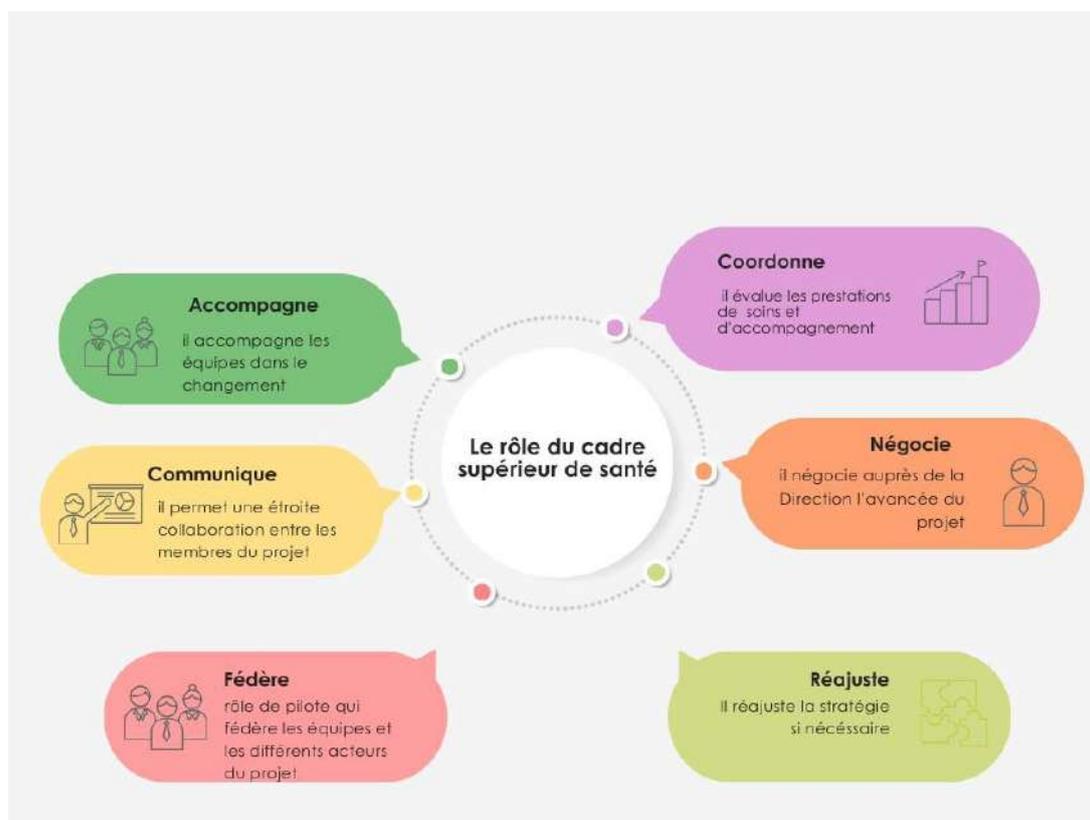
<sup>33</sup> Frédérique Jeske *Le guide du dirigeant responsable* (Eyrolles, 2019)

*certaines décisions ou certains projets, mais le contraire. C'est lorsqu'une situation excède les compétences d'une entité qu'elle est transmise à un échelon supérieur. »*

Au sein de ce projet, en tant que futur cadre supérieur de santé, j'ai effectué les délégations de tâche. Les entretiens ont été réalisés par les deux cadres de santé un aide-soignant de l'équipe projet et une infirmière. En réfléchissant en équipe en amont, les questionnaires ont été plus simples à réaliser pour les professionnels de santé. Il a fallu changer de stratégie, le psychomotricien qui s'était proposé au début et me paraissait impliqué n'ayant plus participé par la suite. À contrario, l'aide-soignant, qui était plutôt en retrait, s'est senti revalorisé par ma proposition de réaliser un entretien, ce qu'il a fait avec implication. Les soignants ont bénéficié d'une grande autonomie pour remplir leurs missions. Je pense que cette autonomie est très importante dans le principe de subsidiarité et permet aux soignants de prendre confiance en eux. Dans ce principe, la notion de compétence est forte.

Les compétences de l'équipe. Selon les auteurs Laurent Combalbert et Dimitri Linardos<sup>34</sup> : *« Souder une équipe, c'est donc créer les forces d'attraction qui vont motiver les arrivants et cristalliser les membres actuels autour de leur objectif. » Ces forces sont au nombre de cinq : l'objectif commun, la répartition des tâches à accomplir, la définition des valeurs acceptées par tous, la fierté d'appartenance et la motivation constante dans la réalisation de l'objectif. »*

Le schéma ci-dessous représente les différents rôles du cadre supérieur de santé.



*Le rôle du cadre supérieur de santé*

<sup>34</sup> Combalbert, L., Linardos, D. (2018). *Guide de survie du manager : réussir dans la jungle de l'entreprise* Dunod

## L'Accompagnement

Selon Thierry Picq<sup>35</sup> : « Mieux vaut donc considérer le projet comme une activité unique dans un contexte particulier, afin d'adopter une posture de questionnement et de vigilance. » Je pense que le meilleur accompagnement à proposer à l'équipe est à réaliser en plusieurs étapes. Le chef de projet doit motiver ses équipes et faire en sorte que leur implication soit constante. Les objectifs sont clairs et l'implication des professionnels est primordiale. Chaque professionnel doit trouver un sens à son travail. La posture du cadre supérieur de santé est primordiale. Il est essentiel que le cadre supérieur encourage l'autonomie de l'équipe tout en garantissant un contrôle. Une équipe plus autonome se sent revalorisée, il appartient au manager de reconnaître les compétences de l'équipe, les développer afin d'arriver à une certaine autonomie, les professionnels prennent alors confiance en eux et s'investissent dans leur travail. Un outil managérial à développer est la co-construction. Selon le sociologue, Foudriat M<sup>36</sup> : « La co-construction est un processus par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles. »

- La problématique de la pluralité des points de vue
- La problématique de l'apprentissage collectif et des changements cognitifs
- La problématique des jeux de pouvoir et des régulations

La co-construction est un outil de travail que le cadre supérieur s'approprie en ayant recueilli les attentes des soignants pour la réussite du projet. Cette co-construction donne du sens à l'équipe. Selon la psychologue Arnoux Nicolas<sup>37</sup> C : « Le sens du travail relève de trois sphères dans lesquelles s'insère l'individu : individuelle, des relations professionnelles et enfin organisationnelle. »

Le cadre supérieur de santé dispose de leviers pour donner du sens au travail qui sont illustrés sur ce schéma :

---

<sup>35</sup> Picq, T. (2022). Chapitre 1. Projet : de quoi parle-t-on ? . Dans : , T. Picq, *Manager une équipe projet: L'humain au cœur de la performance* (pp. 19-32). Paris: Dunod.

<sup>36</sup> Foudriat, M. (2019). Chapitre 1. Définition et dimensions de la co-construction Dans : M. Foudriat, *La co-construction : une alternative managériale* (pp. 15-36). Rennes : Presses de l'EHESP.

<sup>37</sup> Arnoux-Nicolas, C. (2019). Chapitre 1. Quel est le sens du travail ? . Dans : C. Arnoux-Nicolas, *Donner un sens au travail : pratiques et outils pour l'entreprise* (pp. 3-58). Paris : Dunod.



En tant que cadre supérieur de santé, comment puis-je activer l'engagement des équipes ?

Par le partage de valeurs et le sentiment d'appartenance

Selon (Bréchet et al., 2005)<sup>38</sup> : « le chef de projet est un acteur stratégique, il se trouve face au triptyque projet-porteur-contexte au sein duquel les acteurs sont susceptibles de se forger des représentations différentes. Or, le partage d'une vision, fondée sur des connaissances communes et la création de sens, constitue un facteur clé du succès du projet. ». Lors de l'analyse des entretiens, j'ai remarqué que les professionnels de santé étaient favorables à la réalisation du projet, mais que les opinions étaient divergentes quant à l'utilisation de cet espace. Il sera nécessaire de créer des groupes de travail, qui permettront d'échanger, de communiquer sur le projet et d'élaborer une stratégie collective. La communication est un outil managérial de première importance, il permet l'interaction entre les membres du groupe.

L'importance de la culture du feedback : selon CNRTL, le feedback vient de l'anglais feed (nourrir) et de back (en retour). En d'autres termes, cela implique que le manager fasse un retour à l'équipe sur l'action accomplie par cette dernière. Cependant le feedback est souvent associé au jugement comme le souligne Goldsmith M<sup>39</sup>, le feedforward est plus constructif, car : « nous pouvons changer l'avenir, pas le passé. ». L'objectif étant de se positionner non pas en posture de supériorité, il s'agit de : « donner à quelqu'un des suggestions pour le futur et l'aider autant que possible. »

En tant que cadre supérieur de santé, il me semble important de favoriser cette communication en utilisant la mise en place d'objectifs. Peter Drucker<sup>40</sup>, présente le

<sup>38</sup> Phanuel, D. & Renault, S. (2015). Le partage de vision des acteurs : un enjeu majeur du management de projet. *Management & Avenir*, 75, 129-145.

<sup>39</sup> Art : essayer le feedforward au lieu du feedback, adapté du livre de Goldsmith M, try feedforward instead of feedback, source leader to leader, traduit de l'anglais par Bill Zeeb

<sup>40</sup> Drucker P, *Practice of Management*, 1954

management par objectifs (MPO) en trois phases : « *la fixation des objectifs, le suivi de la réalisation et l'évaluation des résultats obtenus.* ». Le professeur en management Doran GT (1981)<sup>41</sup> a classifié les objectifs (SMART) selon cinq catégories.

- S : Objectifs spécifiques
- M : Mesurable
- A : atteignables
- R : Réalistes
- T : temporellement défini

Je vais définir ces objectifs par rapport à mon projet :

- L'objectif spécifique étant de créer un lieu apaisant pour les patients qui constituerait une alternative à l'isolement.
- Mesurable : la création de cet espace nécessitera une adaptation de la part des soignants et l'intégration des patients dans ce dispositif. En tant que cadre supérieur de santé, il faudra programmer des formations adaptées aux soignants. L'utilisation du système est très simple et la société Wavecare se charge de former le personnel.

Ce qui me semble opportun est une formation sur les méthodes de désescalade en préventif. Ce qui est d'ailleurs préconisé par l'HAS dans un outil pour l'amélioration des pratiques qui se nomme : « *Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence, mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.* » Cette formation devrait s'effectuer le plus rapidement possible pour tous les professionnels et surtout une formation sur la posture soignante. Un accompagnement par la psychologue du service peut être un plus et je souhaite mettre en place des réunions programmées avec cette dernière et l'équipe pour désamorcer les situations de crise et pour que les soignants se sentent écoutés et puissent échanger sur leurs difficultés.

- Objectifs atteignables : il conviendra de rencontrer la formation permanente pour définir des formations plus adaptées sur le catalogue de formation.
- Un autre objectif est de travailler suite à la mise en place de cet espace de façon plus approfondie avec l'UNAFAM. J'ai rencontré le président de l'association au sein de l'établissement qui propose dès la mise en place de l'espace l'intervention d'un médiateur de santé pair. En tant que cadre supérieur de santé, il conviendra d'écrire le projet en équipe et de favoriser l'intégration de ce professionnel en lien avec le projet du service.
- Objectif réaliste : l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients est primordiale au sein de l'établissement et cet espace la favorise.
- .

---

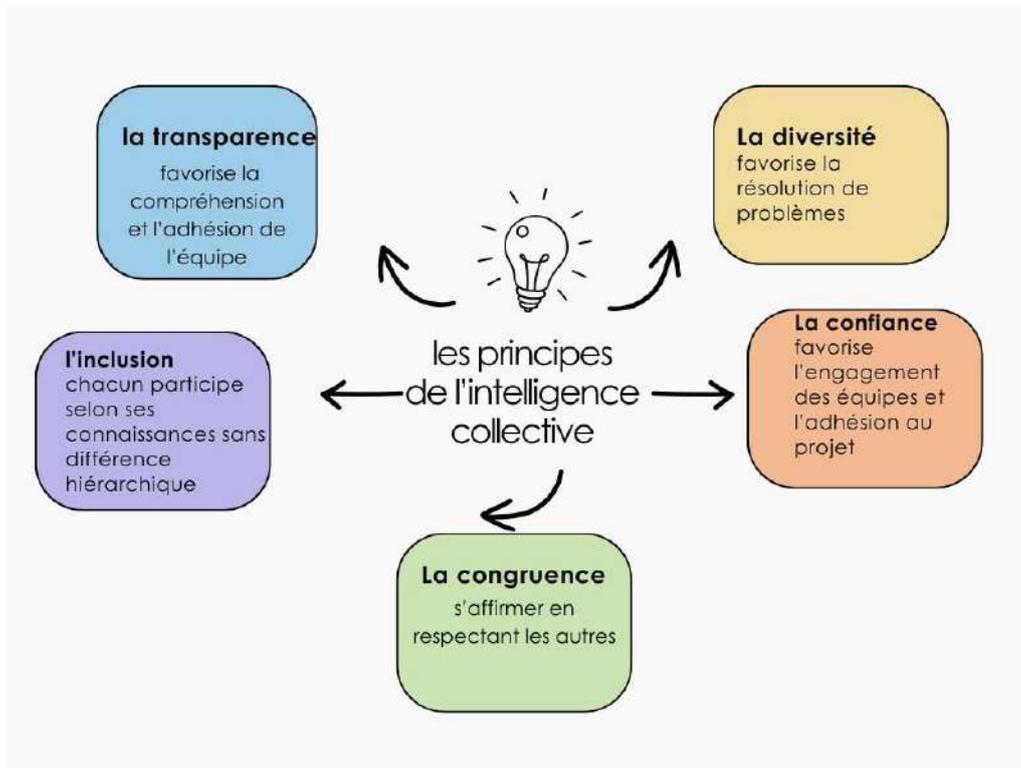
<sup>41</sup> Doran, G.T. There's a SMART Way to Write Management's Goals and Objectives. *Journal of Management Review*, 70, 35-36, 1981

- Objectif temporellement défini : les démarches de benchmarking terminées, je vais reprendre contact avec la Direction des soins afin d'échanger sur le projet. Je vais également faire un débriefing avec la vice-présidente de la CME qui doit définir quel projet sera retenu et en faire part le plus rapidement possible à l'équipe afin que le projet puisse démarrer. L'équipe est en attente, bien que motivée, je me dois d'entretenir cette motivation en donnant des dates précises de démarrage du projet.

La revalorisation des participants :

Les soignants ayant été sollicités pour la construction du projet ont le sentiment d'être valorisés et d'avoir été écoutés et considérés. Chaque acteur est sur un plan d'égalité et les compétences de chacun sont valorisées par le cadre supérieur de santé. Chacun a pu exprimer ses idées et son travail prend ainsi du sens. Toute co-construction bouscule les pratiques et la notion de routine. Le rôle du cadre supérieur de santé est d'effectuer le changement de façon à ne pas bousculer trop rapidement la routine, mais en réajustant s'il le faut petit à petit la stratégie de départ. Je pense en effet que tout changement brusque, non intégré peut amener à des résistances de la part de l'équipe. Le cadre supérieur de santé, en tant que pilote, doit impulser le changement tout en répondant aux attentes de son équipe. C'est cette harmonisation qui sera la clef de la réussite. Pour connaître les attentes de l'équipe, cette dernière doit être impliquée dès le début dans la démarche projet. Bien que persuadée des avantages de la mise en place de la méthode Wavecare, j'ai cherché à obtenir par le biais des entretiens le point de vue des soignants et des patients. Cela a permis de réajuster ma pensée. En effet, l'objectif principal était de répondre à un besoin : le manque de lieu où le patient puisse s'apaiser, se recentrer et qui pourrait aussi restreindre les mesures d'isolement et de contention. Je me suis aperçue en analysant les entretiens que ce lieu était plébiscité autant par les soignants que les patients, mais avec des points de vue différents. Les soignants considérant l'isolement comme une nécessité la plupart du temps, mais souhaitant aussi la mise en place d'un autre espace apaisant, structurant.

Le cadre supérieur de santé doit faire preuve de transparence : en effet, la transparence du chef de projet favorise le maintien du climat de confiance. C'est ainsi favoriser l'intelligence collective. Les membres du groupe doivent être au clair sur leurs connaissances et leurs limites, le cadre supérieur de santé étant conscient de leurs difficultés ou de leurs atouts pourra ainsi les accompagner plus facilement. Dans le projet d'un espace d'apaisement, les personnels sont prêts à se former et lors des entretiens n'ont pas exprimé de réticence. Lors de toutes les étapes mises en place dans l'avancement du projet, j'ai informé les équipes lors de réunions soignantes régulières et chaque décision concernant l'avancement du projet est prise ensemble.



La diversité : les soignants ont des compétences diverses et variées, ce qui fait la richesse d'un projet. Il conviendra d'exploiter les compétences de chacun en tant que leader, d'autres soignants plus en retrait seront revalorisés par le biais de missions qui leur seront attribuées. La diversité : chaque soignant a ses priorités en ce qui concerne le projet, avoir la vision de différents professionnels : ergothérapeute, infirmiers, éducateur, apporte une richesse supplémentaire. Si le projet aboutit, chaque professionnel apportera ses compétences pour la prise en charge des patients.

La confiance : impulser un climat de confiance est primordial. Les équipes soignantes sont plus performantes quand ce climat est instauré dans l'équipe. Lors de la visite de certification, j'ai instauré un quiz en équipe sur les notions principales à connaître. L'équipe l'a travaillé, ce qui a permis une collaboration parmi les membres de l'équipe. Je leur ai accordé ma confiance et elle s'est très bien investie.

L'inclusion : La prise de parole s'est effectuée librement lors des réunions d'équipe, sans jeu de pouvoir. Chaque professionnel a exprimé ses craintes quant à la réussite du projet et ses souhaits en se projetant.

La congruence : c'est le psychologue Américain, Rogers C <sup>42</sup>: « Mon intervention est plus efficace quand j'arrive à m'écouter et m'accepter et que je puis être moi-même, il ne sert à rien de feindre la sympathie si je me sens hostile ; de faire comme si je comprenais alors que je suis dans la confusion. Mon authenticité est une condition essentielle pour que mon interlocuteur puisse à son tour y accéder et devenir ce qu'il est. »

<sup>42</sup> Rogers, C. R., Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L, *L'approche centrée sur la personne*. Éditions Ambre, 2013



schéma sur la congruence<sup>43</sup>

En tant que futur cadre supérieur de santé, je dois manager dans la congruence. En effet, la congruence reflète la sincérité, la transparence, la cohérence. Le leader se doit d'appliquer ce qu'il dit. Souvent dans les équipes, on entend : « *On nous promet des choses et jamais cela n'arrive* ». Je pense que la congruence doit être une priorité dans le management du cadre supérieur de santé. Cependant comme le soulignait Mintzberg H<sup>44</sup> : « *Très souvent, la gestion efficace consiste à être conscient de ses imperfections et à s'assurer qu'elles ne nuiront pas au succès de l'entreprise* ». Bien que plébiscitant certaines valeurs, je suis consciente qu'aucun leader n'est parfait et qu'il vaut mieux connaître ses défauts pour les corriger et s'entourer d'une équipe complémentaire.

## 9 L'appropriation du projet

L'équipe a pu s'approprier le projet en ayant participé dès le départ à toutes les étapes. L'investissement de chacun des membres de l'équipe s'est manifesté dans un environnement capacitant. En tant que manager, je dois veiller à définir les missions de chacun et programmer des réunions à un rythme soutenu, afin que chacun puisse s'exprimer et mettre en place des objectifs pertinents. L'équipe aura besoin d'être valorisée dans ses actions en identifiant les points forts et en les aidant à progresser. Il faudra être attentif en tant que manager aux problèmes pouvant survenir et apporter des solutions concrètes. Afin de les valoriser, je leur demanderai de présenter leur travail auprès d'autres secteurs qui souhaiteraient mettre en place ce concept. L'équipe sera plus motivée en constatant la satisfaction des patients et s'investira de façon pérenne.

---

<sup>43</sup> La congruence, véritable clé de l'influence et du leadership ? article publié par Emmanuel Kerdraon 3 novembre 2020

<sup>44</sup> MINTZBERG, Henry. *Le Management : voyage au centre des organisations*. Editions d'organisation, 2004.

## 10 La phase d'ancrage

Si le projet aboutit, il faudra le pérenniser. L'évaluation de cet espace sera réalisée à partir d'indicateurs réfléchis en équipe. Ces indicateurs porteront sur :

La satisfaction : satisfaction des patients et du personnel

La qualité : utilisation de l'espace à quel moment

L'évaluation : sur les compétences du personnel

La performance : sur les impacts du dispositif sur plusieurs critères : sur les mesures d'isolement, de contention, sur le sommeil. Ce projet permettra le décloisonnement des services. En effet, trois autres secteurs sont adjacents au secteur 13, sur le même bâtiment ou sur un bâtiment accessible grâce à une passerelle. Il conviendra en tant que chef de projet d'organiser des rencontres avec les soignants de ces secteurs afin d'établir un protocole concernant cet espace. Les soignants bénéficieront en amont de formations adaptées inscrites au cahier de formation et le projet aura été établi en amont, avec un représentant de chaque secteur. Il permettra de fédérer les équipes qui finalement se connaissent juste lors des remplacements effectués.

## 11 Le Bilan du projet

En tant que pilote du projet, toutes les investigations ayant été faites, je dois maintenant attendre la décision de la Vice-présidente de la CME ainsi que la décision de la Direction. Cette attente décisionnelle pourrait entraîner :

Problèmes	Conséquences	Réajustement
Attente de la décision finale	Risque de démotivation des équipes	Informier régulièrement les équipes lors de réunions
Risque de départ de professionnels engagés dans le projet	Retard dans sa mise en place	Former d'autres membres de l'équipe
Choix de garder la CSI et de différer le projet	Ne répond pas aux attentes des professionnels Risque de fuite du personnel	Continuer une dynamique projet en les investissant sur d'autres missions me positionner auprès des équipes

Si l'on reprend les indicateurs posés en début de projet :

- Délai : À ce jour je dois présenter le projet à la Direction des soins et je suis en attente de la décision finale des instances médicales.
- Au niveau du coût : je viens d'avoir confirmation que le projet peut éventuellement être financé
- Les équipes sont sensibilisées aux formations existantes et je vais faire le point avec les professionnels lors des entretiens annuels
- J'ai prévu de rencontrer la formation professionnelle pour proposer d'autres formations plus ciblées.

## 12 Si c'était à refaire

Il me semble opportun de réfléchir à la manière dont j'aurai pu piloter ce projet si c'était à refaire.

- Tout d'abord, j'aurai présenté le projet aux réunions de cadres, cadres supérieurs de santé, au comité de Direction qui se compose :

Des différents directeurs de Direction : Directrice de l'établissement, Direction des soins, de la qualité, des affaires médicales, de la, logistique, des services techniques, des données médicales, budgétaires, Direction du système d'information, coordonnateur du parcours patient, des syndicats. Dès le départ, avec la présentation de ce projet aux instances, ce projet aurait été légitimé. Un groupe représentatif des instances aurait été établi et le benchmarking aurait suivi.

- Dans un second temps, J'aurai pu aussi rencontrer La Direction départementale de l'ARS avec les différents membres du groupe, ce qui m'aurait apporté plus de visibilité pour la suite du projet. Les informations concernant la prise en charge, les appels à projet auraient été facilitées.
  
- J'aurai ensuite procédé au Benchmarking avec un groupe dédié.

Ce mode de fonctionnement aurait été plus aisé. Toutefois, j'ai réussi à atteindre mes objectifs en ayant contacté personnellement les différents acteurs, ce qui m'a nécessairement demandé davantage de temps, mais a renforcé ma capacité de négociation.

## Conclusion

Ma réflexion a évolué et s'est affinée tout au long de ce mémoire grâce notamment aux apports théoriques apportés lors de ma formation. Ce projet managérial m'a permis de me positionner en tant que cadre supérieur de santé. En ce qui concerne la mise en isolement, les entretiens réalisés m'ont démontré que la parole du patient n'est pas toujours entendue et que quelquefois les prescriptions d'isolement sont réalisées de façon précoce. L'isolement est toujours considéré comme une méthode thérapeutique par les soignants, cependant il existe un point commun qui unit les patients et les soignants : le besoin d'une alternative. Les comparaisons de pratiques effectuées auprès de deux établissements m'ont éclairé sur la stratégie à mettre en place auprès des équipes. Les patients hospitalisés en psychiatrie seraient en droit de bénéficier d'un environnement paisible pour se « recentrer », ce qui est impossible à mettre en œuvre dans les services de soins, très bruyants. Souvent, les situations de violence sont provoquées par la promiscuité avec les autres patients, l'ennui dû au manque d'activité, au manque de disponibilité du personnel. L'installation d'un espace d'apaisement est donc un outil thérapeutique complémentaire.

Après avoir accompli mon travail de recherche, je pense avoir découvert un point essentiel afin de faire progresser les pratiques soignantes des professionnels. En effet, j'ai compris que tout changement de pratiques ne peut se faire sans une volonté institutionnelle et sans l'assentiment de l'équipe dans son intégralité. L'équipe reconnaît le cadre supérieur en tant que leader si ce dernier pratique un management permettant à l'équipe de s'exprimer, si la communication est présente, les objectifs clairs, précis et compris par l'ensemble des professionnels. L'autonomie de l'équipe doit être favorisée après l'évaluation des compétences de chaque membre de l'équipe. Il est essentiel que le cadre supérieur réajuste les objectifs s'il le faut et favorise la culture du feedback. Bien évidemment aucun leader n'est parfait, c'est avec le temps, l'expérience qu'il acquiert une posture et qu'il la perfectionne. J'avais déjà identifié lors des entretiens des remarques qui suggéraient que les patients auraient souhaité partager leur expérience de l'isolement, cet échange pouvant constituer le début de leur thérapie. La rencontre des équipes soignantes lors du benchmarking m'a démontré que ce retour est indispensable. Les professionnels de santé m'ont confié avoir ressenti des difficultés lors de ces retours, n'ayant pas imaginé ce qu'ils pouvaient renvoyer aux patients, que ce soit de façon négative ou positive, et que ces réunions leur avaient permis de réajuster leur prise en charge. Les échanges de pratiques représentent une stratégie indispensable et participent au décloisonnement. Des formations ciblées doivent être proposées par le cadre supérieur de santé afin que les professionnels puissent optimiser leurs prises en charge, ainsi que la mise en place régulière de réunions cliniques. Afin que l'équipe puisse s'investir dans un projet, elle doit y trouver du sens.

Ce travail m'a également permis de mieux connaître le fonctionnement de mon établissement en rencontrant les différentes directions. Je souhaite que l'espace d'apaisement puisse être réalisé dans les prochains mois afin que je puisse poursuivre l'accompagnement des équipes. J'aurais en tout cas réussi mon objectif, celui de faire prendre conscience à l'établissement que d'autres alternatives peuvent apporter aux patients une amélioration de leur qualité de prise en charge. Il serait cependant judicieux d'accorder une plus grande place à la réhabilitation psychosociale pour favoriser un rétablissement. Il reste encore un long chemin à parcourir, mais un changement de mentalités a commencé et j'espère qu'il se poursuivra.

## Bibliographie

Arnoux-Nicolas C, Qu'est-ce que le sens du travail ? Chapitre 1. In : *Donner un sens au travail. Pratiques et outils pour l'entreprise* : Ressources humaines ; Paris 2019, p. 3-58

Autissier D, Moutot J. De la conduite du changement instrumentalisée au Changement agile. In : *Question(s) de management 2015/2* (n° 10). Éditions EMS Editions, 2015, p 37 - 44.

Bert, J. Ce qui résiste, c'est la prison. *Surveiller et punir*, de Michel Foucault. In : *Revue du MAUSS* (n° 40) ,2012, p161-172.

Cayatte R. Fédérez votre équipe autour d'un projet commun, Chapitre 4 in : *Manager quand tout va mal : 21 bonnes pratiques pour surmonter les difficultés*, Paris : Dunod, 2010, p. 85-114

Combalbert L, Linardos, D, *Guide de survie du manager : Réussir dans la jungle de l'entreprise*. Dunod, 2018.

Combessie JC, Il. L'entretien semi-directif, in : éd., *La méthode en sociologie*, 2007, Paris : La Découverte, « Repères », p. 24-32.

Des Lauriers T. *Manager un projet: définir, concevoir, piloter*, collection Basic, Eyrolle, 2016, Paris.

Doran, G.T. There's a SMART Way to Write Management's Goals and Objectives. *Journal of Management Review*, 70, 35-36,

Drucker P, *Practice of Management* ,1954

El Ghoul F, Enfermer et interdire les fous à Paris au XVIIIe siècle: une forme d'exclusion?, *cahiers de la Méditerranée*, n°69, 2004, p175-187.

Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P, Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé, *Pratiques et Organisation des Soins*, 2011/1 (Vol. 42), p. 35-46.

Foudriat, M, *La co-construction : Une alternative managériale* (pp. 15-36), Chapitre 1. Définition et dimensions de la co-construction. Presses de l'EHESP, 2019, Rennes.

Gaudry-Muller A, Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel, *Recherche en soins infirmiers*, 2015/3, n°122, p44-51.

Huguet A, La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles, Hal open science, Médecine humaine et pathologie. 2018, HAL Id: dumas-02115470

Kaufman JC, *L'entretien compréhensif : L'enquête et ses méthodes*. Nathan, 1996,

Lecomte, J, Kurt Lewin (1890-1947) : la dynamique de groupe Dans : Nicolas Journet éd., *Les grands penseurs des Sciences humaines* (pp. 95-98). Auxerre: Éditions Sciences humaines ,2016.

Lewin K, Lippitt R., An experimental approach to the study of autocracy and democracy: A preliminary note. *Sociometry*, 1(3/4), 1938, p. 292-300.

Maes J, Debois F, Outil 37. Le diagramme de Gantt avec avancement, in : *La boîte à outils du Chef de projet*. Dunod, Paris, 2019, p. 100-101.

Marchat H, Le kit du chef de projet, collection livres, outils, 7<sup>ème</sup> édition, Eyrolles, 2023.

Matthiasson P, Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise », *L'information psychiatrique*, 2017/7 (Volume 93), p. 558-562.

Mesnard x ,Tarondeau JC, Utiliser l'audit par benchmarking pour améliorer les performances, *Revue française de gestion*, 2003/6 (n° 147), p. 247-258.

Mintzberg, H. *Le Management : voyage au centre des organisations*. Editions d'organisation, 2004.

Phanuel, D. & Renault, S. (2015). Le partage de vision des acteurs : un enjeu majeur du management de projet. *Management et avenir* 75, p129-145.

Picq T, Projet : de quoi parle-t-on ? chap. 1 dans : *Manager une équipe projet. L'humain au cœur de la performance*, Dunod, 2016, Paris, « Stratégies et management », p. 9-20.

Pin, C, n. L'entretien semi-directif. LIEPP Fiche méthodologique n°3, 2023-05

Pierre, S. (2021). D'une déontologie paternaliste à une éthique humaniste : Jean d'Arcy (1959-1980). *Télévision*, 12, 33-49.

Rodrigues M, Herman H, Galderisi S, Allan, J, Mettre en œuvre des alternatives à la coercition : un élément clé de l'amélioration des soins de santé mentale. *Institution psychiatrique mondiale*, 2020

Rogers, C. R., Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L, *L'approche centrée sur la personne*. Éditions Ambre, 2013

Stern P, Schoetl JM, Outil 61. Le pilotage du changement : les indicateurs de réalisation », in : , *La Boîte à outils du Management* .Dunod, pp 174,175,2019

Van Laethem N, Moran S, Outil 30. Benchmarking in : *La Boîte à outils du chef de produit*, Dunod, Paris, 2014 p. 90-91.

## Législation

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878232>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) (JORF du 27 janvier 2016)

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

Article L3222-5-1- code de la santé publique, version en vigueur depuis le 24/01/2022

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031918948#:~:text=Il%20ne%20peut%20y%20%C3%AAtre,risque%20apr%C3%A8s%20%C3%A9valuation%20du%20patient.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918948#:~:text=Il%20ne%20peut%20y%20%C3%AAtre,risque%20apr%C3%A8s%20%C3%A9valuation%20du%20patient.)

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de notre système de santé (1) (JORF du 5 mars 2002)

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Décret 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité en psychiatrie JORF N°0226 du 29 septembre 2022

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046338159>

La contention peut-elle rester éthique. Revue Actu soins

<https://www.youtube.com/watch?v=C3J4Hp2p7fY> seminaire contention

### **Revue santé mentale**

Numéro 86 : Mars 2004 : Contenir...

Numéro 139 : 2009 : Le vécu en chambre d'isolement

Numéro 199 : La liberté d'aller et venir en psychiatrie : Juin 2015

Numéro 210 : Isolement et contention : « en dernier recours ». Septembre 2016

Numéro 222 : Pour restreindre l'isolement et la contention : Novembre 2017

Numéro 260 : Isolement et contention : faire autrement ?

### **Vidéos**

Cristol D. Etre leader, ça s'apprend

<https://www.youtube.com/watch?v=T1sr7Z8ECXQ>

La contention, une réalité dans le soin : vécu soignants, soignés, chaire de philosophie à l'hôpital de l'EPSMD de l'Aisne, oct. 2021-juin 2022

<https://www.youtube.com/watch?v=9Yi79AdBbGI>

### **Documents du web**

Agir pour la santé des Franciliens Stratégie à horizon 2028, PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028 / Cadre d'orientation stratégique

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/116121/download?inline>

Clotilde C, Soins psychiatriques sans consentement, hausse sensible, Handicap.fr,2022

<https://informations.handicap.fr/a-soins-psychiatriques-sans-consentement-hausse-sensible-33263.php>

Conseil de l'Europe, rubrique Droits humains et Biomédecine, Initiatives hospitalières, Réduire la contention mécanique et l'isolement dans les unités psychiatriques d'hospitalisation en soins aigus,

[https://www.coe.int/fr/web/bioethics/hospital-based-initiatives/-/highest\\_rated\\_assets/2fqxqVUZDqT/content/r%C3%A9duite-la-contention-m%C3%A9canique-et-l-isolement-dans-les-unit%C3%A9s-psychiatriques-d-hospitalisation-en-soins-aigus](https://www.coe.int/fr/web/bioethics/hospital-based-initiatives/-/highest_rated_assets/2fqxqVUZDqT/content/r%C3%A9duite-la-contention-m%C3%A9canique-et-l-isolement-dans-les-unit%C3%A9s-psychiatriques-d-hospitalisation-en-soins-aigus)

Des chercheurs se penchent sur les hôpitaux français : » zéro contention « en psychiatrie  
<https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20230120-qualite-des-chercheurs-se-penchent-sur-les-hopitaux>

Immigrés et descendants d'immigrés en France Insee Références Édition 2023  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793282?sommaire=6793391>

L'informel en psychiatrie, approche du travail du travail invisible de l'activité infirmière dans techniques hospitalières Juillet-août 2015  
www.techniques-hospitalieres.fr • juillet-août 2015 • 752 • Article publié en ligne

Projections démographiques de la Seine-Saint Denis à l'horizon 2040  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7638660>

Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale : code projet Ricochet  
<https://www.irdes.fr/recherche/projets/ricochet-recours-a-l-isolement-et-a-la-contention-en-psychiatrie.pdf>

Réduction des pratiques restrictives : les 6 stratégies à mettre en place art crisis prevention institute  
<https://www.crisisprevention.com/fr-FR/blog/general/reduction-contention-isolement-6-strategies/>

Réduire la contention mécanique et l'isolement dans les unités psychiatriques d'hospitalisation en soins aigus art du conseil de l'Europe Droits Humains et Biomédecine

La congruence, véritable clé de l'influence et du leadership ? article publié par Emmanuel Kerdraon 3 novembre 2020  
<https://www.gordon-crossings.com/congruence-et-leadership/>

# Table des Annexes

- Annexe 1: Fiche projet managérial*
- Annexe 2: Lettre de mission*
- Annexe 3: Les différentes étapes du projet*
- Annexe 4: GANTT*
- Annexe 5: Procédure mesure d'isolement et de contention*
- Annexe 6: Outil HAS : Mise en place des espaces d'apaisement*
- Annexe 7: Devis Wavecare*
- Annexe 8: schéma de montage*
- Annexe 9: plan de l'ancienne chambre sécurisée*
- Annexe 10: Premier entretien infirmier*
- Annexe 11: Entretien aide-soignant*
- Annexe 12: deuxième entretien infirmier*
- Annexe 13: Troisième entretien infirmier*
- Annexe 14: Quatrième entretien infirmier*
- Annexe 15: Premier entretien patient*
- Annexe 16: Deuxième entretien patient*
- Annexe 17: Troisième entretien patient*
- Annexe 18: Quatrième entretien patient*
- Annexe 19: Cinquième entretien patient*
- Annexe 20: Entretien cadre de santé*
- Annexe 21: Entretien psychiatre*
- Annexe 22: étude pilote Wavecare*
- Annexe 23: Ordre de mission ,Benchmarking Lyon*

## Annexe 1: Fiche projet managérial

	<p>Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2023-2024</p>
<p><b>NOM :</b> Bellot <del>sandrine</del></p> <p><b>INTITULE du projet managérial :</b> création d'un espace d'apaisement en unité temps plein de psychiatrie</p>	
<p><b>CONTEXTE D'EMERGENCE :</b> La qualité des soins devient de nos jours un enjeu prépondérant. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, consacre le patient comme acteur de soins et définit ses droits. Des indicateurs de qualité et de sécurité sont mis en place. La note de cadrage de l'HAS du 13 avril 2002 indique que le patient peut désormais être acteur de ses soins. Une meilleure offre de soins doit être proposée aux patients. Le décret 2002-1254 du 28 septembre 2002 met le focus sur les conditions d'hospitalisation du patient et notamment sur la création d'espaces d'apaisement. Les pratiques professionnelles sont amenées à changer pour améliorer le confort et la sécurité des patients pris en charge. Les droits des patients sont pris en compte, la loi du 27 septembre 2013 vient compléter celle du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Dans ce contexte législatif, l'usager en psychiatrie est censé bénéficier de droits, néanmoins, sa liberté est entravée. Pour pallier à la violence, des mesures de contention sont mises en place lors de sa prise en charge. La loi du 22 janvier 2022(1) et notamment l'article 17 a pour objectif de préconiser aux soignants une diminution du recours à la contention et la recherche d'alternatives. L'établissement de Ville Evrard spécialisé en psychiatrie, dans lequel je travaille réfléchit sur le changement des pratiques en psychiatrie, notamment dans le projet de soins qui est en cours d'écriture et auquel je participe et en transformant les chambres sécurisées en espaces d'apaisement (mesure prise dans le projet d'établissement 2024-2028). L'isolement étant considéré comme une forme de pratique de dernier recours et pouvant être assimilé à une technique violente, je pense qu'il était temps de réfléchir à des alternatives et de réfléchir sur nos pratiques</p>	
<p><b>OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :</b> diminuer le recours à l'isolement et améliorer la qualité des soins en trouvant des solutions alternatives en accord avec le projet d'établissement</p>	
<p><b>ACTEURS liés PROJET</b> Responsable : Mme Bellot Sandrine cadre de santé</p> <p>Acteurs impliqués : l'équipe pluridisciplinaire, infirmiers, ergothérapeute, éducateur, cadre supérieur et cadre, pair aidant</p> <p>Acteurs concernés : Médecin de l'unité, chef de pôle, les usagers</p>	



FACULTÉ  
DE SANTÉ



Fiche projet  
« Projet Managérial »  
Master 2 « Management des  
Organisations Soignantes »  
2023-2024

**CALENDRIER PREVISIONNEL:**

Echéances: 12 mois

**MOYENS :**

- Fonds alloués par l'établissement pour transformer l'offre de soins
- MIGAC

**MODE DE FONCTIONNEMENT :**

- GROUPES DE TRAVAIL

**RESULTATS ATTENDUS :**

A court terme :

Mettre en place cet espace et bien définir son fonctionnement avec tous les intervenants

A moyen terme : évaluer le fonctionnement de cet espace à partir d'indicateurs précis et faire un retour sur l'établissement

A long terme : pérennisation de cet espace et développement dans d'autres secteurs

**VALIDATION :**

- selon l'avancée du projet et l'aval de la Direction

**CRITERES D'EVALUATION**

Indicateurs de coût

- rentabilité : nombre de patients utilisant le dispositif, la fréquence des venues dans cet espace, le temps passé, le personnel mobilisé auprès des patients
- la satisfaction des usagers
- l'impact sur la diminution des traitements et des contentions
- analyse des FEI
- indicateurs qualitatifs et quantitatifs

## REFERENCES UNIVERSITAIRES

### Concepts clés et auteurs de référence

J MORISSET recherche en soins infirmiers 2018 cairn info isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence, alternatives

P Morin Michaud- santé mentale au Québec, 2003-[erudit.org](http://erudit.org)

Sur la contention et la contrainte en psychiatrie : Evolution des idéologies, des lois et des pratiques

C Engel [Maugiron](http://maugiron.com), O Gross-pratiques en santé mentale, 2021-cairn. Info

Comment améliorer la pratique de la contention mécanique en psychiatrie ? Une étude qualitative sur le point de vue des patients

R Carré, AH [Moncarry](http://moncarry.com), R [Haoui](http://haoui.com), C Arbus 2018-cairn info

Isolément Et contention : des pratiques qui doivent être réinterrogées. Le point de vue de l'[Unafam](http://Unafam.com)

A Monnier TOUROUDE-L 'information psychiatrique, 2017

Snoezelen, un soin thérapeutique innovant en psychiatrie adulte de secteur

F GAILLOT, C NGUYEN, T ODIN allocutions d'ouverture 1, 2017

Réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie

K Badiane-Devers-santé mentale et droit, 2023-Elsevier

Salle d'apaisement : relaxation garantie pour vos patients-CREE

[cree.fr](http://cree.fr)

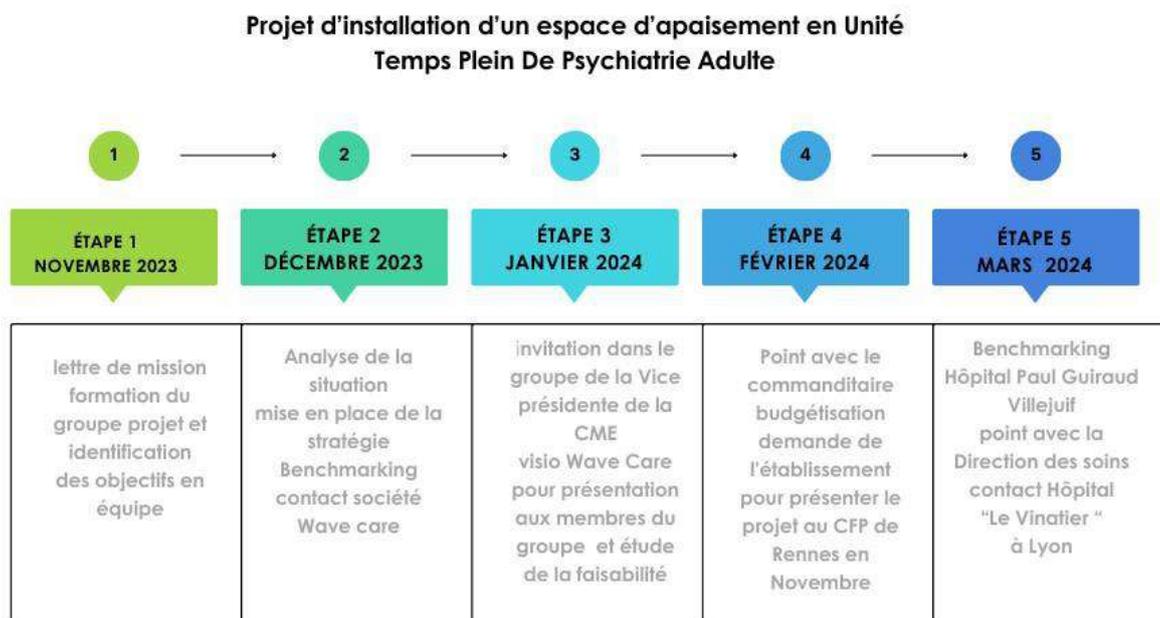
<https://www.cree.fr>

## Annexe 2: Lettre de mission

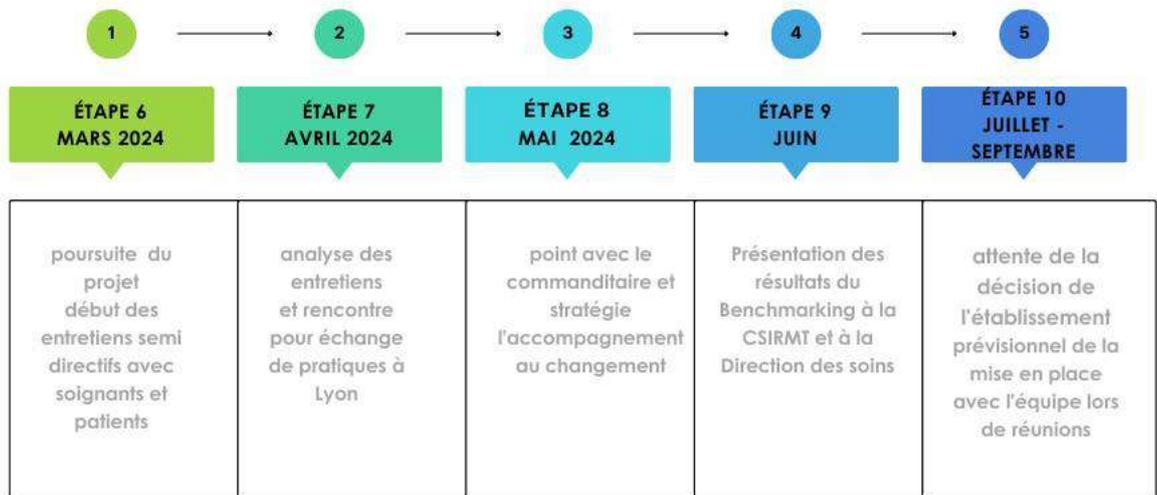
	<p align="center"><b>Lettre de mission</b>  <b>« Projet Managérial »</b>  <b>Master 2 « Management des</b>  <b>Organisations Soignantes »</b>  <b>2023-2024</b></p>	
---	---	---

<p>Désignation du projet</p>	<p><b>Création d'un espace d'apaisement dans une unité de psychiatrie temps plein</b></p>
<p>Commanditaire</p>	<p>Direction des soins MR LEBARS GWENDAL</p>
<p>Nom du responsable du projet</p>	<p>Mme BELLOT SANDRINE cadre de santé</p>
<p>Missions du responsable de projet</p>	<p>Constituer un groupe de travail permettant de mettre en place le projet</p> <p>Organiser des réunions, les animer et respecter un calendrier établi avec des objectifs à atteindre</p> <p>Conduire le projet, le réévaluer si nécessaire</p> <p>Fédérer l'équipe et accompagner le changement. Utiliser les compétences de chacun</p> <p>Respecter un calendrier en tenant compte des éléments facilitateurs et les éventuels obstacles.</p> <p>Evaluer les bénéfices de cet espace et réajuster les objectifs si nécessaires.</p>
<p>Moyens alloués</p>	<p>Participation de différents intervenants</p> <p>Service de communication pour faire connaître les étapes du projet et assurer la communication en interne.</p> <p>Avoir autorisation d'accès aux documents présents dans</p>

## Annexe 3: Les différentes étapes du projet



Projet d'installation d'un espace d'apaisement en Unité  
Temps Plein De Psychiatrie Adulte



## Projet d'installation d'un espace d'apaisement en Unité Temps Plein De Psychiatrie Adulte





## Annexe 5: Procédure mesure d'isolement et de contention

	PROCÉDURE		Ref. : PRO.400
	Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions		Version : 1.0 Page 3 / 30
			contention (annexe 3 et 3 bis) Tutoriel ZedFree Voir page 11
	Médecin	<b>Informe</b> , par téléphone ou par mail, du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical	Information tracée via le questionnaire isolement contention de CORTEXTE ou la fiche relevé information des familles. (annexe 5)
Contention : évaluation 2 fois par 12h  Isolement : évaluation 2 fois par 24h	Médecin	Le <b>renouvellement</b> est effectué à nouveau si la mesure est prolongée selon les modalités décrites ci-dessus	CORTEXTE Questionnaires Décision
Contention : 48h depuis le début de la mesure (ou en temps cumulé de plusieurs mesures)  Isolement : 72h depuis le début de la mesure (ou en temps cumulé de plusieurs mesures)	<u>Semaine :</u> Service des Admissions  <u>WE et JF :</u> AMA de permanence les WE et JF (Temporaire)	<b>Saisine du JLD</b> Tous les documents sont adressés au greffe du JLD par le biais de la messagerie sécurisée ZedFree	Documents de saisine TOUS les documents liés à la mesure d'isolement et/ou de contention Tous les documents nécessaires en lien avec la mesure de soins sans consentement (Répertoire spécifique)
	Médecin	<b>Informe</b> du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical	Information tracée via le questionnaire isolement contention de CORTEXTE ou la fiche relevé information des familles (annexe 5)
Dans les 24h à compter du terme des durées prévues (48 ou 72h)	JLD	<b>Décision</b> de maintien ou de mainlevée de la mesure	Ordonnance JLD
<b>SI LA MESURE EST LEVEE PAR LE JLD</b>			
Immédiatement	Equipe + Médecin	Mise en œuvre de la décision du JLD, il doit être mis fin à la mesure d'isolement et/ou de contention.	CORTEXTE – fin de la mesure.

 <small>établissement public de santé de</small> <b>Ville-Evrard</b> <small>service de soins médico-psychiatriques</small> <small>Saint-Sauveur - Saint-Jacques</small>	PROCÉDURE	Etat : PRO-400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention :</b> <b>Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 4 / 50

### **Procédure dégradée pour le week-end et jour férié en attendant la mise en place d'une organisation pérenne :**

Le service de soins (médecins de garde, cadre, infirmier) informe par mail l'AMA de permanence de la nécessité d'envoyer le document au JLD à l'adresse mail : [permanence.isocontention@epsve.fr](mailto:permanence.isocontention@epsve.fr)

Cette information est également disponible dans le tableau de bord de ~~Cortexa~~ (Alerte isolement).

La secrétaire médicale de permanence génère le document selon les modalités précisées ci-dessus.

Le juge peut s'autosaisir à réception de cette information.

Si la prolongation d'une mesure d'isolement ou de contention intervient la nuit, **il est possible d'attendre le matin pour informer le JLD.**

#### **1.1.1.3. A l'égard des proches**

En cas de renouvellement exceptionnel de la mesure (48h pour l'isolement et 24h pour la contention), le médecin doit informer le patient et ses proches du patient.

Le médecin informe du renouvellement de ces mesures **au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.**

Cette information est tracée dans le dossier médical informatisé via le questionnaire isolement et/ou le questionnaire contention.

L'information se fait **dans le respect du secret médical, de la volonté et l'intérêt du patient.** Le patient a le droit d'exercer à tout moment une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Il est donc nécessaire, quand cela est possible, de recueillir en amont sa volonté en la matière et de noter les personnes qu'il souhaiterait voir informées dans ce cadre. Ces informations sont tracées dans le dossier médical (questionnaires isolement / contention).

Le médecin les informe de leur droit de saisir le JLD aux fins de mainlevée de la mesure et des modalités de saisine de ce juge. Cette information peut être délivrée oralement, par téléphone ou dans certains cas par mail – annexe n°8 (pour les mandataires judiciaires par exemple).

Si le médecin souhaite informer la famille par mail, il peut utiliser une adresse mail générique qui ne permettra pas de faire réponse. Pour cela, il convient de contacter le support informatique en amont afin que cette adresse de messagerie soit installée.

La fiche « information de la famille » (annexe n°5) peut également servir de support si besoin. Elle est alors complétée et enregistrée dans ~~Cortexa~~.

Le refus du patient d'informer ses proches doit également être renseigné dans le questionnaire isolement/contention.

A noter, si la prolongation d'une mesure d'isolement ou de contention intervient durant la nuit, **il est possible d'attendre le matin pour informer les proches.**

L'information des proches **est renouvelée à chaque saisine du JLD** (voir ci-dessous)

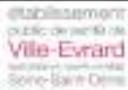
<small>établissement public de santé de Ville-Evrard général et soins de suite Général-Santé-Durand</small>	<b>PROCÉDURE</b>		Ref. : PRO.400
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>		Version : 1.0 Page 5 / 30
Isolement : Au-delà de 48 h  AMA de Permanence (WE et JF) - temporaire		Le document est complété automatiquement selon les informations des questionnaires. Le document en pdf est envoyé au JLD via la messagerie sécurisée ZedFree.	Document information JLD isolement ou Document Information JLD contention
<i>Le cycle reprend son cours</i>			
<b>SI LA MESURE EST MAINTENUE PAR LE JLD : Cycle reprend son cours</b>			
<b>2ème CYCLE</b>			
Contention : évaluation 2 fois par 12h  Isolement : évaluation 2 fois par 24h	Médecin	Le <b>renouvellement</b> est effectué à nouveau si la mesure est prolongée. Le patient est informé de ses droits si son état le permet	CORTEXTE Questionnaires Décision
Contention : Au-delà de 24h  Isolement : Au-delà de 48 h	<u>Semaine :</u> Secrétaire médicale du Pôle <u>WE et JF :</u> AMA de Permanence (WE et JF) - temporaire	La secrétaire édite le document « <b>information JLD</b> » correspondant à la situation. Le document est complété automatiquement selon les informations des questionnaires. Le document en pdf est envoyé au JLD via la messagerie sécurisée ZedFree.	Alerte CORTEXTE dans le tableau de bord Document information JLD isolement ou Document Information JLD contention
Isolement : évaluation 2 fois par 24h  Contention : évaluation 2 fois par 12h	Médecin	Le <b>renouvellement</b> est effectué à nouveau si la mesure est prolongée selon les modalités décrites ci-dessus Le patient est informé de ses droits si son état le permet	CORTEXTE Questionnaires Décision
Contention : 48h depuis le début de la mesure (ou en temps cumulé de plusieurs mesures)  Isolement : 72h depuis le début de la mesure (ou en temps cumulé de plusieurs mesures)	<u>Semaine :</u> Service des Admissions <u>WE et JF :</u> AMA de permanence les WE et JF	<b>Saisine du JLD</b> Tous les documents sont adressés au greffe du JLD par le biais de la messagerie sécurisée ZedFree	Documents de saisine TOUS les documents liés à la mesure d'isolement et : ou de contention Tous les documents nécessaires en lien avec la mesure de soins sans consentement (Répertoire spécifique)
	Médecin	<b>Informe</b> du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une	Information tracée via les questionnaires Isolement Contention de

<small>Établissement public de santé de</small> <b>Ville-Evrard</b> <small>Service de soins de suite et de soins spécialisés</small> <small>Centre Saint-Denis</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Ref. : PRO.400
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0 Page 6 / 30

		personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical	CORTEXTE ou la fiche relevé information des familles
Dans les 24h à compter du terme des durées prévues (48 ou 72h)	JLD	<b>Décision</b> de maintien ou de mainlevée de la mesure	Ordonnance JLD
<b>SI LA MESURE EST LEVEE PAR LE JLD</b>			
<i>Voir modalités précédentes – Voir Cycle 1</i>			
<b>SI LA MESURE EST MAINTENUE PAR LE JLD : Cycle reprend son cours</b>			
<b>3ème CYCLE</b>			
<b>Pour la contention uniquement</b>			
2 fois par 12h	Médecin	Le <b>renouvellement</b> est effectué à nouveau si la mesure est prolongée.	CORTEXTE Questionnaires Décision
Contention : Au-delà de 24h	<u>Semaine :</u> Secrétaire médicale du Pôle  <u>WE et JF :</u> AMA de Permanence (WE et JF) - temporaire	La secrétaire édite le document « <b>information JLD</b> » correspondant à la situation. Le document est complété automatiquement selon les informations des questionnaires. Le document en pdf est envoyé au JLD via la messagerie sécurisée ZedFree.	Alerte CORTEXTE dans le tableau de bord Document information JLD isolement ou Document information JLD contention
Contention : évaluation 2 fois par 12h	Médecin	Le <b>renouvellement</b> est effectué à nouveau si la mesure est prolongée selon les modalités décrites ci-dessus. Le patient est informé de ses droits si son état le permet.	CORTEXTE Questionnaires Décision
Contention : 48h depuis le début de la mesure (ou en temps cumulé de plusieurs mesures)	<u>Semaine :</u> Service des Admissions  <u>WE et JF :</u> AMA de permanence les WE et JF	<b>Saisine du JLD</b> Tous les documents sont adressés au greffe du JLD par le biais de la messagerie sécurisée ZedFree	Document de saisine TOUS les documents liés à la mesure d'isolement et : ou de contention Tous les documents nécessaires en lien avec la mesure de soins sans consentement. (Répertoire spécifique)
	Médecin	<b>Informe</b> du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du	Information tracée via les

établissement Centre de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>Centre de santé - Centre          Santé-Saint Denis</small>	<b>PROCÉDURE</b>		Réf. : PRO.400
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>		Version : 1.0 Page 7 / 30

		patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.	questionnaires isolement contention de CORTEXTE ou la fiche relevé information des familles
Dans les 24h à compter du terme des durées prévues (48 ou 72h)	JLD	<b>Décision de maintien</b> ou de mainlevée de la mesure	Ordonnance JLD
<i>Le cycle reprend son cours selon la décision du JLD          Un nouveau cycle d'information/saisine/décision du JLD se met en place – Cf. Contention uniquement.</i>			
<b>Pour l'isolement uniquement</b>			
2 fois par 24h	Médecin	Le <b>renouvellement</b> est effectué à nouveau si la mesure est prolongée. Le patient est informé de ses droits si son état le permet.	CORTEXTE Questionnaires Décision
Au-delà de 48h	<u>Semaine :</u> Secrétaire médicale du Pôle  <u>WE et JF :</u> AMA de Permanence (WE et JF) - temporaire	La secrétaire édite le document « <b>information JLD</b> » correspondant à la situation. Le document est complété automatiquement selon les informations des questionnaires. Le document en pdf est envoyé au JLD via la messagerie sécurisée ZedFree.	Alerte CORTEXTE dans le tableau de bord Document information JLD isolement ou Document Information JLD contention
isolement : évaluation 2 fois par 24h	Médecin	Le <b>renouvellement</b> est effectué à nouveau si la mesure est prolongée selon les modalités décrites ci-dessus	CORTEXTE Questionnaires Décision
6 jours suivant la précédente décision du JLD	<u>Semaine :</u> Service des Admissions  <u>WE et JF :</u> AMA de permanence les WE et JF	<b>Saisine du JLD</b> Tous les documents sont adressés au greffe du JLD par le biais de la messagerie sécurisée ZedFree	Document de saisine TOUS les documents liés à la mesure d'isolement et : ou de contention Tous les documents nécessaires en lien avec la mesure de soins sans consentement (Répertoire spécifique)
	Médecin	<b>Informe</b> du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de	Information tracée via les questionnaires isolement

 <small>établissement public de santé de</small> <b>Ville-Evrard</b> <small>établissement public de santé de</small> Sene-Saint-Germe	<b>PROCÉDURE</b>		Réf. : PRO.400
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>		Version : 1.0 Page 8 / 30
		solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.	contention de CORTEXTE ou la fiche relevé information des familles
Avant l'expiration de ce délai de sept jours	JLD	<b>Décision</b> de maintien ou de mainlevée de la mesure	Ordonnance JLD
<i>Le cycle reprend son cours selon la décision du JLD Nouvelle saisine tous les 6 jours suivant la précédente décision JLD.</i>			
<b>Il peut être mis fin à la procédure à tout moment dès que le patient ne nécessite plus de soins en isolement ou en contention.</b>			

## 1.2. DETAIL DE LA PROCEDURE

La réglementation relative au régime des mesures d'isolement et de contention a été modifiée par l'article 17 de la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique et codifié à l'article L 3222-5-1 du Code de santé publique (CSP).

### 1.2.1. Renouvellement de mesures d'isolement et de contention

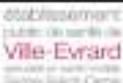
Les mises en isolement ou sous contention sont désormais régies par une réglementation plus stricte et plus formalisée :

- Patients en hospitalisation complète dans le cadre d'une **mesure de soins sans consentement** ;
- La **contention** ne peut être mise en œuvre que dans le cadre d'un **isolement** ;
- Sur **décision médicale motivée d'un psychiatre** ;
- Elles font suite à des **mesures alternatives** non probantes ;
- Pour des **durées limitées** ;
- C'est une **décision de dernier recours**, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui ;
- Elles donnent lieu à une **information du Juge** des Libertés et de la détention puis à sa saisine systématique. Il peut également se rendre à tout moment sur place afin d'apprécier les conditions d'exécution de la mesure (y compris consulter le registre) ;
- Doivent faire l'objet d'une **surveillance stricte, somatique et psychiatrique**.

#### Les décisions du psychiatre :

- Les décisions de mise en isolement ou sous contention sont désormais formalisées (annexe n°1 et 1 bis).
- La décision est générée directement à partir des informations des questionnaires isolement et contention de Cortexte. Ces deux questionnaires doivent donc être renseignés avec soin.
- Une attention particulière doit être portée à la motivation des décisions initiant ou renouvelant les mesures d'isolement et de contention.

#### EN PRATIQUE :

	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 9 / 30

La décision est générée directement à l'issue du questionnaire isolement ou du questionnaire contention.

Lors de la prescription de la mesure, le questionnaire adapté va s'ouvrir.

Il doit être complété par le médecin décisionnaire.

Tutoriels disponibles sur intranet :

[http://srv-eps-sps02:8800/dossier\\_patient/Documentation/iso-Contention.mp4](http://srv-eps-sps02:8800/dossier_patient/Documentation/iso-Contention.mp4)

[http://srv-eps-sps02:8800/dossier\\_patient/Documentation/iso-Isolement.mp4](http://srv-eps-sps02:8800/dossier_patient/Documentation/iso-Isolement.mp4)

**Attention, certains champs sont obligatoires, il ne sera pas possible de passer à la question suivante si un des items n'est pas sélectionné.**

A la fin du questionnaire, valider puis cliquer sur « Impr » et sélectionner la décision adaptée (isolement ou contention), le document sera complété automatiquement selon les informations notées sur CORTEXTE.

Cette décision doit être signée.

Cela peut être réalisé par le biais de la Carte CPS du praticien

Voir tutoriel sur intranet : [http://srv-eps-sps02:8800/dossier\\_patient/Documentation/iso-Signature%20%C3%A9lectronique%20documents%20Cortexte.mp4](http://srv-eps-sps02:8800/dossier_patient/Documentation/iso-Signature%20%C3%A9lectronique%20documents%20Cortexte.mp4)

Lors de la première connexion, il conviendra de s'authentifier. Contacter le support informatique pour plus d'informations ou tutoriel : [http://srv-eps-sps02:8800/dossier\\_patient/Documentation/iso-Authentification%20signature%20%C3%A9lectronique.mp4](http://srv-eps-sps02:8800/dossier_patient/Documentation/iso-Authentification%20signature%20%C3%A9lectronique.mp4)

En procédure dégradée (absence de carte CPS), il conviendra d'éditer le document, le signer manuellement et de scanner le document signé dans Cortexte.

Il conviendra de classer sur Cortexte dans les documents externes / « Décisions iso cont ». Le document devra être nommé ainsi « Année-Mois-Jour-Décision Iso Cont – Initiales du patient ».

Ex : « 2022-01-24-Décision iso-XY »

#### 1.1.1.1. **Nouvelles durées des mesures**

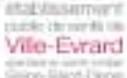
- **Mesure initiale :**

- La mesure d'**isolement** est prise pour **une durée maximale de 12 heures**. Elle peut être renouvelée **dans la limite d'une durée totale de 48 heures et fait l'objet de 2 évaluations par 24h**.
- La mesure de **contention** est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement **pour une durée maximale de 6 heures**. Elle peut être renouvelée par périodes maximales de 6 heures, dans la **limite d'une durée totale de 24 heures et fait l'objet de 2 évaluations par 12h**.

- **Renouvellement exceptionnel :**

A titre exceptionnel, si l'état de santé du patient le nécessite, le médecin peut renouveler, au-delà des durées maximales prévues.

Le juge des libertés et de la détention doit alors être informé du renouvellement de ces mesures (48h pour l'isolement et 24h pour la contention). Ce dernier peut se saisir d'office pour y mettre fin. Voir 1.1.1.2 – information du JLD.

 établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>service de soins de jour          Saint-Saint-Léon</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 10 / 30

▪ **En cas de mesures non consécutives, deux cas possibles :**

- **Une mesure prolongeant une mesure précédente** : lorsqu'une mesure est prise moins de 48 heures après la fin d'une mesure précédente, cette mesure est considérée comme une mesure de prolongation et sa durée va s'ajouter à la durée de la mesure précédente.

Dans ce cas il conviendra d'informer le JLD selon le processus détaillé ci-dessus une fois la durée totale de 48heures atteinte.

- **Une mesure nouvelle** : lorsqu'une mesure est prise plus de 48 heures après la fin d'une mesure précédente, elle est considérée comme une nouvelle mesure et le décompte de la durée totale repart de zéro.

**1.1.1.2. Les hospitalisations en soins libres**

Selon l'instruction du 29 avril 2021 il reste possible « d'isoler un patient admis en hospitalisation en soins libres pour quelques heures, dans l'attente de la résolution de la situation d'urgence ou de la transformation de son régime d'hospitalisation en soins sans consentement. »

**1.1.1.3. Cas particuliers**

L'instruction précitée offre la possibilité aux établissements d'adapté leur organisation pour renouveler les mesures à titre exceptionnel :

Si une réévaluation de la mesure intervient **en dehors des horaires de présence d'un psychiatre dans l'unité de soin**, une téléconsultation est envisageable à condition que :

- le patient soit accompagné d'un infirmier
- l'échange soit tracé dans le dossier du patient
- le compte-rendu et la décision de renouvellement soit transmise par le psychiatre via une messagerie sécurisée
- l'observation médicale soit tracée dans le dossier du patient et complété par le médecin qui a pris la décision ou un psychiatre de l'équipe.

**A Ville-Evrard**, le renouvellement échoit au médecin de garde afin que le renouvellement soit effectué en temps voulu. La décision est tracée dans le dossier médical selon les modalités précitées.

Par ailleurs, dans le cas des renouvellements de mesure **en nuit profonde**, des visites infirmières sont programmées et leur fréquence est consignée par le médecin dans le dossier du patient en fonction des éléments cliniques relevés.

Si le patient dort et qu'il n'est pas estimé nécessaire de le réveiller, soignant s'assure :

- que **celui-ci dort, ne présente aucun signe d'inquiétude clinique**
- et vérifie qu'aucun élément de son dossier n'implique de surveillance particulière.
- **il mentionne dans le dossier du patient l'heure à laquelle il a vérifié son état clinique, « le fait qu'il était endormi et qu'il ne présente pas de symptômes physiques ou psychopathologiques justifiant un réveil ».**

Sur avis du psychiatre (qui peut être à distance) la mesure est prolongée et réévaluée impérativement le lendemain matin avant la fin de la durée de la mesure renouvelée.

	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0 Page 11 / 30

## 1.2.2. L'information

### 1.1.1.1. Information du patient

Le médecin informe, dans les plus brefs délais, le patient placé en isolement ou mis sous contentions au moment de la prescription initiale et du renouvellement :

- De la possibilité et des modalités de saisir le JLD aux fins de mainlevée de la mesure. La demande peut être faite à l'écrit ou à l'oral ;
- De la possibilité d'être assisté ou représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office ;
- De la possibilité de demander à être entendu par le JLD sauf en cas de production d'un avis médical de non-compatibilité avec une audition ou de formuler des observations et de produire des pièces.

A défaut de pouvoir être entendu, un avocat choisi ou commis d'office le représentera ou pourra être entendu par le juge.

L'information donnée au patient **est tracée dans le dossier** (dans les questionnaires isolement et/ou contention).

Une **fiche d'information** (annexe n°2) peut être remise au patient placé en isolement ou sous contention si son état de santé le permet.

Si la mesure doit **être renouvelée en nuit profonde**, l'information peut être délivrée à son réveil.

### 1.1.1.2. A l'égard du Juge des Libertés et de la Détention

L'information relative au renouvellement de la mesure doit être communiquée au JLD **à partir de 48h d'isolement** (consécutives, ou en durée cumulée sur 15 jours) et **à partir de 24h de contention** (consécutives, ou en durée cumulée sur 15 jours). Voir Annexes 3, 3bis et 4.

En semaine, pour réaliser cette information, **le secrétariat du Pôle transmet cette information**. L'AMA doit générer le formulaire « information JLD » pour l'isolement ou pour la contention. Ce formulaire est complété automatiquement selon les informations issues du dernier questionnaire isolement ou contention.

Il existe un formulaire pour l'isolement et un pour la contention.

Ils sont accessibles sur Cortexte :

- Dans les « Documents » / « Ajouter Documents et certificats » / « ISO/CONT ».
- Via les alertes isolement contention
- Dans l'échéancier.

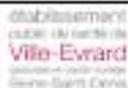
Un fois le document généré depuis contexte, il devra être adressé au JLD à l'adresse : [informationJLD@epsve.fr](mailto:informationJLD@epsve.fr)

Préciser dans l'objet du message « **URGENCE – Information contention / isolement** »

L'envoi se fera par l'intermédiaire de la messagerie cryptée en utilisant « Zedfree », logiciel accessible depuis le « bureau » de l'ordinateur.

Tutoriel sur intranet : [http://srv-eps-sps02-8800/dossier\\_patient/Documentation/iso-ZEDFREE.mp4](http://srv-eps-sps02-8800/dossier_patient/Documentation/iso-ZEDFREE.mp4)

Important à noter, le mot de passe pour effectuer l'envoi est **HSC@tj93000!**

	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO-400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 12 / 30

**Procédure dégradée pour le week-end et jour férié en attendant la mise en place d'une organisation pérenne :**

Le service de soins (médecins de garde, cadre, infirmier) informe par mail l'AMA de permanence de la nécessité d'envoyer le document au JLD à l'adresse mail : [permanence.isocontention@epsve.fr](mailto:permanence.isocontention@epsve.fr)

Cette information est également disponible dans le tableau de bord de Cortexte (Alerte isolement).

La secrétaire médicale de permanence génère le document selon les modalités précisées ci-dessus.

Le juge peut s'autosaisir à réception de cette information.

Si la prolongation d'une mesure d'isolement ou de contention intervient la nuit, **il est possible d'attendre le matin pour informer le JLD.**

### **1.1.1.3. A l'égard des proches**

En cas de renouvellement exceptionnel de la mesure (48h pour l'isolement et 24h pour la contention), le médecin doit informer le patient et ses proches du patient.

Le médecin informe du renouvellement de ces mesures **au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.**

Cette information est tracée dans le dossier médical informatisé via le questionnaire isolement et/ou le questionnaire contention.

L'information se fait **dans le respect du secret médical, de la volonté et l'intérêt du patient.** Le patient a le droit d'exercer à tout moment une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Il est donc nécessaire, quand cela est possible, de recueillir en amont sa volonté en la matière et de noter les personnes qu'il souhaiterait voir informées dans ce cadre. Ces informations sont tracées dans le dossier médical (questionnaires isolement / contention).

Le médecin les informe de leur droit de saisir le JLD aux fins de mainlevée de la mesure et des modalités de saisine de ce juge. Cette information peut être délivrée oralement, par téléphone ou dans certains cas par mail – annexe n°6 (pour les mandataires judiciaires par exemple).

Si le médecin souhaite informer la famille par mail, il peut utiliser une adresse mail générique qui ne permettra pas de faire réponse. Pour cela, il convient de contacter le support informatique en amont afin que cette adresse de messagerie soit installée.

La fiche « information de la famille » (annexe n°5) peut également servir de support si besoin. Elle est alors complétée et enregistrée dans Cortexte.

Le refus du patient d'informer ses proches doit également être renseigné dans le questionnaire isolement/contention.

A noter, si la prolongation d'une mesure d'isolement ou de contention intervient durant la nuit, **il est possible d'attendre le matin pour informer les proches.**

L'information des proches **est renouvelée à chaque saisine du JLD** (voir ci-dessous)

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> avenue de la République 51100 Saint-Denis	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0 Page 13 / 30

#### 1.1.1.4. Patient sous mesure de protection juridique

- o **Sous protection juridique de l'EPS de Ville-Evrard (service des personnes protégées)**

Pour informer le service des personnes protégées de l'établissement, adresser un mail à l'adresse : [tutelles.ve@epsve.fr](mailto:tutelles.ve@epsve.fr)

- o **UDAF 93**

Contactez le responsable du service (numéro de portable communiqué aux équipes de soins)

A défaut, appeler le standard aux horaires d'ouverture.

Contact du service par mail : [pjm@udaf93.unaf.fr](mailto:pjm@udaf93.unaf.fr) ou [pjmcontact@udaf93.unaf.fr](mailto:pjmcontact@udaf93.unaf.fr)

- o **Autres organismes ou Mandataires judiciaires privés**

L'assistante sociale du service se met en relation avec le mandataire judiciaire afin de déterminer en amont les modalités de communication avec lui.

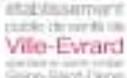
#### 1.1.1.5. Tableau récapitulatif des durées et de l'information

Mesure	Durée des mesures		Information
	Contention	isolement	
Mesure initiale	Durée initiale maximale 6h	Durée initiale maximale 12h	Information du patient réitérée le cas échéant dès que son état le permet
	Renouvellement : Deux évaluations par 12h	Renouvellement : Deux évaluations par 24h	
	Durée totale maximale : 24h	Durée totale maximale : 48h	
Renouvellement exceptionnel	<b>Au-delà de 24h</b> - Deux évaluations par 12h - Dans la limite de 24h	<b>Au-delà de 48h</b> - Deux évaluations par 24h. - Dans la limite de 48h	Information du patient + Juge des Libertés et de la Détention + Au moins 1 membre de la famille dès lors qu'ils sont identifiés
Mesures non consécutives	Si le total des mesures non consécutives atteint 24h sur une durée de 15 jours	Si le total des mesures non consécutives atteint 48h sur une durée de 15 jours	Information du patient + Juge des Libertés et de la Détention + Au moins 1 membre de la famille dès lors qu'ils sont identifiés.

#### 1.2.3. La saisine du JLD

Le JLD a la possibilité de s'autosaisir lorsqu'il reçoit l'information du renouvellement de la mesure.

#### 1.1.1.6. La saisine obligatoire

 établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>service de soins de jour          Saint-Léon</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 14 / 30

- **Saisine n°1 dans les 48h (contention) / 72h isolement**

En cas de renouvellement de la mesure, le JLD doit être saisi avant l'expiration de la **soixante-douzième heure d'isolement** ou de la **quarante-huitième heure de contention**, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées.

Cette saisine est réalisée durant les périodes ouvrées par le service des Admissions.

**Procédure dégradée pour le week-end et jour férié en attendant la mise en place d'une organisation pérenne** : La saisine est réalisée par l'AMA de permanence.

**En pratique cela nécessite que l'intégralité des décisions d'isolement / contention et leur renouvellement soient créées dans Cortexte et accessibles**

Ils sont regroupés dans un répertoire spécifique accessible uniquement par le service des admissions et les personnes effectuant la permanence.

La requête de saisine est datée et signée et comporte :

- L'indication des nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ou, s'il s'agit d'une personne morale, celle de sa forme, de sa dénomination, de son siège social et de l'organe qui la représente légalement ;
- L'indication des nom et prénoms de la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques, de son domicile et, le cas échéant, de l'adresse de l'établissement où elle séjourne, ainsi que, s'il y a lieu, des coordonnées de la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique relative à la personne ou de ses représentants légaux si elle est mineure ;
- L'exposé des faits et son objet.

La saisine est accompagnée de toutes les pièces utiles :

- Pièces prévues dans le cadre de la procédure de saisine obligatoire du JLD :
  - o Demande de tiers (sauf Péril imminent),
  - o Décision d'admission / Arrêtés pour SDRE
  - o Décision la plus récente SDT ou Arrêtés pour SDRE
  - o Le ou les certificats médicaux initiaux,
  - o Le certificat médical de 24h
  - o Le certificat médical de 72h
  - o Demiers certificats en date ;
- Décisions motivées successives relatives aux mesures d'isolement contention ;
- Tout élément pouvant éclairer le juge concernant la décision d'isolement ou de contention ;

**A noter, le WE et JF** : Les **décisions en soins sans consentement** (Soins à la demande d'un tiers, cas d'urgence et Péril imminent), nécessaires à la saisine, sont préparées par l'AMA de permanence et **signées par l'administrateur de garde**.

Le JLD statue dans les vingt-quatre heures qui suivent l'expiration des durées (72 heures pour l'isolement / 48 heures pour la contention).

Si les conditions sont toujours réunies, le JLD autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Dans ce cas, le médecin peut la renouveler dans les conditions précédemment évoquées.

Si les conditions prévues ne sont plus réunies, le juge ordonne la **mainlevée de la mesure**.

Dans ce cas, **aucune nouvelle mesure** ne peut être prise **avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures**, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui.

**Le JLD est alors informé alors sans délai**, et peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> hôpital ville evrard Saint-Saint Denis	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 15 / 30

L'information du JLD se fait selon les modalités décrites au paragraphe relatif à l'information (page 11), en utilisant le document intitulé : Information JLD nouvelle mesure suite levée (annexe n°4)

- **Saisine n°2 - contention / isolement**

Si la mesure d'isolement/contention est maintenue, un deuxième cycle d'information/saisine/décision du JLD se met en place : le juge doit à nouveau être saisi avant l'expiration de la **soixante-douzième heure d'isolement** ou de la **quarante-huitième heure de contention selon les modalités décrites à la saisine n°1.**

**Tous les documents doivent être envoyés à nouveau** ainsi que ceux relatifs à aux décisions de renouvellement.

Le JLD statue dans les vingt-quatre heures qui suivent l'expiration des durées mentionnées.

Il peut décider d'un maintien ou de la levée.

En cas de levée de la mesure, **aucune nouvelle mesure** ne peut être prise **avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures**, sauf survenance d'éléments nouveaux (voir saisine n°1).

- **isolement : Saisine n°3 dans les 6 jours suivant la précédente décision du JLD – isolement uniquement**

**Si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le JLD, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision.**

Les modalités de saisine sont identiques aux précédentes.

Le juge des libertés et de la détention statue avant l'expiration de ce délai de sept jours.

Le cas échéant, il est à nouveau saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions.

- **Contention : Saisine n°3 dans les 48h suivant la précédente décision du JLD – contention uniquement**

Si la mesure d'isolement/contention est maintenue, un nouveau cycle d'information/saisine/décision du JLD se met en place : le juge doit à nouveau être saisi avant l'expiration de la **quarante-huitième heure de contention selon les modalités décrites à la saisine n°1.**

**Tous les documents doivent être envoyés à nouveau** ainsi que ceux relatifs à aux décisions de renouvellement.

Le JLD statue dans les vingt-quatre heures qui suivent l'expiration des durées mentionnées.

Il peut décider d'un maintien ou de la levée. En cas de levée de la mesure, **aucune nouvelle mesure** ne peut être prise **avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures**, sauf survenance d'éléments nouveaux (voir saisine n°1).

#### **1.1.1.7. La saisine à la demande du patient**

Lorsque la demande émane du patient concerné par la mesure d'isolement ou de contention, **la requête** doit être déposée au secrétariat du service de soins qui l'horodate et la transmet au service des admissions aux horaires ouverts ou à l'AMA de permanence (**permanence temporaire dans l'attente de l'organisation pérenne**).

Un modèle est proposé (annexe n°7).

<small>Établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> hôpital et soins Généralistes</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0 Page 16 / 30

La demande peut également être formulée par une **déclaration verbale** recueillie par le cadre ou le cadre supérieur qui agissent par délégation du directeur de l'établissement.

Un procès-verbal est alors établi (annexe n°8), il est horodaté et revêtu de la signature du rédacteur et de celle du patient. Si ce dernier ne peut signer, il en est fait mention.

#### **Jours ouvrés en semaine de 9h à 17h :**

La secrétaire médicale, le médecin ou la personne ayant recueilli la déclaration orale transmettent la saisine du patient par mail au Service des admissions à [admissions@epsve.fr](mailto:admissions@epsve.fr)

#### **En semaine de 17h à 21h et les samedis, dimanches et jours fériés**

La personne ayant recueilli la saisine ou déclaration orale transmet le document ci-dessous à l'AMA de permanence à l'adresse [permanence\\_isocontention@epsve.fr](mailto:permanence_isocontention@epsve.fr) et à l'administrateur de garde.

La requête est signée par l'administrateur de garde.

La requête est accompagnée de toutes les pièces utiles :

- Toute pièce voulue par le patient ;
- Pièces prévues dans le cadre de la procédure de saisine obligatoire du JLD :
  - o Demande de tiers (sauf Péril imminent),
  - o Décision d'admission / Arrêtés pour SDRE
  - o Décision la plus récente SDT ou Arrêtés pour SDRE
  - o Le ou les certificats médicaux initiaux,
  - o Le certificat médical de 24h
  - o Le certificat médical de 72h
  - o Derniers certificats en date ;
- Décisions motivées successives relatives aux mesures d'isolement contention ;
- Un avis médical motivé de compatibilité ou de non-compatibilité avec une audition
- Tout élément pouvant éclairer le juge concernant la décision d'isolement ou de contention ;

Le service des admissions ou l'AMA de permanence sont chargés de transmettre sans délai cette requête, les documents mentionnés ci-dessus ainsi que l'avis médical motivé de compatibilité ou de non-compatibilité avec une audition au greffe du tribunal judiciaire par mail.

**L'établissement dispose de 10 heures** pour fournir au juge, en cas de sollicitation par ce dernier, la décision de mise à l'isolement ou sous contention ainsi que les décisions de renouvellement de ces mesures et les documents médico-administratifs relatifs aux soins sans consentement.

Le patient peut avoir accès aux éléments de la saisine (dans le cadre de l'article L1111-7 CSP), qui sont disponibles auprès du service des admissions.

**Le dossier du patient est tenu à jour avec les informations concernant ces mesures, notamment de façon à pouvoir répondre aux éventuelles demandes du juge en cas de saisine. Les informations sur le suivi de la mesure sont tracées.**

#### **1.1.1.8. A la demande de proches**

Lorsque la requête émane d'un proche directement auprès du JLD, le greffe informe le service des admissions de l'établissement.

Celui-ci communique au greffe, soit de sa propre initiative, soit sur invitation du juge dans un délai de dix heures à compter de sa demande, les pièces mentionnées au chapitre précédent (1.1.1.7).

#### **1.2.4. Audience**

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>Association pour le          bien-être de la région de          Ville-Evrard</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 17 / 30

Le JLD, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention, statue **sans audience selon une procédure écrite**.

Le patient peut demander à être entendu par le JLD, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement, sauf si des obstacles médicaux y font obstacle (avis médical motivé).

L'audition du patient peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.

Lorsque le juge décide de tenir une audience, le patient qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention est assisté ou représenté par un avocat.

Il est systématiquement représenté par un avocat dans le cas où le magistrat décide, au vu de l'avis médical, de ne pas l'entendre.

Les autres parties ne sont pas tenues d'être représentés par un avocat.

Le juge fixe la date, l'heure et le lieu de l'audience.

Le juge **doit statuer dans un délai de 24h**, à défaut, la mesure d'isolement ou de contention est levée. Cette décision est susceptible d'appel dans un délai de 24h.

#### **1.2.5. Le contrôle des mesures d'isolement / contention par le JLD dans le cadre du contrôle des mesures de soins sans consentement (J12 et 6 mois)**

Les mesures d'isolement et de contention peuvent faire l'objet d'un contrôle par le JLD dans le cadre du contrôle des mesures de soins sans consentement.

Le service des admissions est chargé de transmettre au JLD tous les documents liés à des mesures d'isolement / contention dans le cadre de la saisine systématique à J12 ou à 6 mois.

Ces documents peuvent également être nécessaire dans le cadre d'une saisine du JLD en dehors de ce contrôle obligatoire à J12 ou 6 mois (à la demande du patient ou d'un proche).

	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 18 / 30

### 1.3. REGISTRE ISOLEMENT CONTENTION ET ACCES

Créé en 2016, le registre est désormais informatisé et doit être renseigné avec la plus grande rigueur.

Le registre mentionne le :

- Nom du psychiatre ayant décidé la mesure,
- L'identifiant du patient concerné
- Son âge (au début de la mesure)
- Son mode d'hospitalisation
- La date et l'heure de début de la mesure
- Sa durée
- Le nom des professionnels l'ayant surveillé.

L'accès au registre s'effectue à partir de CORTEXTE, module statistique.

Chaque renouvellement et chaque prolongation exceptionnelle de mesure sont renseignées de façon à en suivre la durée totale sur une période de 48 heures et sur une période de 15 jours.

Le registre doit également être renseigné de façon à relier les différentes mesures à un même identifiant de patient.

De même, l'article R. 3211-38 du CSP prévoit que le JLD peut à tout moment consulter le registre.

### 1.4. UNE POLITIQUE POUR LIMITER LE RECOURS A CES PRATIQUES DEFINIE AU SEIN DE CHAQUE ETABLISSEMENT

#### 1.4.1. Une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour réduire les pratiques d'isolement et de contention

La limitation des mesures de restriction de liberté et de réduction des pratiques d'isolement et de contention s'inscrivent dans le programme d'amélioration continue de la qualité des soins, le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique de l'établissement et le projet des usagers.

La commission des usagers est associée à la politique définie pour limiter le recours à la contention et à l'isolement.

Cette politique est évaluée régulièrement et ses objectifs évoluent au fil du temps en fonction de leur degré d'atteinte.

Un rapport annuel est réalisé et présenté aux Instances de l'établissement.

La CME est également informée chaque trimestre de la situation quantitative des mesures et organise le suivi qualitatif en lien avec le département d'information médicale (DIM afin d'analyser et d'interpréter les données recueillies entre services et pôles.

Par ailleurs, l'évaluation de ces pratiques fait partie du programme de développement professionnel continu et d'évaluation des pratiques professionnelles.

#### 1.4.2. Un Observatoire « Consentement et contrainte » – Un comité « Isolement contention

Un Observatoire « Consentement et contrainte » au sein duquel un comité dédié à l'isolement et à la contention est créé.

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>Association loi 1901</small> Jean-Baptiste Deshayes	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 10 / 30

L'ambition étant une réduction des recours à l'isolement et à la contention, concernant tant la durée de ces mesures que leur nombre, une réflexion sur les pratiques doit être menée au sein de l'établissement et de chaque unité de soins en termes d'organisation et de modalités des prises en charge. Il s'agit de mieux appréhender en équipe la prévention des situations de crise et organiser les conditions nécessaires à la mise en œuvre de mesures alternatives à l'isolement et à la contention.

Des retours d'expériences (CREX) pourront être réalisés si besoin.

Le nouvel article de loi renforce la traçabilité des mesures d'isolement et de contention ainsi que celle de la surveillance médicale, somatique et psychiatrique, des patients placés dans cette situation. Sur la base de ces données, tracées dans le registre et dans les dossiers des patients, un état des lieux régulier (par exemple trimestriel), quantitatif et qualitatif, du nombre de mesures et de leur durée, par service est effectué.

Cet état des lieux est accompagné d'une analyse des pratiques et est présenté en CME, CSIRMT et en CDU, en plus du rapport annuel prévu par la loi.

#### 1.4.3. Un rapport annuel

À partir des données du système d'information, du registre, de la réflexion menée au niveau des instances et de l'Observatoire Isolement-contention, l'établissement établit annuellement un rapport rendant compte :

- Des pratiques d'isolement et de contention au regard des recommandations pour la pratique clinique élaborées par la HAS ;
- De la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques et en évaluation de sa mise en œuvre.

Le rapport est transmis pour avis à la CDU et au conseil de surveillance au plus tard le 30 juin de chaque année suivante, ainsi qu'à l'ARS et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Le comité technique d'établissement (CTE) et la CSIRMT sont informés.

Ces éléments qualitatifs sont complétés par des éléments quantitatifs recueillis par service parmi lesquels figurent notamment :

- Nombre de mesures ;
- Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure ;
- Nombre moyen de mesures par patient ;
- Durée moyenne des mesures ;
- Durée minimale ;
- Durée maximale ;
- Pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure.

Le rapport annuel analyse la répartition des placements à l'isolement ou sous contention selon les horaires de la journée ainsi que selon les jours de la semaine.

Les événements indésirables sont recueillis et analysés dans le cadre de la politique de gestion des événements indésirables.

### 1.5. LE RÔLE DES COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP)

Le registre d'isolement et de contention est accessible à la CDSP dans le cadre des visites d'établissements.

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>100 rue de la République - 01000          Solesmes-Saint-Denis</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400	
	<b>Mesures d'isolement et de contention : Nouvelles dispositions</b>	Version : 1.0	Page 20 / 30

## 2. DOCUMENTS INTERNES ASSOCIES

- Guide des bonnes pratiques de mise sous contention – Classeur Bleu
- Guide des bonnes pratiques de mise en isolement – Classeur Bleu
- Décision de mise en isolement et/ou en contention– Annexe 1
- Décision de mise en contention – Annexe 1 bis
- Fiche d'information du patient – Droits et recours – Annexe 2
- Fiche information JLD - Isolement – Annexe 3
- Fiche information JLD – Contention – Annexe 3 bis
- Fiche information JLD nouvelle mesure suite levée précédente– isolement /Contention – Annexe 4
- Relevé information des proches – Annexe 5
- Modèle de mail d'information des proches – Annexe 6
- Modèle de requête du patient / saisine du JLD – Annexe n°7
- Procès-verbal – Recueil requête orale saisine du JLD par le patient – Annexe n°8

## 3. DEFINITIONS / ABREVIATIONS

- **AMA** : Assistante Médico Administrative
- **CDU** : Commission des usagers
- **CDSP** : Commission départementale des soins psychiatriques
- **CME** : Commission médicale d'établissement
- **CSIRMT** : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
- **CSP** : Code de santé publique
- **JLD** : Juge des libertés et de la détention

## 4. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE : Textes de référence

- Code de la santé publique notamment l'article L.32225-1.
- Article 17 de la loi n° LOI n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.
- Instruction n° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention.
- Circulaire de présentation des dispositions du décret n°2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement.
- Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement Recommandations HAS
- « Développement des nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale - Cahier des charges Expérimentation phase 2 - Thème « Pratiques d'isolement et de contention mécanique » HAS, 2019
- Recommandations HAS sur l'isolement et la contention, 2017
- Rapport du CGLPL sur « L'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale », 2016.

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>service de soins de          soins-Saint-Denis</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO-400	
	<b>ANNEXE 1</b> <b>Décision de mise en isolement</b>	Version : 1.0	Page 21 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>service de soins de          soins-Saint-Denis</small>	DECISION	Pôle Service
	MESURE D'ISOLEMENT Article L.3222-5-1 du Code de la santé publique	Date :

L'état de santé de

Mme / M. ....

Prénom(s) .....

Date, lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à .....

Admis(e) en :  SDT  SDTU  SPI  SDRE, le .....

à nécessité, conformément à l'article L. 3222-5-1 II 3° du code de la santé publique, une mesure d'isolement :

Décision initiale : (date et heure) : ..... à .....

Décision de renouvellement : (date et heure) : ..... à .....

Après avoir tenté les interventions alternatives suivantes :

*Champs Questionnaire Cortette relatifs aux mesures alternatives tentées*

J'ai constaté les troubles suivants :

*Champs relatifs aux troubles*

*Champs relatifs à l'évaluation médicale*

Ces troubles rendent nécessaire la mise en œuvre de cette mesure afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Cette mesure fait objet d'une surveillance stricte, somatique et psychique par le personnel médical et infirmier de l'unité, tracée dans le dossier médical.

Information du patient sur la nécessité de cette mesure et de l'exercice des voies de recours auprès du juge des libertés et de la détention : *Champs relatifs à l'information du patient.*

Information de la famille au-delà des délais mentionnés à l'article L. 3222-5-1 : *Champs relatifs à l'information de la famille.*

Fait le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à ..... (heure)

Signature

	<b>PROCEDURE</b>	Etat : PRO-400
	<b>ANNEXE 1 bis</b> <b>Décision mise en contention</b>	Version : 1.0 Page 22 / 30

	DECISION	PdM Service
	MESURE DE CONTENTION Article L.3222-5-1 du Code de la santé publique	

L'état de santé de :

Mme / M. ....

Prénom(s) .....

Date, lieu de naissance : ..... / ..... / ..... à .....

Admis(e) en :  SDI,  SDTU,  SPI,  SDRE, le .....

à nécessité, conformément à l'article L. 3222-5-1 II 3° du code de la santé publique, une mesure de contention, prise dans le cadre d'une mesure d'isolement :

Date de la mesure d'isolement : (date et heure) : ..... à .....

Décision initiale de la mesure de contention : (date et heure) : ..... à .....

Décision de renouvellement de la mesure de contention : (date et heure) : ..... à .....

.....

Après avoir tenté les interventions alternatives suivantes :

*Champs relatifs aux mesures alternatives tentées*

J'ai constaté les troubles suivants :

*Champs relatifs aux troubles*

*Champs relatifs à l'évaluation médicale*

Ces troubles rendent nécessaire la mise en œuvre de cette mesure afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Cette mesure fait objet d'une surveillance stricte, somatique et psychique par le personnel médical et infirmier de l'unité, tracée dans le dossier médical.

Information du patient sur la nécessité de cette mesure et de l'exercice des voies de recours auprès du juge des libertés et de la détention : *Champs relatifs à l'information du patient.*

Information de la famille au-delà des délais mentionnés à l'article L. 3222-5-1 : *Champs relatifs à l'information de la famille.*

Fait le ..... / ..... / ..... à ..... (heure)

Signature

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>établissement de santé membre          Seine-Saint-Denis</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Ref. : PRO.400
	<b>ANNEXE 2</b> <b>Fiche d'information du patient – Droits et recours</b>	Version : 1.0 Page 23 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>établissement de santé membre          Seine-Saint-Denis</small>	<b>FICHE D'INFORMATION AU PATIENT</b> <i>DROITS ET VOIES DE RECOURS</i> <i>PATIENT HOSPITALISÉ EN SOINS SANS CONSENTEMENT</i> <i>EN ISOLEMENT ET / OU CONTENTION*</i>
---	--

Madame, Monsieur,

Vous êtes isolé et/ou contentonné sur décision médicale car votre état de santé le nécessite.

La prise en charge en chambre d'isolement avec ou sans contention :

- Est décidée et levée par le médecin ;
- Limitée dans la durée ;
- Avec une surveillance par l'équipe infirmière ;
- Est prolongée pour 24h ou 48h ;
- Peut être prolongée si besoin.

**À tout moment, vous disposez du droit de saisir le Juge des libertés et de la détention (JLD) du Tribunal judiciaire de Bobigny, afin d'obtenir la mainlevée de cette mesure de contention et/ou d'isolement :**

- Une requête sous forme d'un formulaire est à remplir ; (à demander à votre équipe) ;
- Vous pouvez aussi exprimer oralement votre demande auprès de l'équipe soignante qui la retranscrira par écrit ;
- Votre requête écrite ou orale sera transmise au juge.

Le juge statue par écrit sans audience, mais si vous souhaitez à être entendu(e), l'audition pourra être réalisée par téléphone ou visioconférence avec votre accord. L'avis de votre médecin devra attester que votre état de santé permet cette audition, sinon vous serez représenté par un avocat, désigné ou commis d'office.

L'équipe de soins est à votre disposition pour répondre à vos questions.

Khaddouj BOUASRIA  
Directrice DQRJU

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> Hôpital de Saint-Denis Seine-Saint-Denis	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400
	<b>ANNEXE 3</b> <b>Information du JLD / Isolement</b>	Version : 1.0 Page 24 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> Hôpital de Saint-Denis Seine-Saint-Denis	INFORMATION DU JUGE DE S LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION ET DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE	Pôle Service
	RENOUVELLEMENT DE MESURE D'ISOLEMENT AU-DELA DE 48 HEURES En application de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique	Date

Après évaluation clinique,

Mme / M. ....

Prénom(s) .....

Date, lieu de naissance : ...../...../..... à .....

Admis en :  SDT  SDTU  SPI  SDRE *Champs relatifs à la mesure*

le ..... *Champs relatifs à la mesure (date)*

**est maintenu à titre exceptionnel** en isolement au-delà de la durée de 48h00 ou a fait l'objet de **plusieurs mesures** d'isolement/contention durant les quinze derniers jours **dont le cumul** dépasse des délais mentionnés à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

Décision initiale : (date et heure) : ..... à ..... *Champs relatifs à l'isolement*

Ces mesures ont été décidées afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, de manière adaptée, nécessaire et proportionnée à ce risque, et font l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychique par le personnel médical et infirmier de l'unité et tracée dans le dossier médical.

Information du patient sur la nécessité de cette mesure et de l'exercice des voies de recours auprès du juge des libertés et de la détention : *Champs relatifs à l'information du patient.*

Information de la famille au-delà des délais mentionnés à l'article L. 3222-5-1 : *Champs relatifs à l'information de la famille.*

Fait le ...../...../..... à ..... (heure)



établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>établissement de santé publique Seine-Saint-Denis</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Ref. : PRO.400
	<b>ANNEXE 3 bis</b> <b>Information du JLD / Contention</b>	Version : 1.0 Page 25 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>établissement de santé publique Seine-Saint-Denis</small>	INFORMATION DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION ET DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE	Pôle Service
	RENOUVELLEMENT DE MESURE DE CONTENTION AU-DELA DE 24 HEURES En application de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique	Date :

Après évaluation clinique,

Mme / M. ....

Prénom(s) .....

Date, lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à .....

Admis en :  SDI  SDTU  SPI  SDRE *Champs relatifs à la mesure*

le ..... *Champs relatifs à la mesure (date)*

**est maintenu à titre exceptionnel** en contention, dans le cadre d'une décision d'isolement, au-delà de la durée de 24h00 ou a fait l'objet de **plusieurs mesures** d'isolement/contention durant les quinze derniers jours **dont le cumul** dépasse des délais mentionnés à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

Décision d'isolement, (date et heure) : ..... à ..... *Champs relatifs à l'isolement*

Décision initiale de contention, (date et heure) : ..... à .....

Ces mesures ont été décidées afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, de manière adaptée, nécessaire et proportionnée à ce risque, et font l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychique par le personnel médical et infirmier de l'unité et tracée dans le dossier médical.

Information du patient sur la nécessité de cette mesure et de l'exercice des voies de recours auprès du juge des libertés et de la détention : *Champs relatifs à l'information du patient.*

Information de la famille au-delà des délais mentionnés à l'article L. 3222-5-1 : *Champs relatifs à l'information de la famille.*

Fait le ...../...../..... à ..... (heure)

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>hospitalité et soins innovants</small> Seine-Saint-Denis	<b>PROCÉDURE</b> <b>ANNEXE 4</b> <b>Information du JLD</b> <b>Nouvelle mesure suite mainlevée de la précédente</b> <b>(- de 48 heures)</b>	Réf. : PRO.400	
		Version : 1.0	Page 26 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>hospitalité et soins innovants</small> Seine-Saint-Denis	INFORMATION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION	Pôlé
	NOUVELLE MESURE D'ISOLEMENT/CONTENTION EN DECA D'UN DELAI DE 48 HEURES SUITE A LA MAINLEE D'UNE PRECEDENTE MESURE En application de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique	Date :

Suite à la survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui et, après évaluation clinique,

Mme / M. ....

Prénom(s) .....

Date, lieu de naissance : ...../...../..... à .....

Admis en :  SDI  SDTU  SPI  SDRE *Champs relatifs à la mesure*

le ..... *Champs relatifs à la mesure (date)*

**est** placé en isolement/contention dans un délai inférieur à 48 heures suite à la décision de mainlevée de la mesure précédente par le juge des libertés et de la détention conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

Décision, isolement (date et heure) : ..... à ..... *Champs relatifs à l'isolement (date heure)*

Décision de contention : (date et heure) : ..... à ..... *Champs relatifs à la contention (date heure)*

Ces mesures ont été décidées afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, de manière adaptée, nécessaire et proportionnée à ce risque, et font l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychique par le personnel médical et infirmier de l'unité et tracée dans le dossier médical.

Information du patient sur la nécessité de cette mesure et de l'exercice des voies de recours auprès du juge des libertés et de la détention : *Champs relatifs à l'information du patient.*

Information de la famille au-delà des délais mentionnés à l'article L. 3222-5-1 : *Champs relatifs à l'information de la famille.*

Fait le ...../...../..... à ..... (heure)

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> hôpital et centre de soins Seine-Saint-Denis	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400
	<b>ANNEXE 5</b> <b>Information des proches</b>	Version : 1.0 Page 27 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> hôpital et centre de soins Seine-Saint-Denis	INFORMATION DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION	Pôle Service
	RELEVÉ DES DEMARCHES D'INFORMATION DE LA FAMILLE POUR UN PATIENT BÉNÉFICIAIRE RENOUVELLEMENT DE MESURE D'ISOLEMENT ET/ OU DE CONTENTION	Date :

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Fonction : .....

Au Pôle 93G....., unité d'hospitalisation : .....

En application de l'article L. 3222-5-1-II du Code de la santé publique, et suite au renouvellement de la mesure de :

Mme / M. ....

Né(e) le .....

En

isolement depuis le (date et heure de début) : ..... à .....

contention depuis le (date et heure de début) : ..... à .....

certifie avoir contacté : à ..... (préciser heure)

Un membre de la famille (préciser lien de parenté) : .....

Contact obtenu :  Oui  Non

Coordonnées : .....

Le représentant légal (préciser tuteur ou curateur) : .....

Contact obtenu :  Oui  Non

Coordonnées : .....

L'entourage (préciser le lien avec le patient – relation antérieure à la demande de soins et donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient) : .....

Contact obtenu :  Oui  Non

Coordonnées : .....

Ne pas avoir pu contacter les proches du patient car :

Le patient refuse que cette information soit communiquée à sa famille ou ses proches.

L'état actuel du patient ne lui permet pas de donner son accord ou de communiquer les coordonnées de ses proches.

Commentaires (facultatif) :

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> généraliste soins de suite Soins-Saint-Denis	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400
	<b>ANNEXE 5</b> <b>Information des proches</b>	Version : 1.0 Page 27 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> généraliste soins de suite Soins-Saint-Denis	<b>INFORMATION DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION</b>	Pôle Service
	<b>RELEVÉ DES DEMARCHES D'INFORMATION DE LA FAMILLE POUR UN PATIENT BÉNÉFICIAIRE RENOUVELLEMENT DE MESURE D'ISOLEMENT ET/ OU DE CONTENTION</b>	Date :

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Fonction : .....

Au Pôle 93G ..... unité d'hospitalisation : .....

En application de l'article L. 3222-5-1-II du Code de la santé publique, et suite au renouvellement de à l'admission de la mesure de :

Mme / M .....  
Né(e) le .....

En

- isolement depuis le (date et heure de début) : ..... à .....
- contention depuis le (date et heure de début) : ..... à .....

certifie avoir contacté : à ..... (préciser heure)

Un membre de la famille (préciser lien de parenté) : .....

Contact obtenu :  Oui  Non

Coordonnées : .....

Le représentant légal (préciser tuteur ou curateur) : .....

Contact obtenu :  Oui  Non

Coordonnées : .....

L'entourage (préciser le lien avec le patient – relation antérieure à la demande de soins et donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient) : .....

Contact obtenu :  Oui  Non

Coordonnées : .....

Ne pas avoir pu contacter les proches du patient car :

Le patient refuse que cette information soit communiquée à sa famille ou ses proches.

L'état actuel du patient ne lui permet pas de donner son accord ou de communiquer les coordonnées de ses proches.

Commentaires (facultatif) : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature : .....

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> hôpital et soins mentaux Seine-Saint-Denis	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO.400
	<b>ANNEXE 7</b> <b>Modèle Requête du patient – saisine du JLD</b>	Version : 1.0 Page 29 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> hôpital et soins mentaux Seine-Saint-Denis	REQUETE PATIENT	DQR/LJ:
	<b>Saisine du JLD dans le cadre d'une mesure d'isolement et ou de contention</b>	Modèle 01 Date : Mai 2021

A l'attention :  
 Monsieur le Juge des libertés et de la  
 détention  
 Tribunal Judiciaire de Bobigny  
 173 Avenue Paul Vaillant Couturier  
 93000 Bobigny

Monsieur le juge des libertés et de la détention,

Je soussigné(e) Madame/Monsieur (Nom+Prénom) .....

né(e) le ..... à .....

Nationalité : .....

Demeurant : .....

Profession : .....

atteste que je suis actuellement hospitalisé(e) à l'EPS de Ville Evrard sous une mesure de soins  
 sans consentement et fait l'objet d'une :

- mesure d'isolement
- mesure d'isolement et de contention

A ce titre, je sollicite par la présente la mainlevée de cette mesure.

Observations éventuelles : préciser les motifs de votre demande  
 .....  
 .....

- Je souhaite être entendu(e)
  - Si l'avis médical le permet, j'accepte d'être entendu par tout moyen de communication audiovisuel ou par téléphone.
  - Si l'avis médical ne le permet pas, je souhaite être représenté par un avocat :
    - Commis d'office
    - Choisi : .....
 (En cas d'avocat désigné les frais sont à la charge du patient).

Je ne souhaite pas être entendu(e)

A .....

Le .....

Signature du patient

Déposé au secrétariat de l'unité Le ..... A ..... Tampon
---

Direction Qualité, Gestion des risques, Affaires juridiques, Relations usagers, Admissions, Tutelles  
 ☎ 01.43.09.30.82 – Télécopie : 01.43.09.34.66

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>établissement en santé mentale          Seine-Saint-Denis</small>	<b>PROCÉDURE</b>	Réf. : PRO-400
	<b>ANNEXE 7</b> <b>Modèle Requête du patient – saisine du JLD</b>	Version : 1.0 Page 29 / 30

établissement public de santé de <b>Ville-Evrard</b> <small>établissement en santé mentale          Seine-Saint-Denis</small>	REQUETE PATIENT	DQR/JJ
	<b>Saisine du JLD dans le cadre d'une mesure d'isolement et ou de contention</b>	Modèle 01 Date : Mai 2021

A l'attention :  
 Monsieur le Juge des libertés et de la  
 détention  
 Tribunal Judiciaire de Bobigny  
 173 Avenue Paul Vaillant Couturier  
 93000 Bobigny

Monsieur le juge des libertés et de la détention,

Je soussigné(e) Madame/Monsieur (Nom+Prénom) .....

né(e) le ..... à .....

Nationalité : .....

Demeurant : .....

Profession : .....

atteste que je suis actuellement hospitalisé(e) à l'EPS de Ville Evrard sous une mesure de soins  
 sans consentement et fait l'objet d'une :

- mesure d'isolement
- mesure d'isolement et de contention

A ce titre, je sollicite par la présente la mainlevée de cette mesure.

Observations éventuelles : préciser les motifs de votre demande

.....  
 .....

- Je souhaite être entendu(e)
  - Si l'avis médical le permet, j'accepte d'être entendu par tout moyen de communication audiovisuel ou par téléphone.
  - Si l'avis médical ne le permet pas, je souhaite être représenté par un avocat :
    - Commiss d'office
    - Choisi : .....
 (En cas d'avocat désigné les frais sont à la charge du patient).

- Je ne souhaite pas être entendu(e)

A .....

Le .....

Signature du patient

Déposé au secrétariat de l'unité Le ..... A ..... Tampon
---

Direction Qualité, Gestion des risques, Affaires juridiques, Relations usagers, Admissions, Tutelles  
 ☎ 01.43.09.30.82 – Télécopie : 01.43.09.34.66

## Outil pour l'amélioration des pratiques

### Mise en place d'espaces d'apaisement

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie

#### → Finalité

- Permettre aux patients de prévenir leurs moments de violence, lorsque des tensions internes apparaissent.
- Limiter autant que possible le recours aux mesures de contention et d'isolement.

#### → Objectifs opérationnels

- Mettre à disposition des patients qui le souhaitent un lieu pour s'isoler et apaiser leur anxiété et leur agressivité.
- Concevoir cet espace en équipe et en lien avec les usagers, promouvoir son utilisation, l'encadrer et l'évaluer.

#### → Programme

[Programme 6 - Prévenir et gérer la crise](#)

## → Mode d'emploi de l'outil

Cet outil vise à donner des pistes aux équipes de psychiatrie qui souhaiteraient mettre en place un espace d'apaisement en service d'hospitalisation.

Ce projet a vocation à s'inscrire dans la perspective plus large :

- d'un programme de prévention de la violence et de réduction du recours à la contention et à l'isolement qui peut comprendre plusieurs composantes : formation des professionnels mais aussi réflexion sur les valeurs du soin et leur mise en œuvre, révision des procédures et des modalités de travail en équipe, d'information et d'implication des patients, évaluation et amélioration des pratiques...
- d'une réflexion institutionnelle sur l'architecture de l'établissement et des services qui :
  - prenne la mesure des relations entre l'architecture et la qualité des soins en psychiatrie<sup>1</sup>,
  - prenne en compte le point de vue des patients sur l'environnement physique qui leur est proposé. (Goodwin 1999)<sup>2</sup>,
  - construise une approche partagée de l'équilibre entre le souci de sécurité et le respect de la liberté, les bénéfices de la socialisation et le besoin d'intimité...
  - s'appuie sur l'observatoire de la violence<sup>3</sup> il existe.

## → Outil

### Qu'est-ce qu'un espace d'apaisement ?

Un espace d'apaisement est un espace dédié (souvent, une pièce) spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des

<sup>1</sup> Ces relations ont fait l'objet d'une réflexion ancienne au sein de la psychiatrie française. (Kovess-Masléty 2004). Des travaux internationaux sont aussi disponibles : (Karlin 2006) ; (Van der Schaaf 2013).

<sup>2</sup> « C'est aussi par ces aspects concrets, trop souvent négligés que les patients évaluent le respect que leur porte la société, ainsi que notre capacité soignante » Jean-Charles Pascal « architecture et théories du soin en psychiatrie » in Kovess-Masléty V, Severo D, Causse D, Pascal JC. Architecture et psychiatrie. Paris: Le Moniteur, 2004.

<sup>3</sup> Meux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie - Outil 6 - Mise en place d'espaces d'apaisement | 2

comportements violents (autoagressifs ou hétéroagressifs).

Les patients accèdent à cet espace de manière volontaire. L'accès à cet espace est libre, dans le respect du cadre défini pour son utilisation.

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

Mêmes si les données de preuves sur l'impact de la mise en place d'espaces d'apaisement sont encore peu nombreuses, les multiples expériences existantes suggèrent l'existence d'effets positifs, notamment de réduction du recours à la contention et à l'isolement. Elles permettent de dégager des enseignements pour leur mise en œuvre. (New York State Office of Mental Health 2009) (Sivak 2012) (Cummings 2010).

### Quels sont les objectifs d'un espace d'apaisement ?

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

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

### Comment mettre en place un espace d'apaisement ?

Lorsqu'une équipe souhaite mettre en place un espace d'apaisement dans son service, ce projet doit être appréhendé et conduit comme un projet d'amélioration et selon les mêmes principes.

- Le responsable du projet ou l'équipe projet doivent s'assurer du soutien de l'institution et mettre en lumière la cohérence du projet avec les orientations du projet d'établissement.
- Le projet doit être mené en impliquant les acteurs concernés : l'équipe de soins, les usagers et leurs représentants, les services

transversaux, notamment le service qualité. Des experts peuvent être consultés :

- un groupe de travail pluriprofessionnel intégrant si possible un représentant des usagers est chargé de la conception et du suivi du projet ;
- les préférences et suggestions des patients sont recueillies et prises en compte, les patients et les représentants des usagers sont impliqués dans le projet autant que faire se peut ;
- en tant que de besoin il est fait appel aux compétences spécialisées au sein du service et de l'établissement si elles ne sont pas représentées dans le groupe : psychomotriciens, ergothérapeutes, gestionnaire de risque...
- les services financiers et les services chargés des travaux seront informés et consultés lors de l'identification des besoins de travaux, d'équipement et l'établissement du budget. Ils peuvent participer au groupe de travail, en particulier si le projet entraîne la réalisation de travaux importants.

- Le groupe de travail a pour mission de soumettre un projet à l'équipe et aux acteurs concernés. Les questions suivantes devront être abordées et les réponses formalisées dans le projet :

Quels sont la finalité et les objectifs de cet espace d'apaisement ?

Quelles sont les normes réglementaires qui s'appliquent ?

Quels sont les documents de référence dans ce domaine ?

Qui utilisera cet espace ?

Où sera-t-il situé ?

Comment sera-t-il aménagé ?

Quelles seront les modalités d'utilisation ?

Comment l'utilisation de l'espace d'apaisement sera-t-elle évaluée ?

**Quels sont la finalité et les objectifs de cet espace d'apaisement ?**

La réponse proposée fera le lien avec le projet de service et les valeurs identifiées au sein de l'équipe et de l'institution.

**Quelles sont les normes réglementaires qui s'appliquent (sécurité incendie, hygiène...) ?**

**Quels sont les documents de référence dans ce domaine (voir références) ?**

**Qui utilisera cet espace ?**

Tous les patients sont potentiellement concernés mais il faut apporter des réponses à certaines

questions : par exemple un visiteur ou un professionnel peuvent-ils l'utiliser ? Peut-il être utilisé par plus d'une personne, par exemple pour un entretien ?

**Où sera-t-il situé ?**

Les choix peuvent parfois être limités mais la question de la proximité du poste de soins se pose. L'espace doit être équipé d'un système d'alerte.

**Comment sera-t-il aménagé ?**

**Quelles contraintes ?**

La facilité d'entretien, le budget disponible, les exigences réglementaires et de sécurité seront pris en compte dans les choix proposés.

**Quelle décoration ?**

Il n'y a pas lieu de rechercher la neutralité et le dépouillement, même si la décoration doit favoriser le calme. L'équipe, en lien avec les patients, déterminera les couleurs, l'éclairage et les autres éléments de décoration (plantes vertes, tableaux...).

**Quel aménagement ?**

Le confort doit être privilégié (fauteuil, canapé confortables...).

**Quel équipement ?**

Les espaces d'apaisement donnent souvent la possibilité de regarder des vidéos, de lire, d'écouter de la musique. Sont mis à disposition des objets qui aident à lutter contre le stress : balle antistress, couvertures lestées; couvertures de différentes textures et épaisseurs, kit de massage des mains...

**Quelles seront les modalités d'utilisation ?**

**L'accès à l'espace d'apaisement** : comment un patient y accède-t-il ?

Il est recommandé de trouver les solutions facilitant l'accès à l'espace d'apaisement en le laissant le plus libre possible. Il est conseillé de demander aux patients d'informer l'équipe lorsqu'ils souhaitent utiliser l'espace.

L'accès doit demeurer volontaire, mais le projet peut comporter la possibilité pour l'équipe de suggérer l'utilisation de cet espace.

**La sortie** : la sortie est volontaire. Il est recommandé d'éviter de fixer une limite temporelle à l'utilisation. Cependant :

- des règles doivent être déterminées pour traiter le cas où deux patients souhaiteraient utiliser l'espace en même temps ;
- si l'équipe estime qu'un patient utilise de manière excessive l'espace d'apaisement, une évaluation clinique sera mise en œuvre.

### Le suivi et l'évaluation du patient

- L'équipe s'assure que l'état du patient est compatible avec l'utilisation de l'espace :
  - lorsque le patient l'informe de son intention d'y séjourner ;
  - puis selon une périodicité à déterminer par le groupe de travail ;
  - une mention doit figurer dans le dossier du patient.

Un bouton d'appel permettra au patient de demander de l'aide s'il en ressent le besoin.

Si le patient semble perdre le contrôle de lui-même, l'équipe s'attachera à mettre en œuvre une stratégie de désamorçage comportant une évaluation clinique du patient.

#### Outil 5 - Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence

#### Autres règles d'utilisation

Il est recommandé de permettre aux patients d'apporter un ou des objets personnels dans l'espace d'apaisement. Mais certaines limites peuvent être fixées si nécessaire (par exemple : certaines nourritures). Des règles d'utilisation, simples et en nombre réduit, doivent être définies afin de maintenir l'espace en bon état. Une répartition des tâches pour l'entretien et la maintenance de l'espace doit être proposée et discutée avec les personnes concernées.

#### Comment l'utilisation de l'espace d'apaisement sera-t-elle évaluée ?

Voir section consacrée à l'évaluation.

### Le suivi de la mise en œuvre

Comme pour tout projet d'amélioration, la mise en œuvre comporte des risques : risque de dérive des principes fixés initialement (ex : privatisation, transformation en chambre d'isolement...) et risque d'essoufflement de la démarche. Il est donc conseillé :

- de prévoir une information des patients, information délivrée lors des entretiens et/ou des réunions soignants-soignés, par le biais de plaquettes de présentation, etc.
- de maintenir la mobilisation des professionnels en :
  - les informant régulièrement ;
  - en prévoyant des interventions d'experts externes ;
  - en les impliquant dans l'évaluation et en leur restituant les résultats de ces évaluations ;
  - en leur permettant de développer leur compétence dans les méthodes de désamorçage.

### Comment évaluer un espace d'apaisement ?

Un premier niveau d'évaluation peut concerner **l'utilisation de l'espace d'apaisement** et consister en un relevé de cette utilisation mentionnant le patient utilisateur, la date et les bornes horaires de l'utilisation ainsi que les éventuelles interventions de l'équipe. Ce relevé peut permettre de répondre aux questions suivantes :

- l'espace d'apaisement est-il utilisé fréquemment ?
- quelle est la durée moyenne, médiane, maximum et minimum d'utilisation ?
- a-t-il fallu intervenir ? A quelle fréquence ?

Un second niveau peut concerner **la perception des personnes impliquées** et en premier lieu celle des patients.

Un questionnaire peut être conçu à destination des patients utilisateurs, en lien avec les représentants des usagers. Exemples de thèmes à aborder :

- l'espace d'apaisement a-t-il représenté une aide ?
- ce qu'ils ont le plus apprécié,
- ce qu'ils ont le moins apprécié,
- suggestions d'améliorations etc.
- une enquête peut être menée auprès des professionnels de l'équipe. Exemples de thèmes à aborder :
  - l'espace d'apaisement permet-il de mieux prévenir la violence ?
  - d'éviter le recours à la contention et à l'isolement ?
  - d'améliorer les relations entre les patients et l'équipe de soin ?
  - d'améliorer la qualité des soins ?
  - d'apprendre aux patients à mieux gérer leurs émotions ? etc.
  - suggestions d'améliorations.
- la confrontation avec les autres évaluations des pratiques réalisées par l'équipe constitue un troisième niveau. S'il est difficile de réaliser une étude d'impact valide au plan scientifique, il est possible d'avoir une indication de **l'amélioration des résultats** obtenue en croisant les résultats d'évaluations sur des sujets connexes : analyse des événements indésirables, suivi des mesures de contention et d'isolement...

## → Références

- 1 - Christenfeld R, Wagner J, Pastva G, Acrish WP. How physical settings affect chronic mental patients. *Psychiatr Q* 1989;60(3):253-64.
- 2 - Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2010;48(6):26-30.
- 3 - Goodwin I, Holmes G, Newnes C, Waltho D. A qualitative analysis of the views of in-patient mental health service users. *J Mental Health* 1999;8(1):43-54.
- 4 - Gross R, Sasson Y, Zarhy M, Zohar J. Healing environment in psychiatric hospital design. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20(2):108-14.
- 5 - Karlin BE, Zeiss RA. Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv* 2006;57(10):1376-8.
- 6 - Kovess-Masféty V, Severo D, Causse D, Pascal JC. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Le Moniteur; 2004.
- 7 - New York State Office of Mental Health. *Comfort Rooms. A preventative tool used to reduce the use of restraint and seclusion in facilities that serve individuals with mental illness. Ideas and instructions for implementation*. New York: OMH; 2009.  
[http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort\\_room/comfort\\_rooms.pdf](http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf)
- 8 - Sivak K. Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2012;50(2):24-34.
- 9 - Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013;202:142-9.

## → Pour en savoir plus

[Le guide méthodologique](#)

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)

[Le rapport bibliographique](#)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Votre interlocuteur CREE:**

Nathalie MAYAUD  
Chefs produits  
Mail : n.mayaud@cree.fr  
Tél : 0472241981

Commercial CREE : SOLENNA FRINGANT  
Mail : secteur4@cree.fr  
Tél : 0687134809  
Référence interne : WAV/PRO/ SALLE D'APAISEMENT CS1303

**DEVIS CLIENT n° 24388 /****N° DE CLIENT**

114107

**DATE**

09/02/2024

EPS VILLE EVRARD

Madame BELLOT MULARD SANDRINE  
202 AVENUE JEAN JAURES

93330 NEUILLY SUR MARNE  
FRANCE

Tél : 01 43 09 30 02

Fax :

Mail : s.bellotmulard@epsve.fr

REFERENCE	DESIGNATION	Q.TE	PRIX			REMISE EN %			PRIX		MONTANT NET H.T.
			PUBLIC	UNIT		R1	R2	R3	NET	UNIT	
	SALLE D'APAISEMENT CS1303 10 M²										
	MATERIEL WAVECARE										
WAVESP3	SALON APAISEMENT SUR MESURE 3	1		30 350,00					30 350,00		30 350,00
	MATERIEL PROTAC										
30916	FAUTEUIL SENSIT VERT CITRON INF.190CM	1		2 230,00					2 230,00		2 230,00
30947	POUF SENSIT CITRON VERT	1		323,00					323,00		323,00
INST.WAVECARE	FORFAIT INSTALLATION SUR SITE - DEPLACEMENT	1		1 700,00					1 700,00		1 700,00

Travaux à entreprendre au préalable par vos soins:

- la pose du faux plafond en plaque minérale 60\*60 cm
- retirer le carrelage ou rendre uniforme le mur de projection pour avoir une image de qualité

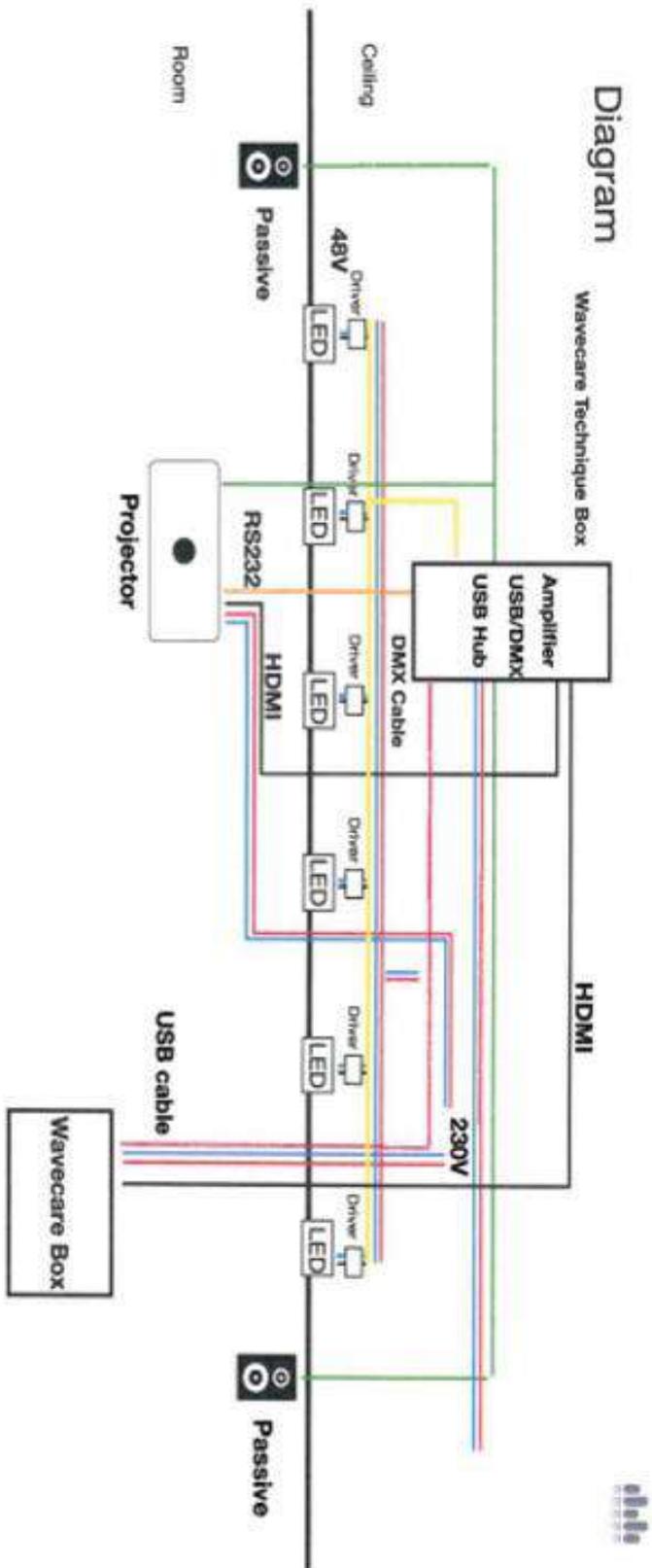
Une fois le devis validé, l'implantation de nos éléments devra être conforme au schéma fourni et ne sera plus modifiable

**MERCI D'ADRESSER VOS COMMANDES à : commandes@cree.fr**  
La commande ne sera prise en compte que sous réserve de solvabilité.  
Date de validité de l'offre : 30 jours  
Délai : 6 semaines à compter de la commande  
Règlement : CONDITIONS À DÉFINIR LORS DE LA COMMANDE

TVA		
BASE	TAUX	MONTANT
35 108,25	20,00%	7 021,65

MONTANT HT	34 608,25 €
ESCOMPTE	€
Frais et port HT	500,00 €
Eco-taxe	5,25 €
TOTAL HT	35 108,25 €
TOTAL TVA	7 021,65 €
<b>TOTAL TTC</b>	<b>42 129,90 €</b>

Annexe 8: schéma de montage



Strictly confidential material from Wavecare - No copying allowed - This document can be shared from Wavecare only, the third party can distribute this information without permission from Wavecare AGS X

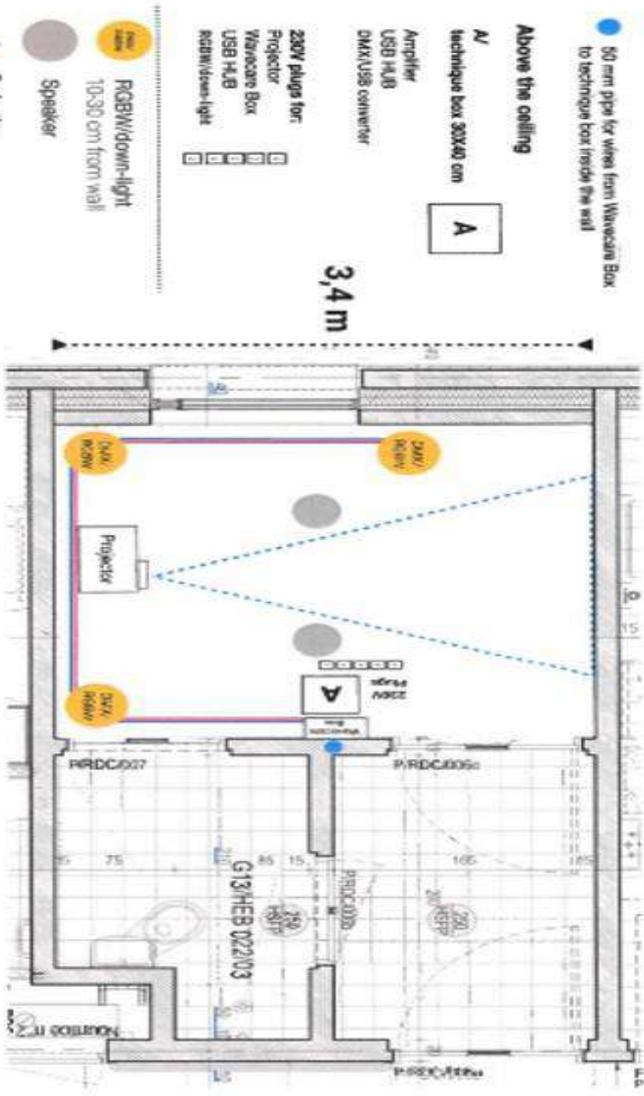
Annexe 9: plan de l'ancienne chambre sécurisée



Preliminary installation plan

3 m

**EPS VILLE EVRARD**  
**Room CS1303**  
10 m<sup>2</sup>



## Annexe 10: Premier entretien infirmier

Réalisé le par (SV) cadre de santé avec (L) cadre de l'unité et P, infirmière du service.  
Le 26/01/2024, durée 13 min 32.

### **S. Faites-vous régulièrement des mises en isolement de patients ?**

P : Oui.

### **S. À quelle fréquence ?**

P : En général, quand les patients arrivent dans le service, ils arrivent déjà très agités, donc, ils sont en isolement le temps que les traitements fassent effet et après ils sortent très vite de l'isolement.

### **S : Comment le ressentez-vous, c'est une question personnelle ?**

P : Euh, pour moi, c'est juste pour l'apaiser, mais le temps qu'il se calme, pour se recentrer sur lui-même, en fait.

### **S : Vous vous sentez comment, vous, quand vous mettez quelqu'un en isolement ?**

P : Il y en a qui ont plus l'habitude, d'autres que ça peut mettre en stress, plus anxieux. Non, non, non, moi, je crois plutôt que c'est pour le bien du patient, du coup, je ne suis pas stressée par rapport à ça.

### **S : Quelles sont les réactions des patients les plus fréquentes que vous avez rencontrées ?**

P : Euh... L'angoisse.

### **S : Comment réagissez-vous face aux réactions des patients ?**

P : Euh. En bas, déjà de nature, je suis très calme, donc en général, j'essaie un peu de leur expliquer que ce n'est pas une punition, c'est juste le temps qu'ils descendent un peu, quoi.

### **S : À votre avis, quels sont les ressentis des patients mis en isolement ? C'est de la projection ?**

P : Ça dépend, il y a des patients qui vont le prendre pour une punition, mais il y a des patients euh, après qui nous disent que ça m'a fait du bien d'être dans cette chambre, de me recentrer sur moi-même, donc on a deux, comment je peux dire, deux ressentis différents. Il y en a qui vont dire que c'est une punition, mais il y en a d'autres qui vont dire, ça m'a fait du bien, je me suis posé.

### **S : A posteriori pensez-vous que ces mises en isolement auraient pu être évitées ou différées, ce n'est pas la même chose qu'éviter ou différer ?**

P : Ça dépend, il y a des gens qu'il faut vraiment les mettre en isolement, ils mettent les autres en danger, c'est un danger aussi pour eux-mêmes.

**S : Oui, mise en danger d'autrui ou de soi-même, un patient maniaque, troubles de l'humeur.**

P : C'est ça.

**S : Quelles sont les circonstances qui ont favorisé cet isolement, est-ce qu'il y a des moments où le patient va être plus facilement en isolement ?**

P : Euh oui. Oui, si un patient qui arrive est agité, peut-être qu'au début, oui, on nous dit euh, le patient il arrive, il est calme ; mais au bout peut-être d'une heure, le patient va être agité, il va commencer à casser tout dans le service, bah on est obligé de le mettre en isolement.

**S : Quelles autres solutions, en hypothèse, auraient pu être mises en place, est-ce qu'il y a d'autres possibilités que l'isolement ?**

P : (Silence), ça dépend, on peut dire qu'il y a d'autres possibilités, par exemple, on parle de la chambre d'apaisement, mais ça, c'est pour un patient peut-être un petit peu agité, un peu maniaque, le temps qu'il soit dans cette chambre pour être apaisé, mais bon, un patient, schizophrène par exemple, qui arrive, très agité, très sthénique, euh, il a besoin d'une chambre d'isolement.

**S : Connaissez-vous les espaces d'apaisement en psy, vue, entendu parler, lu ?**

P : En psychiatrie non, mais j'ai vu en MAS, donc ah, en général les patients ils sont un petit peu pas vraiment agités, agités, en fait on les met là-bas, on met la musique, la lumière tamisée, donc euh, après il y a des soignants qui sont là avec eux, ils passent un petit moment temps de lecture et tout ça, après ce genre de population, c'est différent de ce que nous avons comme population ici.

**S : En avez-vous rencontré lors de votre pratique, surtout en MAS, des patients âgés, handicapés ?**

P : Des artistes

**S : Selon votre expérience, à quoi pourraient-ils servir dans notre unité ?**

P : Si ça sert, comme tout à l'heure on parlait pour des patients déprimés, avec une petite lumière, la musique, avec quelqu'un qui va parler avec elle, peut-être que ça peut être bien pour elle (Mme X), en fait, elle était anxieuse. Pour des personnes âgées qui sont déprimées, ralenties,

**S : Quel lien faites-vous entre l'isolement et les espaces d'apaisement ?**

P : Je ne crois pas qu'il y ait vraiment des liens. Bon, moi personnellement, je ne crois pas qu'il y ait vraiment des liens.

**S : On se posait la question, mais c'est une vraie question. La chambre d'apaisement pourrait raccourcir l'isolement ou le différer. À la place de l'isolement, est-ce qu'on pourrait faire sortir un patient plus tôt de l'isolement en le mettant en espace d'apaisement ?**

P : Ça dépend des patients en fait. Je crois que les patients bipolaires, peut-être qu'on peut les sortir, les mettre dans ce genre d'espace, mais les patients avancés dans la schizophrénie, je ne crois pas.

**S : D'accord, donc ça serait plutôt pour les troubles de l'humeur ?**

P : Voilà, c'est ça.

**S : Quelle autre finalité voyez-vous à ces espaces ? Si on pouvait créer un monde magique, comment vous voudriez qu'on l'utilise ?**

P : Peut-être, comme j'ai dit tout à l'heure, les patients bipolaires, déprimés, euh, les troubles de l'humeur, ils passent un peu de temps là-dedans au lieu de les mettre en isolement.

**S : D'accord.**

**S : Avec un soignant ?**

P : Avec un soignant. Un soignant qui guide, je crois que ces gens ont plus besoin qu'on les écoute, donc quelqu'un qui va être là, qui va être à leur écoute, qui va essayer de discuter avec eux.

**S : Je vais vous laisser parler. Est-ce qu'il y a d'autres choses par rapport aux espaces d'apaisement, euh, que vous pensez qu'il serait important de noter ?**

P : Peut-être que je vais dire des bêtises. Les soignants peuvent aussi y aller là-bas de temps en temps se poser (en riant).

**S : J'y ai pensé, ça ne sert pas à ça, mais c'est une vraie question aussi : si c'est un espace qui est ouvert, il est ouvert !**

P : Oui, ça peut aussi servir aux soignants, on passe douze heures, il y a des moments où on a envie d'être seul, pas d'être avec les autres, bien sûr, on peut dire : « *Je vais passer une heure là-dedans, tranquille, et puis, peut-être accompagné d'un patient et puis voilà, ne pas être seul, mais avec un patient, essayer de parler avec, essayer de l'écouter, ça serait bénéfique pour les deux !* »

**S : Est-ce que tu pourrais imaginer ça ici, enfin ?**

P : Dans le service, oui, oui. Ça serait bien dans le service parce qu'on a des patients avec ce profil et ça serait bien, moi, je vois ici qu'il y a pas mal de patients qui peuvent bénéficier de cet espace en fait.

**S : Dans le lien que tu fais avec l'apaisement du patient et du soignant, est-ce que tu peux juste préciser un petit peu ? C'est intéressant ?**

P : Par exemple, moi, je vois l'espace. Si on a l'espace comme ça, moi, je suis quelqu'un qui ne prend jamais ma pose. Moi, ça serait bénéfique pour moi, pour me poser avec peut-être un ou deux patients et puis discuter avec eux, faire du relationnel, parler un peu avec eux. Peut-être que dans cet espace qui est entre guillemets fermé, la personne sera plus ouverte à dire quelque chose, par exemple Mme X, donc voilà.

Merci beaucoup.

## Annexe 11: Entretien aide-soignant

Réalisé par S (cadre) avec M. aide-soignant 7/02, durée 22 min.

### **S : Faites-vous régulièrement des mises en isolement de patients ?**

M : Ça arrive quand le patient est agité, euh quand on n'arrive pas à le contenir dans le service, malheureusement,

### **S : Est-ce qu'il y en a plus actuellement ou moins ?**

M : moins, il y en a beaucoup moins, le dernier qu'on a eu, ça doit remonter à 6 mois de ça, donc il y en a beaucoup moins.

### **S : Comment ressens-tu ces mises en isolement, est-ce que ça t'interpelle, ce que ça provoque ?**

M : Euh, moi, à vrai dire, je pense que c'est nécessaire, parce que je suis spectateur de la crise, donc je pense que c'est nécessaire. Après, je vois le résultat quelques heures après ou même le jour suivant : le patient est plus apaisé.

### **S : Pour toi, c'est plutôt.**

M : Je ne vais pas dire bénéfique, mais si c'est plutôt utile, utile dans certains cas, c'est à évaluer. Voilà, c'est ça. C'est à évaluer selon la personne.

### **S : Est-ce que ça t'angoisse, comment tu te sens ?**

M : Voilà, c'est, ça ne me procure rien de particulier.

### **S : Quelles sont les réactions des patients les plus fréquentes que tu as rencontrées ?**

M : Ils ne veulent pas se laisser faire, ils ne veulent pas aller en chambre déjà, euh, ils ne comprennent pas pourquoi, euh... Donc ça se fait souvent avec plus ou moins les renforts, euh, ça peut être dans le service comme chez les autres, c'est toujours, c'est très souvent involontaire, ils ne le veulent pas, c'est sous la contrainte, il n'y a jamais un patient qui veut y aller volontairement.

### **S : C'est plus, on va dire pour eux une punition.**

M : Euh, pour eux, ils n'en voient pas la nécessité, c'est plutôt ça, ils ne voient pas la nécessité d'aller en chambre, de rester enfermés, euh, pour eux tout va bien, euh, ils n'ont pas assez de recul sur leur comportement au moment de la crise, de leurs faits et gestes, donc pour eux tout va bien, et ils ne veulent pas forcément entrer en chambre d'isolement.

### **S : Comment tu réagis face aux réactions des patients ? S'il est hyper violent, qu'est-ce que tu fais ?**

M : Euh, le mieux, c'est toujours le dialogue, mais au niveau du dialogue ça coince, j'appelle souvent les collègues en renfort, en général ils restent quelque temps, mais ils ne veulent pas y rester, en moyenne ils restent deux à trois jours selon les cas.

**S : A posteriori penses-tu que ces mises en isolement auraient pu être évitées ou différées, ce n'est pas la même chose, évitées ou différées, on aurait peut-être pu éviter certaines mises en isolement faites de manière hâtive ou pas ?**

M : Moi, dans tous les cas, pour ma part, c'était inévitable. Après, dans certains cas, il y a des patients qui arrivent directement dans l'unité en CSI, ça, ce sont les consignes qui sont dès leur arrivée. Après, en général, on évalue, ils peuvent ressortir aussitôt. Euh, des CSI qui ont été mis en isolement qui auraient pu être évités. quelquefois, on peut dire qu'on n'a pas assez dialogué, je ne sais pas. Euh, peut-être, mais je n'ai pas de cas comme ça qui reviennent, en général, c'était toujours motivé, voilà.

**S : Pouvez-vous nous donner des exemples ?**

**S : Tu n'en as pas qui te reviennent, pour toi c'était nécessaire ?**

M : C'était nécessaire.

**S : Quelles sont les circonstances qui ont favorisé cet isolement, peux-tu détailler ?**

M : C'est de l'agitation, euh, des cris, vociférer, euh, faire des cris de l'agitation avec les autres patients, des conflits, être insultant, euh, violence, agitation, respect, aussi quand on dit quelque chose, on répète plusieurs fois les mêmes consignes, la réponse toujours aux mêmes demandes, c'est souvent ça dans les circonstances, mais avec de la violence, de la sthénicité sous-jacente, c'est ça.

**S : pour protéger le patient ?**

M : Même parfois, les autres patients, dans le jardin, pour des histoires de cigarettes, des conflits, pour du goûter, des choses comme ça, oui, c'est souvent des choses comme ça.

**S : Quelles autres solutions auraient pu être mises en place, est-ce qu'on aurait pu éviter l'isolement par autre chose ?**

M : Si on aurait pu, car j'ai un cas qui m'est arrivé il n'y a pas très longtemps de ça, euh, c'était un patient qui n'était justement pas agité, mais revendicateur dans la plainte, donc dans le jardin ça ne se passait pas bien avec les autres patients, que j'ai pris à part dans le poste infirmier, je lui ai dit qu'il reste avec moi le temps qu'il faut qu'il se calme ,il voulait à chaque fois ressortir de la pièce, non tu restes encore, on discute on est là, il voulait parler avec moi, il parler mais c'était toujours des chose qui le faisaient monter dans l'unité, tu restes comme ça moi je suis la a côté ,tu te poses tu te poses , moi je suis-là ,j'suis avec toi, reprends calmes. Les autres collègues, ils ont vu, ils sont sortis, on a fait ça peut-être pendant vingt-cinq minutes, il est ressorti, il était un peu plus calme sur le moment, mais après le lendemain, ça a repris. Mais au moment des faits, ça l'a apaisé. En restant allongé, j'avais éteint les lumières, il y avait juste la lumière du jour.

**S : Ah oui, tu l'avais mis en condition.**

M : Il commençait à me parler, on arrête de parler, tu prends ton calme tu te poses un peu, moi j'étais là sur l'ordinateur, a côté donc je lui parlais pas et lui il continuait qd même à parler, mais il y a un moment, il a arrêté de parler, tu prends ton calme, il est resté là, on a fait ça pendant vingt minutes euh, apres il est ressorti il allait mieux, mais le lendemain ça recommence, mais bon sur le moment ça allait ça a été efficace.

**S : Connais-tu les espaces d'apaisement ? Si tu les connais, quelle définition pourrais-tu en donner ?**

M : je n'en connais pas.

**S : Tu n'en as jamais vu au cours de ton expérience ?**

M : Non.

S : c'est un petit peu ce que tu as fait avec le patient, dans un espace calme qui peut être ouvert, après on en fait ce qu'on veut, le patient peut y aller seul ou avec un soignant, il y a un système de projection avec image sur le mur et la lumière qui varie selon l'image avec du matériel adapté, des sofas avec couverture lestée, une pièce où on est avec le patient, on peut faire des petits entretiens.

**S : Tu n'en as pas rencontré, mais d'après ce que je t'explique, est-ce que tu penses que ça peut être utile dans l'unité ?**

M : Ça pourrait être utile, euh... Après, il faut voir comment il serait aménagé, euh... S'il y avait possibilité de fumer aussi, je ne sais pas, car c'est souvent la cigarette dans un coin tranquille qui peut tranquilliser le patient, l'apaiser, mais ça pourrait être utile. Oui, il y a aussi les histoires de cigarettes, des fois, bah, on donne une cigarette et voilà, tout est réglé (rires), oui, ça pourrait être utile, très utile.

**S : Quel lien fais-tu entre l'isolement et les espaces d'apaisement, il pourrait y avoir une coordination entre les deux ?**

M : Pour éviter l'isolement, mais la chambre d'apaisement, on ne peut pas y rester, on ne peut pas y passer la nuit, c'est juste un temps, ça dépend de comment elle pourrait être.

**S : C'est pour ça que je te laisse réfléchir.**

M : Si c'est pour passer trente minutes, une heure et que ça apaise le patient, je pense que ça pourrait éviter la case isolement. Je pense que ça serait bien. Après, le projet est à monter, donc on peut imaginer ce qu'on veut dans cet espace, mais il y a des cas, franchement, je pense que c'est vraiment au cas par cas.

**S : Ça peut être envisagé pour autre chose, tu peux en faire ce que tu veux, à posteriori, quand ils ne sont plus en crise.**

M : S'ils sont plus en crise, je ne sais pas, il n'y aurait pas d'utilité, il est dans l'unité, il participe aux activités du coup....

**S : Ce n'est pas que pour les patients en crise, il y a les injections.**

M : Pour être dans la surveillance, pour patienter, pour déstresser peut-être.

**S : Il faut voir dans quelles fonctions on peut l'imaginer, pas que dans la crise.**

Oui, ça pourrait servir, nous n'avons pas de salle, on a très rarement de lits de libres pour faire les surveillances des patients, euh, pour que le patient aussi euh n'ait pas encore aussi le contact avec l'hospitalisation. Il fait son injection, il patiente dans le service et le service il l'a connu, ça peut lui rappeler des choses pendant son

hospitalisation et là il serait à part, dans cette pièce et il pourrait patienter euh jusqu'à la fin des surveillances.

**S : Euh, comme c'est nous qui montons le projet, tu peux imaginer ce que tu veux.**

M : Oui, on avait un patient qui était comme ça, qui angoissait justement par rapport à l'injection, euh... Sa tension était haute et du coup on a utilisé la pièce qui est à côté, celle qui est en travaux à l'époque. On l'avait mis là pour que ça redescende un peu, parce que quand il était dans le service, il était tout le temps accaparé par les autres patients. Comme ils savaient qu'il pouvait sortir, ils le sollicitaient pour x choses, des cigarettes, donc du coup on l'a mis dans cette pièce-là, si on avait eu cette pièce-là. En dehors de la crise, pendant les injections justement, pour les surveillances, pour les formes d'angoisse.

**S : Les espaces d'apaisement sont-ils utiles à la place de l'isolement ? On a un peu répondu, selon le profil des patients, pour différer, pour le raccourcir ?**

M : Je dirai plutôt différer. Je suis toujours sur mon idée que ça apaise sur le moment, mais après, on ne sait pas de quoi sera fait le lendemain, peut-être différé, je dirai. Après, il y a un traitement, il faut aussi que le temps d'action, ça agisse. Aujourd'hui, pour le moment, ça apaise, demain, on ne sait pas, on peut réessayer la salle d'apaisement, pour le différer, il faut plusieurs séances entre guillemets, moi, je dirai différer.

**S : OK.**

**S : on a un peu répondu, quelle utilité principale, s'il fallait résumer ?**

M : En UHTP. Je ne sais pas comment ça fonctionne dans les extras.

**S : Il n'y en a pas.**

**S : Il y en a une au secteur 2, ça te donnera une idée, pas chez les adultes, dans les maisons pour les autistes avec snoezelen.**

M : Je ne connais pas.

**S : L'avantage de wavecare, il y a un enregistrement pour continuer chez eux les séances.**

M : L'utilité principale, c'est en UHTP, parce que c'est ce que je connais.

**S : Comment tu vois cet espace, avec un soignant ?**

M : Plutôt seul. Un canapé ou un fauteuil du moins, justement avec les lumières là, un jeu de lumières, la musique ou l'image, des images apaisantes, ça me vient la nature en tête, quelque chose de zen, la mer.

**S : Il faudra réajuster au fur et à mesure.**

M : Je pense qu'il ne faut pas beaucoup de choses, la lumière, un fauteuil, pour s'allonger aussi peut-être.

**S : À quel moment tu pourrais parler de cet espace aux patients, comment on pourrait procéder pour l'investir ?**

M : À son arrivée.

**S : Il faudrait y aller avec lui au début ou le laisser seul.**

M : Tout seul, avec une personne, est-ce que ça permet de se concentrer avec quelqu'un ? , ça dépend si la personne elle a envie de parler ,mais elle peut parler avant d'aller dans cette pièce ,mais si on a essayé mais que ça fonctionne pas ,la salle d'apaisement il faut que ce soit un endroit où il soit seul, se recentrer ,éviter les choses extérieures, qd il y a quelqu'un on a toujours envie de parler, de se confier ,se justifier, ça peut se faire en entretien, n'importe où, en poste de soin, dans le jardin, quand on a fait ça et que ça fonctionne pas, la salle d'apaisement elle intervient et faut que ça soit seul. J'espère que ça se réalisera.

**S : On va tenter.**

M : l'idée est bonne.

**S : Merci.**

## Annexe 12: deuxième entretien infirmier

Réalisé par S (cadre) avec C infirmière 8 /02 durée : entretien 19 mn

### **S : Fais-tu régulièrement des mises en isolement de patients ?**

C : ça m'est déjà arrivé régulièrement de faire des switches des patients en isolement en chambre hôtelière, pour aussi des patients qui étaient agressifs pour les autres en chambre d'isolement.

### **S : Comment ressens-tu ces mises en isolement, est-ce que ça t'interpelle, ce que ça provoque ?**

C : ça dépend du patient, dans quelles conditions il vient, souvent les patients qui arrivent ne sont pas au courant qu'ils viennent en psychiatrie car ils viennent d'un hôpital général, pour eux c'est très violent, notre rôle c'est de les apaiser, les rassurer leur expliquer que si leur comportement est adapté, très rapidement ils iront en chambre normale avec d'autres patients, pour eux ils ont les cartes entre leurs mains, après, euh... les patients qui sont au courant qu'ils viennent en psychiatrie, c'est quand même plus facile de les mettre en chambre d'isolement, ils acceptent plus facilement.

### **S : Quelles sont les réactions des patients les plus fréquentes que tu as rencontrées ?**

C : je remarque aussi que si le personnel soignant arrive en mode cowboy, on n'est pas sur une égalité ou d'humain à humain, le patient, notamment avec les hommes, peut être très agressif, on est obligé de contentionner parce que sinon il y aurait les coups, mais si on reste humble, à l'écoute du patient dans la bienveillance, la réassurance, en général il accepte de se mettre en pyjama et de s'apaiser pour la nuit avec un traitement qui va l'aider.

### **S : Comment réagis-tu face aux réactions des patients ? S'il est hypersthénique, qu'est-ce que tu fais ?**

C : moi ,j'avais la chance d'avoir un très bon binôme aussi, mais je compte sur la cohésion d'équipe, sur la manière de se compléter et en plus on était un homme ,une femme donc aussi ça peut jouer ça, c'est plus facile que si on est deux femmes ou deux hommes, le patient peut avoir un repère sur l'un des deux soignants et quand il fallait malheureusement on contentionne, déjà on déclenche le PTI pour avoir du renfort et puis instinctivement on savait comment se placer pour éviter que le patient soit blessé ou que les collègues soient blessés également, après c'est on va dire une communication par le regard, c'est du non verbal.

### **S : À ton avis, quels sont les ressentis des patients mis en isolement ?**

C : ils peuvent le vivre très mal, parce que même, je côtoie des patients qui ont été en isolement et on peut en parler plus librement. Après, ils disent qu'ils aimeraient bien quand j'allais les voir dans leur chambre d'isolement, mais euh... pour eux, c'est quand même quelque chose de traumatisant. Mais pendant dix ans, j'ai travaillé sur un pavillon de 10 patients au long cours où il n'y avait pas du tout de CSI, mais une

chambre d'apaisement qui avait été mise en place, avec un matelas, tout était sécurisé et les patients quand ils sentaient qu'ils étaient mal. D'eux-mêmes, ils demandaient à aller dans cette chambre-là. C'était eux qui le réclamaient pour y

aller une heure ou deux, et après, quand ils ressortaient, ils étaient beaucoup mieux, il n'y avait pas besoin de donner des si besoin ou autres.

**S : a posteriori penses-tu que ces mises en isolement auraient pu être évitées ou différées ?**

Alors évitées ,dans certains cas ,non ,parce qu'il y a même des patients en chambre hôtelière des fois, pour certaines nuits que j'ai pu faire des fois je me suis dit, pourquoi on a pas cinq ou six chambres d'isolement parce que toute la nuit on est là sur le qui-vive à s'assurer surtout que c'est sur deux étages que le patient sthénique va pas monter d'autres patients ou être dangereux pour d'autres patients et quand on voit qu'en chambre d'isolement dès fois le patient n'est pas si mal que ça, on aimerait faire des switch, ça peut prendre beaucoup de temps pour les accords entre psychiatres, enfin, vis-à-vis des juges etc.. ça peut être un peu compliqué après je l'ai fait pour une patiente qui s'était dénudée, qui entraînait dans toutes les chambres des patients hommes où j'ai fait déplacer l'interne pour qu'on fasse un switch et qu'un patient de chambre d'isolement aille dans sa chambre hôtelière et qu'elle aille en isolement, pour la protéger.

**S : Quelles sont les circonstances qui ont favorisé cet isolement, peux-tu détailler ?**

C : soit c'est l'anosognosie, un patient qui pour lui est tout à fait normal qui comprend pas déjà pourquoi il arrive en psychiatrie, donc il ressent comme de la haine vis-à-vis du médecin,, vis-à-vis des infirmiers et même des fois vis-à-vis des patients ou alors des patients qui étaient bien, on voyait que le traitement était efficace mais il y avait une grosse contrariété au self ou en fumant une cigarette avec d'autres patients ou consommation de toxiques que les patients faisaient rentrer lors de permission à l'intérieur, c'est toujours une question de sthénicité en fait.

**S : Quelles autres solutions auraient pu être mises en place, est-ce qu'on aurait pu éviter l'isolement par autre chose ?**

C : bah, je pense que déjà de jour il y a eu un travail de fait, de communication ; toutes les pistes ont été abordées pour éviter d'en arriver à ce cas extrême et si malheureusement il est en chambre d'isolement, c'est que rien n'a été efficace, ni les traitements, ni les si besoin, ni la communication et qu'il n'y a pas d'autre choix pour le protéger lui-même et protéger les autres.

**Est-ce que tu verrais d'autres solutions que l'isolement ?**

C : les chambres d'apaisement qui pourraient être une bonne alternative si la chambre d'apaisement ne fonctionne pas, du coup une CSI.

**S : Connais-tu les espaces d'apaisement ? Si tu les connais, quelle définition pourrais-tu en donner ?**

C : Oui, j'en ai connu.

**S : Comment étaient-elles ?**

C : Il n'y en avait qu'une seule, au rez-de-chaussée, donc c'était excentré de tout le bruit qu'il pouvait y avoir sur le pavillon, loin des chambres, loin du self à notre poste de soin dans un petit couloir qui menait à notre poste de soins, il y avait une lumière normale, un matelas au sol, on avait de la possibilité de mettre de la musique douce

si le patient le souhaitait, s'il souhaitait une couverture, on lui amenait, des fois les patients s'endormaient, vraiment, c'était leur bulle à eux en fait.

**S : comment les emmenais-tu dans cette chambre ?**

C : alors je leur proposai quand je les voyais pas bien, ou vraiment leurs hallucinations prenaient le dessus, ils nous entendaient plus alors ça les rendait pas vivable avec les autres patients, plutôt que de les mettre dans leur chambre on va dire hôtelière c'était un bon sas quelque part de sécurité pour nous, pour pouvoir les surveiller, voir comment évoluaient leurs troubles et puis après c'était un endroit, qu'ils avaient repéré, je leur avais proposé qu'il y avait une pièce où ils pouvaient se reposer, où on passerait régulièrement, c'était pas leur chambre, mais un autre endroit où ils pouvaient se détendre, même s'ils voulaient qu'on discute dans cette chambre il y avait possibilité, il y avait que dix patients on avait vite fait le tour, quand ils la demandaient c'est qu'ils sentaient qu'ils en avaient besoin. c'était de l'observation aussi, c'est toi qui voyais quand ils n'étaient pas bien, tu étais attentive aux signes.

C : oui, il y a beaucoup de patients discommuniants, à nos yeux, c'était leur bouche.

**S : C'est très important, il y a l'observation.**

**S : À ton avis, ces espaces pourraient-ils être utiles en UHTP ?**

C : j'pense que ça peut être une bonne alternative, puisque que la communication est la base de notre métier, de prévenir un patient pas dans la sthénicité où il entend rien mais quand il est dans l'entre deux, lui proposer ça lui dire voilà vous avez cette possibilité de chambre maintenant si vous ne savez pas vous calmer dans cette chambre d'apaisement, malheureusement vous finirez en chambre d'isolement, voir contentonné, avec une injection, voilà ça peut permettre de créer une relation de confiance, et peut être même d'apaiser une situation.

**S : As-tu vu beaucoup d'effets positifs par rapport à cet espace ?**

C : oui, oui énormément.

**S : Des effets sur quoi, du coup ?**

C : bah sur l'apaisement des patients, même sur les troubles qui diminuaient après une heure ou deux, par contre il y avait une règle pour cette chambre d'apaisement, ça n'était pas autorisé la nuit et ce n'était pas plus de deux heures dans la journée, pour éviter que les patients pensent que c'était leur chambre.

**S : Sans soignant ou avec soignants ?**

C : Alors, il y avait une grande vitre. Comme pour nous, très régulièrement, on allait dans le poste de soins. Toutes les cinq ou dix minutes, on passait devant. Si le patient dormait, on reparait qu'il dormait. S'il nous paraissait à regarder le plafond, on allait lui parler pour savoir ce qui se passait, s'il voulait que l'on prenne un temps, qu'on discute de ses angoisses, ce qu'il voyait, ce qu'il entend. C'est beaucoup de surveillance selon le profil du patient.

**S : Quel lien fais-tu entre l'isolement et les espaces d'apaisement ?**

C : bah l'apaisement, voilà quand on s'apaise c'est dans le but de se détendre, alors que l'isolement, isoler quelqu'un est un terme beaucoup plus fort ,c'est plus violent verbalement parlant, quand on veut isoler quelqu'un c'est parce que l'on veut pas que les autres le voient c'est .....l'apaisement c'est quelque chose de doux un peu comme les salles snoezelen, voilà si on parle chambre d'apaisement, c'est une chambre pour se sentir mieux, se sentir rassuré, se sentir voilà dans un cadre un peu comme un cocon

**S : comment vous l'aviez meublée cette chambre ?**

C : il y avait juste un matelas épais, il y avait un oreiller et on ramenait une couverture quand le patient voulait, et donc derrière une grille, on avait mis une mini chaine.

**S : Comment vous aviez mesuré l'efficacité de cette chambre, car c'était des patients de quel type ?**

C : Des patients qui rentraient dans la schizophrénie. Du fait que les patients d'eux-mêmes, même les patients au début, on s'était dit que jamais ils n'accepteront d'aller dans cette chambre, ça peut être angoissant pour eux, vu que c'était un lieu inconnu, de voir que dans la semaine ces patients nous demandaient d'y aller... Ils appelaient ça leur chambre de repos, nous demandions d'aller dans cette salle-là, ils venaient en disant ça ne va pas, faut que j'aïlle dans la chambre de repos, bon, c'est qu'on savait que cette chambre leur faisait du bien.

**S : c'est eux-mêmes qui demandaient.**

C : Nous, on voyait le résultat bénéfique, du coup ça évitait les injections.

**S : Ces espaces sont-ils utiles pour différer l'isolement, le raccourcir ?**

C : oui, je pense, je trouverai même ça mieux que des patients qui sont en CSI et qu'on va laisser la CSI ouverte, du coup les autres patients peuvent rentrer dans la CSI et puis cacher des choses même dangereuses, s'il faut la nuit qu'on mette le patient en CSI, qu'on referme la porte même si on vérifie sous le matelas, etc., il y a des patients filous qui peuvent cacher des choses dissimulées, des endroits où nous Ça serait beaucoup moins dangereux pour la sécurité des patients, ça serait un sas de sécurité pour moi, la chambre d'apaisement entre la chambre hôtelière et la CSI ou même de la CSI avant de rentrer en chambre hôtelière.

**S : Quelle utilité principale voyez-vous, s'il fallait faire un classement de l'utilité de cet espace ?**

C : je dirai que c'est un endroit peut-être pour dialoguer d'une autre manière. Le patient, il a conscience qu'il y a la CSI si on veut aller plus loin ou la chambre hôtelière, remettre un cadre, comment fonctionne le milieu hospitalier, euh. Oui les injections les « si besoin ».

**S : des répercussions sur le sommeil ?**

C : En changeant l'organisation des tours de nuit, un tour à 1 h 30 à 3 h 30 et 5 h 30. On allait dans les couloirs, on ouvrait pas chaque porte ,ce qui réveillait les patients, les « sédatisés » c'était idiot de les réveiller, on s'était aperçu que le tour de 3h les patients se levaient pour fumer, on va faire un tour à 1h30 et 5h30 on a remarqué qu'en en laissant les patients dormir 4 heures d'affilée, car au tour d'1h30 les patients dormaient déjà et ça ne les réveillait pas, ils dormaient au moins 5h30 par nuit, ça

avait des bonnes répercussions sur la journée il y avait beaucoup moins de violence, il y avait beaucoup moins de crises que sur la contre équipe ou ils faisaient minuit trois heures six heures ou finalement les patients ne dormaient que 2 ou 3 heures.

**S : dans cet espace, est-ce qu'il y a des patients qui s'endorment ?**

C : oui, tous quasiment, ce sont eux qui tapaient à la vitre en disant : c'est bon, je peux sortir. Ça peut être onéreux pour un hôpital, mais quand on a de gros néons en chambre d'apaisement, je n'arriverai pas à m'endormir. Peut-être mettre des lumières plus douces comme les salles snoezelen, des jeux de lumière ou des choses comme ça.

## Annexe 13: Troisième entretien infirmier

Réalisé par S (cadre) avec A , durée : 14 min, le 19/02/2024.

**S : Fais-tu régulièrement des mises en isolement de patients ?**

A : il m'arrive de faire des transferts, la fréquence peut varier.

**S : Comment ressens-tu ces mises en isolement, est-ce que ça vous interpelle, ce que ça provoque ?**

A : pour moi, étant donné que je prends conscience de la nécessité pour certains patients d'être mis en isolement, donc je les vis tout simplement sans aucune appréhension et en comprenant très bien les raisons, les motifs, donc voilà.

**S : Quelles sont les réactions des patients les plus fréquentes que tu as rencontrées ?**

A : des patients qui pouvaient être surpris, mais étant donné que l'on est en nombre généralement, les patients ne peuvent pas vraiment essayer de contester ou de se débattre, du coup ils peuvent être surpris, mais ils finissent par rentrer, tout dépend du coup du contexte, s'il y a plusieurs hommes.

**S : Donc les patients sont plutôt surpris, c'est ça ?**

Ils peuvent être surpris, il y en a d'autres qui peuvent montrer de la véhémence, être contre et certains patients acceptent, tout dépend.

**S : Comment réagis-tu face aux réactions des patients, qu'est-ce que ça évoque chez vous, état de stress, anxiété ?**

Moi spécialement, je suis déjà préparé. Je sais que du coup, il faut mettre des mots pour qu'ils comprennent, qu'ils s'apaisent. Et notamment, c'est les mots, c'est les rassurer, leur faire comprendre que c'est pour leur bien. Voilà et d'autres, quand ils sont agressifs et qu'ils ont commis un acte, on leur précise que c'est pour éviter qu'ils récidivent.

**S : Quels sont les ressentis des patients mis en isolement, est-ce que les patients comprennent après leur mise en isolement ?**

A : tout dépend, certains patients ne comprennent pas, c'est en fonction, car il y a des patients qui sont encore en phase où ils n'acceptent pas leurs troubles, ils ne comprennent pas trop, il y en a qui comprennent, donc ils acceptent et puis après ils savent très bien, tout dépend des contextes.

**S : A posteriori penses-tu que ces mises en isolement pouvaient être évitées ou différées ?**

A : des mises en isolement qui peuvent être évitées, ça peut l'être, après, c'est souvent une décision médicale.

**S : Est-ce que pour certains, on aurait pu différer, si c'était à refaire, on aurait pu trouver une autre solution, le faire différemment ?**

A : il peut y avoir des cas où les décisions ont été prises sans vraiment creuser le contexte, des fois c'est juste des problèmes entre patients, on apprend que tel patient

se sont pris la tête au point où ils en sont venus physiquement, des fois, les patients redescendent rapidement et ils essaient d'expliquer que oui, ils n'étaient pas responsables, mais des fois ça arrive que d'emblée ils soient mis en chambre d'isolement, bien après, ça peut être discuté en fonction de chaque cas. Il y a des patients qu'on peut connaître et on sait qu'ils peuvent, puis des fois, ça peut leur servir quand c'est vraiment provisoire, leur dire que de manière provisoire, ça va essayer de vous apaiser et puis voilà.

**S : Est-ce qu'il y a des circonstances qui ont favorisé la mise en isolement des patients, des moments parce qu'il y a..., vous avez cité des conflits entre patients, quand il n'y a pas d'équipe, la frustration, on sait qu'il y a des moments plus propices où les choses se passent mal, est-ce que tu as des exemples ?**

A : oui... il y a pas mal de contextes de frustration de patients, des fois ça peut arriver qu'ils peuvent ne pas comprendre que des fois il y a des règles et puis ils peuvent s'emporter, voilà, ils peuvent s'emporter et aller trop loin, des fois ils peuvent en venir aux mains, donc forcément on ne peut pas, on est obligé... Et puis par moment, c'est pour qu'ils soient protégés. Il y a des fois des patients qui se font du mal : ils vont se taper la tête contre les murs, ils vont essayer de se faire du mal et ils vont en plus verbaliser.

**S : Sur ces patients dont vous parlez, ceux qui se font du mal, par exemple, on parle d'automutilation, j'oriente un peu, je suis désolé ». Quelles autres solutions auraient pu être mises en place pour ces patients, à part la mise en isolement ?**

À : Pour ceux qui se font du mal ?

**S : Par exemple, ça aurait pu être pour d'autres patients aussi ?**

A : oui, euh... Déjà les accompagner pour qu'il y ait une personne, détacher une personne pour qu'il y ait un climat, du coup essayer de comprendre qu'il y ait de la réassurance, essayer d'apaiser euh... Faire des activités avec, euh... S'entretenir et créer un climat de confiance, puis de dire que s'il y a un problème, ne pas hésiter à venir nous voir, plutôt que de faire du mal, essayer de creuser pour voir si c'était dans un but vraiment d'aller jusqu'au bout, de mourir, on ne sait pas, si c'est juste un appel à l'aide, qu'on comprenne.

**S : Connaissez-vous les espaces d'apaisement en psychiatrie ?**

J'ai connu ça, quand j'ai accompagné des patients en Belgique. Eux, c'est vraiment particulier, il me semble qu'ils n'ont pas de chambre d'isolement, quand les patients sont frustrés, on les met en chambre d'apaisement, donc après, ils peuvent être mis en place en UHTP chez nous, ça peut les aider, certains patients qu'on connaît.

**S : En Belgique, mais pas en France ?**

À : en Belgique, mais on aurait pu mettre en place, pour des patients, notamment pour un patient que j'ai en tête qui est là depuis un moment, une psychose infantile, des fois qui a de la frustration, on sait qu'au fond de lui il n'est pas méchant et des fois il peut être frustré et essayer de se faire du mal et du coup on a une salle où il peut frapper, accompagné par une personne, pour essayer d'apaiser, il y a des activités qu'on

**S : Selon votre expérience, à quoi les chambres d'apaisement peuvent servir en UHTP ? Imaginez, comment les verriez-vous ?**

A : Euh... Après, forcément, il faut qu'il y ait une personne qui accompagne avec une musique d'ambiance, essayer qu'il se relaxe. Il faut vraiment qu'il soit accompagné des personnes qui font un peu de sport aussi, pour se défouler, pour créer un climat avec une personne, un climat de confiance et de respect. Voilà, ils se défoulent et après, ils sont contents, ils transpirent, ils vont prendre leur douche, après, il y a d'autres choses qu'on peut mettre en place.

S : Quel lien faites-vous entre l'isolement et les espaces d'apaisement ?

À : période de transition, une alternative, pour éviter du coup d'en arriver là et voir si ça peut aider le patient et, voilà, pour éviter du coup, pour qu'il essaie de se calmer, voilà.

**S : est-ce qu'on pourrait faire ça, j'oriente les questions, désolée à la place de l'isolement, pour différer l'isolement ou le raccourcir ?**

A : soit une alternative, à la place.

**S : on essaie de différer l'isolement au dernier moment, de voir si on peut faire sans ou après l'isolement que l'on ait un espace post-isolement de cocooning, que le patient ait un espace un peu maternant au sens positif du terme entre l'isolement et la sortie, pour que le patient soit accompagné à sa sortie.**

A : toutes les situations peuvent se faire au cas par cas, on peut commencer déjà en fonction du patient : si on voit qu'il est réactif, viens en espace d'isolement pour s'apaiser : « Non, laissez-moi tranquille ». Si on voit qu'il n'est pas réactif, on lui fait comprendre que du coup, ça sera pour t'apaiser, car tu risques d'aller en chambre d'isolement, que tu aies une injection. Ce n'est pas l'intérêt, c'est vraiment au cas par cas.

**S : Est-ce qu'il y a d'autres finalités que vous voyez, d'autres utilisations ?**

À : des patients sans forcément nécessiter une chambre d'isolement peuvent aussi, plutôt que d'errer, de fumer, de ne pas savoir trop quoi faire, y participer.

**S : Ça peut être aussi des patients déments, maniaques, c'est très sensoriel, qui ont des troubles cognitifs, les vidéos, ça pourrait l'apaiser, des choses qu'il aime bien, des patients qui ont des troubles de l'humeur.**

C'est des ambiances, beaucoup de patients pourraient en bénéficier.

S : Merci.

## Annexe 14: Quatrième entretien infirmier

Réalisé par S(cadre) avec Y, formation pour être IPA, durée 18 min 23/02

### **S : Faites-vous régulièrement des mises en isolement de patients ?**

Y : Oui, ça m'est arrivé de mettre des patients en isolement.

On en fait, pas régulièrement, mais ça arrive, c'est toujours mal vécu pour le patient, on essaie le plus souvent de lui expliquer, mais l'isolement, on essaie que ça soit vraiment le dernier recours, on n'a pas d'autre choix, on essaie toutes les alternatives pour recourir à l'isolement sauf que parfois on a pas le choix pour le bien que ce soit pour le patient ou le soignant, s'il y a des risques auto agressifs, ou hétéro agressif à ce moment-là on a pas le choix, soit c'est les directives du médecin qui nous demande d'isoler le patient ou bien c'est les consignes si le patient est agité, on peut pas le contenir on doit l'isoler, après il y a toujours une évaluation à posteriori avec le médecin, donc c'est vrai qu'on essaie vraiment de pas y arriver parce qu'on sait que ça va être traumatisant pour le patient, même si sur le moment il s'en rend pas compte, que c'est pour son bien, s'il va en isolement, qu'on les enferme c'est qu'ils ont pas le choix, ils sont contre, c'est des patients sous contrainte qu'on isole, euh... c'est toujours pour le bien du patient, on fait jamais c'est pas une punition, quelque chose qu'on fait pour le menacer, on se dit toujours que si on fait ça, c'est pour qu'il puisse se calmer, et être moins dangereux, oui à chaque fois on se dit toujours que derrière c'est pour son bien

### **S : Comment le ressentez-vous en tant que soignant quand vous mettez un patient en isolement, c'est un peu délicat comme question ?**

Y : Moi, je sais que j'arrive à me détacher de ça parce que je me dis, c'est un soin déjà, c'est un soin euh... Le plus souvent, on se dit que c'est pour le patient. Donc, je n'ai pas de mal avec l'isolement. J'ai du mal quand ce n'est pas justifié entre guillemets ou abusif, parce que là, du coup, euh. C'est vrai que parfois on demande de mettre des patients en isolement, on se dit pourquoi, ce n'est pas juste, enfin, voilà, euh. Mais bon, c'est une décision du médecin, donc on applique la décision, mais c'est vrai que parfois on se sent un peu impuissant, euh... On se dit bien, on n'a peut-être pas essayé ça, donc si on l'accompagne un peu plus, on a le temps de l'écouter, on essayait de comprendre un peu, en fait, certaines fois, c'est la solution de facilité, donc du coup, on se dit, on sent une certaine injustice, une impuissance, même pour les équipes, des fois, c'est la facilité ou bien même euh. c'est un peu injuste parce que des fois, on enferme les patients parce qu'il y a un risque qui passe à l'acte alors qu'il a rien fait, donc on se dit, peut-être qu'il va rien faire si on l'enferme pas, donc pourquoi l'enfermer pour quelque chose qu'il n'a pas fait ou qu'il risque de faire, donc c'est vrai que c'est compliqué », il faut mesurer ce côté bénéfique risque, bénéfique pour le patient, donc c'est vrai que l'isolement, c'est un soin très délicat, compliqué, mais c'est notre travail, quand on le fait on se dit toujours voilà, c'est pour le bien du patient, en tant que soignant, moi j'ai pas de mal, enfin, si il faut le faire, voilà, on le fait.

### **S : Les réactions les plus fréquentes que vous rencontrez, tout à l'heure, vous l'avez un peu dit, c'est l'incrédulité ?**

Y : oui, c'est, euh., c'est ça, souvent ils ne comprennent pas, donc il y a tout ce questionnement des patients, mais pourquoi, qu'est-ce que j'ai fait de mal ?

souvent, oui, ils le voient souvent comme une punition, et c'est vrai que parfois on ne prend pas le temps d'expliquer au patient pourquoi, le contexte, pourquoi on le met

en chambre d'isolement, combien de temps ça va durer, on ne sait pas toujours le temps que ça va durer, mais au moins, en fait, ça se fait souvent dans l'action, le patient il ne veut rien entendre, il n'est pas en capacité et en condition pour entendre ce qu'on lui dit, mais je pense quand même qu'on peut toujours essayer de expliquer : « voilà, on va vous mettre en chambre d'isolement parce que vous avez fait telle chose,, voilà vous pourrez sortir quand vous vous sentirez mieux, on passera vous voir régulièrement, c'est de rassurer plus le patient, c'est vrai que souvent quand on met les patients en isolement, il y a plusieurs contextes, euh... situations de mises en isolement, en fonction du contexte, c'est possible ou pas, mais les patients sont souvent, ils le prennent toujours très mal, la majorité du temps c'est contre leur volonté, euh.. Mais après, il y en a certains qui nous disent, oui, je comprends, c'est vrai, je n'étais pas bien à ce moment-là, ça m'a fait du bien, calmé, apaisé, alors on se dit qu'au final, une fois qu'ils vont mieux, ils finissent par comprendre pourquoi, mais c'est vrai que le moment où on doit les mettre en chambre d'isolement n'est pas toujours euh... c'est très difficile pour les.

**S : On va passer aux alternatives, il y avait plusieurs questions, mais vous avez répondu indirectement. A posteriori, pensez-vous que ces mises en isolement auraient pu être évitées ou différées ? Là, vous avez dit oui, mais pouvez-vous donner d'autres exemples ?**

Y : c'est vrai que souvent, quand on met en avant le fait qu'on ne soit pas en nombre dans les équipes, en sous-effectif, parce que voilà on a pas le temps de s'occuper des patients, on est occupés, on fait plein de choses, on doit être avec les médecins qui ont une vingtaine de patients à gérer, deux infirmiers c'est toujours léger, ça monte vite et des fois la mise en isolement, c'est un peu la solution de facilité e, mais pour éviter ça du coup c'est bien si on est en nombre, voilà le sous-effectif, mais aussi si on est en nombre c'est pas pour juste faire les soins, être plus nombreux avec les médecins, c'est pour pouvoir proposer des solutions aux patients, parce que souvent c'est, les patients tournent en rond dans les services, donc en fait, le but d'être en nombre dans les services, c'est proposer des occupations, des choses aux patients pour qu'ils puissent s'occuper, bien voilà c'est vraiment des activités occupationnelles, ou même discuter avec eux, être avec eux, euh.. Et ça, je pense que ça pourrait éviter beaucoup de frustrations de la part des patients et de l'agressivité, parce qu'en plus, si on est au milieu des patients, au contact plus régulier au lieu d'être enfermé dans le poste de soin, on voit s'il y a des signes d'agressivité, s'il y a des patients qui commencent à être un peu tendus.

**S : Pour résumer, les circonstances qui ont favorisé l'isolement, c'était beaucoup, souvent le manque de disponibilité des soignants ou le manque de soignants tout cours. Et ce qu'il faudrait, si j'ai bien compris, c'est plus d'activités, plus de soignants pour les activités et de la présence.**

Il n'y a pas que des infirmiers, des soignants, des éducateurs, du monde pour... il faut arriver à trouver quelque chose pour que les patients s'occupent, ne tournent pas en rond dans les services, restent dans leur chambre, voilà, c'est ça, je pense, qui peut aider un peu à détecter ces moments où les patients sont plus tendus, où on voit les premiers signes d'agressivité, quand un patient va moins bien, ça, du coup, c'est avec du personnel, mais après aussi les patients ils peuvent aussi faire des choses seuls, mais aussi il faut qu'ils aient des lieux, un lieu pour se retrouver, faire des activités, en fonction des services, il y a pas toujours ça, dans certains services il y a pas de salles dédiées aux patients pour, euh... faire des jeux de société, les services de psychiatrie, des fois c'est des chambres, des couloirs et il y a pas de salles d'activités, quand c'est des services fermés c'est compliqué de mettre ça en place, donc si ils ont des lieux dédiés ou avec quelqu'un qui est là pour faire des choses avec eux, éducateur, aide-

soignant ,psychologue, peu importe, même sans présence, des choses avec des jeux de société, petite bibliothèque ou ce genre de choses ça peut peut-être aider.

**S : ça m'aide à la transition par rapport aux espaces d'apaisement, connaissez-vous les espaces d'apaisement en psychiatrie, en avez-vous rencontré ?**

Y : oui, en fait j'en ai entendu parler, je sais 'avec les nouvelles lois contre la contention, l'isolement, de plus en plus limite le plus en plus de mettre des patients en chambre d'isolement et de les laisser enfermer, donc il faut des alternatives ,dans les services de psychiatrie, on supprime les chambres fermées, les chambres fermables pour en laisser le moins possible, justement pour diminuer ce temps d'isolement et donc il faut les remplacer par quelque chose ,une solution, c'est ce qu'on appelle les chambres d'apaisement ou espaces d'apaisement oui, oui, j'en ai entendu parler ,là où je travaillais ,ils veulent aussi en mettre en place dans chaque service, garder juste une chambre d'isolement et mettre une chambre d'apaisement dans chaque service dans ce but, donc j'ai pas encore fait l'expérience, mais moi je trouve que c'est une bonne chose, c'est quelque chose qui avec la psychiatrie d'aujourd'hui va dans le sens de l'évolution de la psychiatrie, donc faut qu'on sorte de cette idée de garder les patients enfermés, de les isoler ,après il faut garder ces chambres d'isolement, je dis pas qu'il faut pas enfermer les patients parce que des fois il y a pas le choix, mais trouver des alternatives, des espaces d'apaisement, je pense que dans un service, ça peut être une alternative.

**S : D'après votre expérience, à quoi pourraient-elles servir à la place d'une chambre d'isolement alors ?**

Y : en fait , je pense qu'en fonction des services ça peut avoir différentes fonctions, là où j'ai travaillé il y a le réfectoire ,les patients ils pouvaient quand il y avait pas le repas s'en servir comme chambre, comme salle d'activités, il y avait les jeux des choses mises à disposition, mais il y a certains services ils n'ont pas ce dispositif, il n'y a pas de salles dédiées au patient pour qu'ils puissent se poser, être tranquilles donc peut être ça peut servir aussi d'espace de repos, entre guillemet, pour les patients ça peut être un premier objectif de ces chambres comme indication, après sinon ça peut servir de chambre d'apaisement dans le sens où, s'il y a des situations de crise, des situations où les patients sont un peu tendus, on peut les amener, là, un espace pour discuter avec un environnement plus calme, plutôt que de rester dans le service où il y a des patients autour, ou le mettre déjà dans une chambre où il sait qu'il va finir par être enferme, ça peut être un espace intermédiaire afin d'éviter l'isolement et où on peut faire un travail avec le patient, l'apaiser, le calmer et puis discuter EUH... Ça peut être un vrai espace de transition pour le patient, que ce soit avant et même après ou pendant qu'il est en chambre d'isolement. Voir, le faire sortir avant de le faire rentrer, si ça ne marche pas du coup, il va en isolement. Ça peut avoir plusieurs fonctions, en fonction des services.

**S : ça répond à ma question. Quel lien faites-vous entre l'isolement et les espaces d'apaisement et sont-ils utiles à la place de l'isolement pour le différer ou le raccourcir ?**

C'est ça, je dirai pas à la place, car je pense qu'il y a quand même besoin de chambres d'isolement car il y a des situations, voilà on peut faire tout ce qu'on veut mais il y a des moments quand les patients sont dispersés, il faut les isoler, ça leur donne un cadre ça leur permet de se contenir, l'isolement c'est un espace pour tenir les patients, non il faut des chambres d'isolement, mais il faut aussi d'autres espaces euh alternatifs, je dirai c'est plus complémentaire à l'isolement, profiter de ce genre d'espace d'apaisement, je pense qu'il y a plein de choses à faire, les chambres

snoezelen, peut –être pas aller jusque-là car c'est un investissement particulier, même faire un espace dans un environnement calme apaisant, les chambres à l'étage, elles sont froides ils peuvent pas faire ce qu'ils veulent dedans, mettre un espace où ils peuvent se poser et pas avoir l'impression d'être à l'hôpital.

**S : Quelle autre finalité voyez-vous à ces espaces, des espaces de détente ?**

Y : Oui, voilà des espaces de détente, exactement d'apaisement comme on dit, des espaces qui seraient vraiment aux patients, pas s'ils ont leur chambre, mais des espaces qui pourraient leur appartenir, où ils pourraient se dire, je suis bien, je suis tranquille, plus avoir l'impression d'être à l'hôpital.

**S : Est-ce qu'il y a d'autres choses dont on n'a pas parlé ?**

Y : Les chambres d'apaisement, c'est quelque chose qui est un peu nouveau et que je trouve qui est vachement intéressant, qui est une alternative à l'isolement qui mérite d'être approfondie et dont les services devraient essayer de se saisir, car on ne peut pas continuer d'enfermer tout le temps des patients dès qu'il y a un souci : être hospitalisé dans un service, c'est compliqué, alors si on peut améliorer le quotidien des patients, moi, je dis que c'

Merci. Yannick

## Annexe 15: Premier entretien patient

Réalisé par S (cadre) avec Iss (21 ans). 1<sup>er</sup> mars , 15mn

S : Iss est sortant de la chambre d'isolement et a des temps de sortie, il va donc nous parler de son expérience.

**S : Concernant la chambre d'isolement, quel souvenir vous en gardez de cette période ?**

I : Oui, je disais que c'était difficile, l'isolement dû en fait au lit. Le lit était une courbe.

**S : Vous me parlez du lit, expliquez-moi.**

Iss : le lit est courbé, en plus de ça, il n'y a pas de coussins, c'est-à-dire qu'on a du mal à bien se positionner pour dormir.

Issu : ce n'est pas confortable pour dormir, à côté du lit, il y a les « chiottes », ce n'est pas très hygiénique pour dormir, voilà mon expérience. Il y avait plus d'eau dans la CSI.

**S : Vous l'avez vécu difficilement, et c'est difficile même maintenant ?**

Issu : même maintenant

**S : Est-ce que vous avez pu en parler avec un professionnel, un infirmier ?**

Iss : Non, personne.

**S : J'en parlerai aux équipes, pour qu'ils puissent en parler avec vous.**

**S : Par rapport à votre mise en isolement, est-ce que vous pensez que ça aurait pu être évité ?**

Iss : Par rapport à ce que j'ai fait, oui, bien sûr, si je ne m'étais pas engueulé avec Monsieur X.

**S : On va parler de l'avenir, nous, on voudrait faire un espace d'apaisement, je vous explique, c'est une pièce, un fauteuil, des vidéos, de la musique, une ambiance de la lumière avec de la musique douce, la musique, la lumière sont coordonnées, qu'est-ce que vous en pensez ?**

Issu : je trouve ça pas mal, ça peut bien apaiser l'esprit, tu es en isolement, tu as envie de te reposer dans ta chambre, de te divertir, de jouer aux cartes, aux dominos.

**S : ce n'est pas un jeu, vous êtes allongé, relax et vous avez de la musique.**

Iss : je trouve ça super.

**S : Est-ce qu'il y a d'autres aménagements que vous auriez aimés par rapport à cette salle ?**

Iss : ah, si possible des écouteurs, que chacun ait sa propre musique.

**S : Dans l'idéal, c'est une pièce, une personne.**

Iss : Ah, ben, c'est super alors !

**S : chacun choisit son ambiance**

Iss : Ah bah, c'est super alors.

**S : ça peut être aussi stimulant**

Iss : ça peut être du rap ?

**S : je ne sais pas, mais ça me choquerait pas ,le but c'est d'être apaisé.**

Iss : j'ai compris, ça peut être la pluie, de l'air.

**S : Avez-vous d'autres choses à rajouter ?**

Iss : Non.

S : Merci ISS.

## Annexe 16: Deuxième entretien patient

Réalisé par S (cadre) avec Steph10 mars 15 mn

### **S : Avez-vous un souvenir de cette période ?**

STEPH : J'ai un souvenir, un souvenir vraiment désagréable, honnêtement c'est pas une bonne punition pour quelqu'un qui doit aller la bas il doit se sentir abandonné du monde, pas du monde mais déjà portes fermées, c'est comme si c'était un animal qu'on enfermait en cage, c'est très difficile à combattre ça, parce que quand on combat ça c'est que vraiment on perd nos moyens, c'est-à-dire un exemple simple, un chien quand il est dans la cage il tourne en rond, il tourne en rond, il fait ses possibilités pour sortir et quand il sort il est agité, il est content, il va partout, ben c'est la même chose, moi je voudrais pas que quelqu'un passe par la bas parce que c'est vraiment inacceptable

### **S : Donc vous l'avez vraiment mal vécu, c'est ça, c'est assez difficile, j'entends par les termes que vous employez que c'était vraiment dur pour vous ! ça a duré combien de temps ?**

STEPH : Ça a duré trois jours et j'étais tout maigre, tout maigre, tout maigre, tout maigre, y a qu'une horloge que vous pouvez regarder, moi je regardais l'horloge de l'autre sens du lit, j'étais allongé tout le temps allongé, c'est que rester allongé t'as pas de possibilités ni de chaise, ni de table, t'as juste un lit et des toilettes, moi j'étais allongé sur le lit, je regardais que l'heure, que l'heure pour m'endormir et je comptais de 1 jusqu'à un nombre infini, après je m'endormais.

### **S : Oui, c'est dur, moi, j'ai besoin de savoir, est ce que cette expérience difficile vous avez pu en parler à quelqu'un ?**

STEPH : Personne, justement personne, j'ai tout gardé pour moi jusqu'à ce que j'ai ça

### **S : D'accord, vous n'avez pas pu en parler à un professionnel ?**

STEPH : Non, un professionnel, personne, j'ai gardé ça pour moi dans ma tête, parce que c'était vraiment difficile, enfin au moins j'ai commencé à prendre un livre, parce que j'aime beaucoup le foot, j'ai pris un livre de foot que je vais garder éternellement, j'aime beaucoup le foot, je lisais un peu, mais quand je lisais, le temps il passait pas comme ça devait passer. C'était très, très difficile.

### **S : On parle un peu de choses difficiles, je comprends que c'est difficile pour vous.**

### **S : A posteriori, je vais passer à un effort d'imagination, on est plus dans le souvenir, mais dans l'imagination, si c'était à refaire comment ça aurait pu être évité par les professionnels, qu'est-ce qu'il aurait fallu que l'on fasse pour vous éviter ça ?**

STEPH : En parler d'abord avant d'aller là-bas, en parler avec eux tout simplement, essayer d'arranger la chose pour ne pas m'enfermer là-bas et parler au médecin, lui dire excusez-moi médecin, je pourrais parler avec vous d'abord avant d'aller là-bas, au cas ou si vous m'emmenez là-bas, pas de m'emmener directement et de m'enfermer.

### **S : En parler ?**

STEPH : En parler au médecin avant d'aller là-bas

**S : Est-ce qu'il y a d'autres techniques, d'autres chose qui auraient pu vous permettre d'éviter cette expérience malheureuse ?**

STEPH : Moi, c'est juste parce que j'écoutai la musique et j'avais des propos un peu bizarres qui a fait qu'on m'enferme.

**S : Nous en fait, merci de partager votre expérience, car je sais que c'est difficile pour vous, en fait, je vous parle un peu du projet, nous souhaiterions, ici faire une pièce, réserver une pièce au calme pour les patients, je vous explique comment on pourrait l'imaginer.**

STEPH : où, ici ?

**S : On appelle ça une pièce d'apaisement, il y aurait un écran.**

STEPH : C'est ça, tout à fait, franchement je vais vous dire la vérité, vous avez vraiment eu le même reflexe que moi, une télé, c'est ça que j'allais vous dire.

**S : Ça serait un écran avec des vidéos un peu relaxantes, de mer ou de nature, de la musique, un fauteuil massant.**

STEPH : Où vous mettez la musique parce que moi j'étais en prison et en prison au quartier disciplinaire, quartier disciplinaire c'est l'isolement aussi comme ici, bah il y avait l'interphone, comme une petite radio, on peut faire ça aussi ici, pour pas que le patient il pète un câble, vraiment déjà s'il y a des gens là-bas j pense qu'il peut se suicider et moi c'est mon cas, parce qu'un j'ai failli me suicider quand j'étais en prison, comme ça j'étais enfermé.

**S : on va parler, d'autres choses sur cette pièce-là, la question c'est trouvez-vous ça utile, donc oui, comment l'imaginez-vous encore cette pièce ?**

STEPH : après si la personne elle est vraiment violente, ce n'est pas le moyen nécessaire de l'enfermer en isolement, on peut faire quoi, il reste dans sa chambre on le ferme à clefs, mais lui il peut ouvrir la porte, c'est ça qui est dérangeant, ou il font une pièce, encore mieux, ils font une pièce il y a la même chambre sauf que c'est les gérants qui ouvrent ou ferment la porte.

**S : une pièce d'apaisement avec la vidéo, la musique, comment vous l'imaginez cette utilisation ?**

STEPH : moi j'imagine en bas dans le hall, il y a la télécommande, il peut changer les chaines s'il veut pour pas qu'il s'isole lui-même.

**S : mais si on vous avait proposé une pièce comme ça vous pensez que ça aurait pu éviter l'isolement ?**

STEPH : Bien sur oui

**S : qu'on vous accompagne dans une pièce un peu relax, un peu cocooning ?**

STEPH : oui bien sûr, bien sûr, ça fait qu'il se relaxe et qu'il se décomprime.

**S : comment vous l'imaginez de la vidéo, de la musique, avec des soignants, sans soignants ?**

STEPH : où il vient toutes les minutes on parle avec lui aussi.

S : pas forcément, ça peut être dérangeant, c'est à vous de voir, comment vous l'imaginez ?

STEPH : j'sais pas comment l'imaginer, c'est dur c'est très difficile

**S : dans un fauteuil en regardant des vidéos.**

STEPH : encore mieux décompresser, là justement c'est encore mieux que regarder l'horloge et de se dire quand on va dormir.

**S : d'accord très bien**

STEPH : moi je préférerais au pire qu'ils donnent un médicament pour qu'il dort et quand il se réveille et on lui donne à manger, il dort, on lui donne à manger, il dort on lui donne à manger comme ça le temps est passé, pour lui il n'a pas à regarder l'horloge.

**S : Merci Stéphane**

STEPH : Je vous remercie à vous Madame

## Annexe 17: Troisième entretien patient

Réalisé par Ct 28/03 réalisé par C, infirmière avec P, 10mn

**C : Vous avez été en isolement, vous rappelez vous de cette période ?**

P : Des entrées sorties, oui, mais pas trop

**C : En avez-vous parlé avec un professionnel**

P : Non, je n'en ai pas reparlé avec un professionnel

**C : L'isolement aurait pu être évité ?**

P : Je ne sais pas car j'étais pas conscient,

**C : Il y a un projet qui est de créer des espaces d'apaisement, c'est des pièces où il n'y a pas de contention, la chambre reste ouverte, c'est pour mettre les patients au calme, dans un cocon avec de la petite musique, pensez-vous que ça serait plus utile que les chambres d'isolement ?**

P : Je pense que oui

**C : Pourquoi ?**

P : Parce que ça ne fait pas l'effet d'être hospitalisé

**C : En aviez-vous déjà entendu parler avant ?**

P : Non.

**C : C'est un espace pour se sentir bien, se recentrer sur soi-même, éviter la colère ou autre, vous l'imaginerez comment ?**

P : je ne sais pas.

**C : Vous auriez besoin de quoi pour vous sentir bien dans un cocon ?**

P : Un peu de calme, être tranquille.

**C : Dans le noir, avec de la lumière ?**

P : Avec un peu de lumière et un peu de musique

Annexe 18: Quatrième entretien patient  
Réalisé par S (cadre) avec M 50 ans 6mn 30, le 30 Mars

**S : Bonjour M, avez-vous été déjà mis en isolement en psychiatrie ?**

M : Oui, oui, ça m'est déjà arrivé

**S : Avez-vous des souvenirs de cette période ?**

M : oui, oui, oui, bah, j'étais dans un état assez agité à l'époque, dû à ma pathologie et donc, on m'a mis des contentions, je me suis même battu avec les infirmiers et la psychiatrie.

**S : Vous avait-on expliqué que vous alliez être en isolement et attaché ?**

M : non, pas vraiment.

**S : Comment avez-vous vécu cette période ?**

M : c'est dû à mon état.

**S : Comment avez-vous vécu cette période attachée en isolement ?**

M : c'est toujours très désagréable, après, bon, j'étais dans un état peut être second, c'était très violent.

**S : Vous êtes resté longtemps en isolement ?**

M : Non, quelques jours, ça s'est produit plusieurs fois.

**S : Vous l'avez vécu, mal, on va dire ?**

M : La première fois, non, parce que c'était sur un matelas par terre, il n'y avait pas de contention, la deuxième fois, j'étais assez agité, donc, on m'a mis des contentions, des appareils et je me suis battu, c'est pas un très bon souvenir, mais enfin, bon, c'était dû à mon état.

**S : En avez-vous reparlé avec un professionnel ?**

M : non, pas particulièrement, vaguement avec le psychiatre, sans plus quoi.

**S : Vous auriez souhaité en reparler après ?**

M : non, c'était dû à ma pathologie et à mes nombreuses hospitalisations de l'époque.

**S : Pensez-vous que cette mise en isolement aurait pu être évitée ?**

M : je ne sais pas, j'étais violent

**S : Notre projet est d'installer un espace d'apaisement, avec un projecteur, des paysages pour se détendre et de la musique, qu'en pensez-vous ?**

M : je n'ai pas d'avis particulier, à priori, c'est pas une mauvaise idée

**S : Qu'est-ce que ça vous amènerait ?**

M : j'en pense du bien.

**S : Que verriez-vous comme aménagement ?**

M : ça dépend de mon état en fait, si je suis un peu mieux, ça peut qu'apaiser.

**S : On pourrait mettre quoi dans cette pièce ?**

M : une bibliothèque

**S : Vous pensez que l'on pourrait l'utiliser quand cette pièce ?**

M : Après mon agitation plus tôt, après la crise.

**S : Accompagné d'un infirmier ou seul ?**

M : sans, pour se recentrer, être seul.

**S : On pourrait mettre quoi dans cette pièce ?**

M : des livres, la lumière, la musique, pourraient améliorer le psychisme, ça peut apaiser éventuellement, pas au moment de la crise.

**S : Vous aimeriez être tout seul dans cette pièce ou avec un autre patient ?**

M : plutôt seul ou avec deux patients, ça m'est égal.

**S : Qu'est ce qui manque dans une UHTP ?**

M : faire des jeux, participer à des activités.

**S : Merci**

Annexe 19: Cinquième entretien patient  
Réalisé par A (aide-soignant) avec P.

**A : Je vais vous poser des questions concernant votre période d'isolement**

Cela fait plus de 30 ans que je suis au CATT

**A : Vous avez été hospitalisé combien de fois ?**

P : à 3 reprises

**A : Comment avez-vous ressenti cette période ?**

P : Au départ mes parents m'ont emmené en psychiatrie, je ne comprends pas pourquoi, dernière hospitalisation en MARS 2023 je me sentais bien en hospitalisation, je n'en ai jamais parlé à personne.

**A : Comment l'isolement aurait pu être évité ?**

P : Que j'avoue tout d'emblée

**A : Il y a un projet d'espace d'apaisement, le patient s'énerve, pensez-vous que ça peut être utile ?**

P : Je ne me sens pas énervé, mais ça peut être utile pour quelqu'un qui est angoissé, trouver ses repères, ça peut être intéressant, j'entends parler de ça pour la première fois pour moi !

**A : Décrivez-moi cet espace pour vous.**

P : Je verrai par exemple des murs blancs, pour l'apaisement un peu de lumière, de clarté, pas de musique, un peu d'odeurs sympathiques, d'encens.

## Annexe 20: Entretien cadre de santé

Entretien cadre de santé le 27/03 13 mn, réalisé par S, cadre, 20mn

### **S : Quel est votre vision sur les mises en isolement en tant que cadre de santé ?**

L : Dans ma pratique, pour moi c'est vraiment la dernière alternative qu'on utilise pour permettre que le patient soit en sécurité et pour lui et pour les autres, mais elle est sous prescription et vraiment être utilisée de façon exceptionnelle dans une situation de crise, on essaye au maximum de l'éviter dans le service en tout cas.

### **S : Y a-t-il beaucoup de mises en isolement dans le service ?**

L : Depuis mon arrivée en décembre 2023, j'ai assisté à 2 mises en isolement pour agitation, ce n'est pas la politique du service.

### **S : Quel est le profil des patients mis en isolement ?**

L : C'est par rapport à des pathologies, des psychotiques qui sont en rupture de traitement depuis assez longtemps et qui présentent une certaine résistance à l'ensemble des neuroleptiques qu'on leur donne et du coup on ne trouve pas d'autres alternatives pour pouvoir apaiser leur agitation et pour que l'équipe soignante et ainsi que les patients soient en sécurité.

### **S : Quels sont les ressentis des patients mis en isolement ?**

L : Sur le moment ils le vivent plutôt comme une punition par rapport à leur comportement, le patient est assez agité lors des mises en isolement, il peut avoir des symptômes liés à sa pathologie, qui sont de l'ordre de l'interprétation, du délire du coup on essaye de faire en sorte que ça se passe en sécurité pour tout le monde, pour l'équipe, on fait appel à des renforts sur le moment le patient ne vit pas très bien, en revanche après avoir eu une période d'isolement, j'ai eu des entretiens avec un patient qui finalement a reconnu que ça avait été nécessaire pour lui, parce qu'il sentait que c'était en désordre dans sa tête et ça lui avait permis de reposer tout ça.

### **S : A posteriori pensez-vous que ces mises en isolement auraient pu être évitées ou différées ?**

L : Pour éviter il aurait peut-être fallu avoir essayé d'autres traitements, dans les cas auxquels je pense, on n'avait pas d'autres espaces pour pouvoir positionner le patient, pas d'autres alternatives, pas de choix.

### **S : Quelles sont les circonstances qui ont favorisé l'isolement ?**

L : Patient résistant aux traitements neuroleptiques, recrudescence d'éléments délirants, d'agitation, il menaçait l'équipe, il menaçait les patients physiquement.

### **S : De la violence pour lui et les autres et pas d'autres alternatives ?**

L : Non pour la mise en sécurité de tout le monde, il manquait un espace alternatif à l'isolement.

### **S : Connaissez-vous les espaces d'apaisement en psychiatrie ?**

L : Oui, j'ai travaillé dans une unité de réhabilitation psychosociale qui utilisait une chambre d'apaisement pour les patients en crise un peu à l'écart.

**S : Comment elle était conçue ?**

L : il y avait des poufs des matelas des balles sensorielles elle était pas bien équipée techniquement, dans des anciens bâtiments, on utilisait un transistor.

**S : Quels effets de cette chambre sur les patients avez-vous rencontré ?**

L : Un soignant se déplaçait pour accompagner le patient, On avait noté que le patient profitait de ce moment pour redescendre, des effets sur l'état d'agitation. Les soignant restait, dans le protocole, le patient n'y allait pas seul. C'était une indication du médecin.

**S : Pour quels patients ?**

L : Avec des troubles autistiques, de cet ordre-là, le côté sensoriel agissait beaucoup.

**S : Cet espace pourrait-il être utile ici ?**

L : Ça pourrait être utilisé au préalable d'une mise en place en chambre d'isolement, pour proposer des solutions pour des patients qui se sentent, soit dans un état d'agitation, eux-mêmes qui transmettent à l'équipe ne pas se sentir bien, angoissés.

**S : Selon vous avec ou sans soignant ?**

L : Je pense que, tout dépend de l'état clinique du patient, si le patient c'est à sa demande, s'il veut l'utiliser pour une mise en recul, je pense que ça pourrait être utilisé de façon autonome par les patients. L'autre cas de figure, c'est l'équipe qui suggère une mise en place de cette chambre, le voyant agité et s'il y a de la résistance de la part du patient on peut proposer un accompagnement dans un premier temps soignant et quand les choses sont apaisées, qu'il puisse y avoir recours de façon autonome.

**S : Qu'est-ce qu'on pourrait mettre dans cet espace ?**

L : Un fauteuil confortable, un environnement pas l'obscurité totale, mais quelque chose au niveau de la lumière, plutôt tamisée, avec les technologies, on peut utiliser des lumières propices à l'apaisement et également des musiques et des images.

**S : Comment on pourrait recueillir la satisfaction du patient ?**

L : Impliquer l'équipe pour faire un questionnaire de satisfaction, un entretien avec le patient pour recueillir leurs avis et avoir un retour des patients s'il y a des choses à améliorer.

**S : pourrait-on laisser ouvert la nuit cet espace ?**

L : La nuit, plutôt dans la soirée pour un patient qui a du mal à s'endormir, le temps de sommeil doit être respecté dans une chambre, la chambre d'apaisement n'est pas propice ça, il faut faire la différence entre le sommeil et la chambre d'apaisement.

Entretien psychiatre le 28/03 réalisé par L cadre

Annexe 21: Entretien psychiatre

Réalisé par L cadre ,20mn

**L : Y a-t-il beaucoup de mesures d'isolement dans le service ?**

B : Il y a eu l'année dernière entre 160 et 180 mesures d'isolement dans le service.

**L : Ces mesures d'isolement auraient pu être évitées et comment selon vous ?**

B : il y a deux façons de répondre, il y a l'initiation de la mesure qui aurait pu certainement être évitée puisque dans un certain nombre de cas, c'est difficile à préciser, on a quand même des informations de l'équipe para médicale qui rapporte que telle ou telle personne commence à présenter des troubles du comportement et donc il aurait pu être fait quelque chose en aval en avant de faire une mesure d'isolement ,quelle type de mesure, c'est quelque chose de spécifique, soit de répondre aux demandes si c'est possible d'y répondre, soit en effet quelque chose autour de la descente ou de l'isolement sous une autre forme, d'apaisement et puis sur la poursuite de mesures déjà existantes ou l'initiation a déjà été faite on voit bien qu'on pourrait certainement réduire le temps de la mesure si on pouvait offrir quelque chose d'autre dans le service ,notamment d'accompagnements para médicaux ou autres ;

**L : Pensez-vous que l'isolement et la contention soient des méthodes thérapeutiques ?**

B : Je crois que maintenant, l'isolement n'est plus considéré comme une méthode thérapeutique, mais comme une nécessité devant les troubles du comportement ou devant une surveillance nécessaire très accrue.

**L : Les troubles du comportement, ça peut être ?**

B : De l'agressivité, auto hétéro agressif ou une agitation extrême sans que forcément ça soit dirigé vers quelqu'un, mais quelqu'un qui se dénuderait ou qui ferait des choses vraiment extrêmement étranges, dégradantes pour elle-même, ça pourrait nécessiter une mesure d'isolement.

**L : Avez-vous connaissance des chambres d'apaisement et en avez-vous rencontré lors de votre pratique ?**

B : j'ai connaissance des chambres d'apaisement, je n'ai jamais travaillé dans un service avec des chambres d'apaisement.

**L : Pensez-vous que ça soit nécessaire ou applicable dans le service.**

B : sans avoir connaissance de toutes les données scientifiques actuelles concernant les chambres d'apaisement il semblerait que dans les services où il y en a, il y a un réel impact sur l'isolement, mais c'est que des témoignages et, oui, vu que l'on est dans un service où il y a plus de deux tiers des patients qui sont en soin sans consentement, c'est vrai que pouvoir offrir des alternatives à l'isolement ça serait forcément un plus

**L : pour quel profil de patients, on imaginerait, le recours à ces salles d'apaisement ?**

B : pouvoir prévenir des moments d'agitation, d'agressivité, pouvoir essayer de contenir pour que l'agressivité et l'agitation soient tolérables sans avoir besoin d'une mesure d'isolement, dans un cadre de prévention, sur des patients pas complètement très agressifs, ça serait une première possibilité, mais ça pourrait être utile pour d'autres patients qui certainement auraient pas été en isolement mais nécessiteraient quand

même, ou auraient un bénéfice de pouvoir être dans des chambres d'apaisement ,des patients qui passent leur temps à parler aux infirmiers en posant mille et une questions, en faisant des demandes très répétées, qui est usant pour le personnel soignant, ça aussi ça peut être , sans que ce soient des profils qui aient besoin d'un isolement ,ça reste des troubles du comportement plus modérés mais ç donnerait un vrai bénéfice pour les équipes soignantes et puis pour le patient lui-même d'avoir des chambres d'apaisement.

**L : comment concevez-vous une chambre d'apaisement ?**

B : bien préparer la chose, en effet visiter d'autres endroits où il y a des chambres d'apaisement, faire appel à des sociétés qui en ont déjà fait et dans le service, un endroit qui ne soit plutôt pas trop loin du poste de soin, bien identifié, le lieu compte aussi, il faut pas que ça soit un recoin au fin fond du service.

**L : Il faut un soignant ou pas qui accompagne le patient dans ces chambres d'apaisement ?**

B :je crois que le principe, c'est non, il faut que ça soit présenté au début, mais le patient reste seul. Pour des gens très particuliers, retards mentaux, troubles autistiques, de l'apprentissage sévères qui auraient besoin d'aide pour s'en servir, dont on verrait l'efficacité, là oui il faudrait quelqu'un, mais sinon à priori, non.

**L : Merci**



## Étude pilote

### **Salle sensorielle wavecare dans le domaine psychiatrique, région du sud du Danemark, département de psychiatrie Odense University Hospital**

Données probantes sur l'utilisation et les effets d'une salle sensorielle Wavecare recueillies lors d'entrevues avec des professionnels de la santé en psychiatrie (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmières et assistants sociaux et de soins de santé).

Ida Borch, Orator, Copenhagen, 2018  
English Translation, Laura LaCava, 2021  
French Translation, Jean-Luc Marcelin, 2021

## Contexte de l'étude

Wavecare fournit des solutions thérapeutiques sensorielles pour une utilisation dans le secteur psychiatrique. Le produit se compose d'une combinaison d'éclairage, de son et de films en milieu naturel.

Aujourd'hui, des solutions Wavecare sont disponibles dans 26 hôpitaux et 11 établissements, dont plus de 80 salles sensorielles pour les soins psychiatriques au Danemark. Dans le département psychiatrique de l'hôpital d'Odense, des salles sensorielles Wavecare ont été installées dans six salles en décembre 2016.

L'étude a été menée à titre d'analyse de réception et se compose de données provenant de 8 testeurs issus de 4 groupes professionnels. Les entretiens ont été menés en juin 2018 et résumés pour une évaluation en octobre 2018.

Fonction	Groupe de patients
Infirmière	Patients souffrant de dépression ou de troubles bipolaires.
Infirmière	Schizophrénie et autres maladies psychotiques. Patients souffrant de troubles de l'alimentation.
Infirmière	Patients atteints de troubles de la personnalité et patients ayant un problème de toxicomanie.
Ergothérapeute	Patients atteints de troubles de la personnalité et patients ayant un problème de toxicomanie
Ergothérapeute	Patients souffrant de dépression ou de troubles bipolaires.
Ergothérapeute	Patients souffrant de dépression ou de troubles bipolaires. Patients souffrant de troubles de l'alimentation.
Kinésithérapeute	Schizophrénie et autres maladies psychotiques.
Assistant social et de santé	Patients souffrant de dépression ou de troubles bipolaires.

Cette étude a été financée par le Centre d'affaires de l'Union européenne et de la région de la capitale/Danemark.

## Principales conclusions

Le personnel est très positif par rapport à la réception de la salle sensorielle comme « un nouvel outil dans la panoplie d'outils ». Elle devient de plus en plus une partie des traitements des patients et de la vie quotidienne dans chaque salle, et est considérée comme une bonne alternative ou un supplément au traitement médical. Parmi les ergothérapeutes en particulier, il ne fait aucun doute que les salles sensorielles d'aujourd'hui, et dans une mesure encore plus grande à l'avenir, contribueront à l'objectif national de réduction de la coercition.

Il y a déjà une attente et une impression que les salles sensorielles au fil du temps seront en mesure de contribuer à la réduction de l'utilisation des médicaments à mesure qu'un plus grand nombre de membres du personnel comprendront l'utilisation de l'espace et travailleront inter disciplinairement.

Les salles sensorielles ont plusieurs fonctions :

En partie, comme un aspect systématique du traitement où le patient, sur la base d'un examen de son profil sensoriel, est formé pour être en mesure de gérer les entrées sensorielles qui autrement pourraient créer des problèmes pour lui-même.

En partie, comme un endroit que le patient lui-même recherche comme une alternative à, par exemple, être dans sa propre chambre.

Et en partie, par mesure préventive lorsque le patient a besoin d'être calmé afin d'éviter une escalade de la situation. Dans ces cas, il est constaté que les stimuli sensoriels ont le meilleur effet sur les patients qui ne sont pas plus élevés que max. 3 sur l'échelle BVC ou 5 sur une échelle de 10 points entre neutre et fortement agité.

The acute ward primarily uses the sensory rooms to calm patients. One staff member (occupational therapist) has had luck with getting 'very psychotic' patients, who are beyond conventional therapeutic reach, to engage in dialogue in a sensory room.

---

Le service critique utilise principalement les salles sensorielles pour calmer les patients. Un membre du personnel (ergothérapeute) a eu la chance d'amener des patients « très psychotiques », qui sont hors de portée thérapeutique conventionnelle, à dialoguer dans une salle sensorielle.

Les expériences avec la salle sensorielle peuvent différer dans les services fermés ou ouverts, mais de bonnes expériences avec des patients ont été

rapportées dans les deux cas. Cependant, les chambres ont surtout été utilisées dans les service ouverts.

Combien de fois les salles sensorielles ont été utilisées et de quelle manière semble dépendre de l'endroit où la chambre est physiquement située dans le service. Plus la salle est « au milieu de tout » ou centralement située, plus l'espace est naturellement et spontanément utilisé.

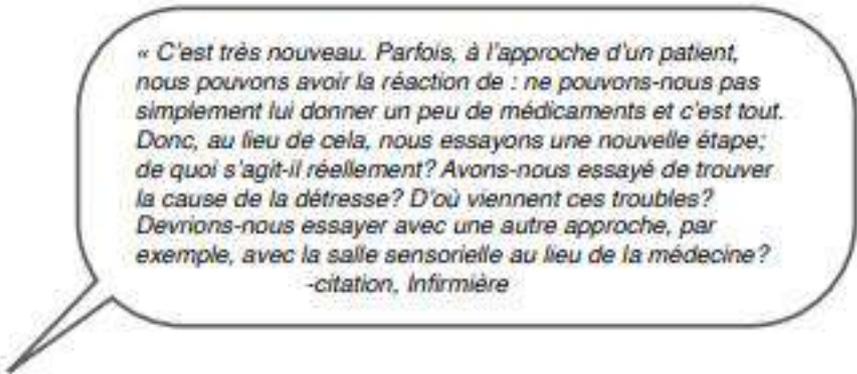
Les chambres sont utilisées tout au long de la journée, et il est raisonnable d'imaginer que l'utilisation de jour correspond au fait que les thérapeutes travaillent de jour. L'utilisation du soir et de la nuit semble être différente d'un service à l'autre. Les données suggèrent que cela dépend également du personnel présent : à quel point ils sont à l'aise avec la pièce, l'éclairage, le projecteur, etc. Dans certains services, la chambre est fermée la nuit. D'autres services l'ont ouvert 24 heures sur 24 et les patients entrent et sortent pendant la soirée et la nuit pour se calmer et dormir dans les chambres, ou tout simplement pour se détendre, s'endormir, se réveiller et ensuite aller dans leurs propres chambres pour continuer à dormir.

La solution sensorielle de Wavecare avec des images vives, le son et l'éclairage est considérée comme une partie si précieuse de l'intégration sensorielle des patients qu'ils souhaiteraient pouvoir le prendre à la maison après la sortie ainsi que la couverture à balle PROTAC et d'autres équipements.

## Expérience du personnel avec la stimulation sensorielle et la salle sensorielle

Avec l'accent accru mis sur la réduction de la coercition et l'utilisation de médicaments dans le traitement psychiatrique, l'intérêt pour les salles sensorielles a également augmenté.

Il y a une prise de conscience accrue de l'utilisation des stimuli sensoriels comme outil interdisciplinaire.



*« C'est très nouveau. Parfois, à l'approche d'un patient, nous pouvons avoir la réaction de : ne pouvons-nous pas simplement lui donner un peu de médicaments et c'est tout. Donc, au lieu de cela, nous essayons une nouvelle étape; de quoi s'agit-il réellement? Avons-nous essayé de trouver la cause de la détresse? D'où viennent ces troubles? Devrions-nous essayer avec une autre approche, par exemple, avec la salle sensorielle au lieu de la médecine? »*

*-citation, infirmière*

Le travail avec des stimuli sensoriels donne aux patients des stratégies d'adaptation pour faire face à des situations où d'autres stimuli déclenchent le stress, l'angoisse, l'agitation, etc. Les stratégies peuvent permettre au patient de mieux s'engager dans des conversations, de recevoir un traitement, de mieux gérer une situation avec les autres et d'aider leur vie quotidienne à mieux fonctionner.

La salle sensorielle est devenue une partie intégrante du traitement et du quotidien. Aujourd'hui, l'exercice et la salle sensorielle sont à parts égales dans le plan de soins des patients.

Les entretiens suggèrent que les salles sensorielles ont permis au personnel d'engager plus facilement le dialogue avec les patients. Il est mentionné que le personnel va avec les patients dans les salles sensorielles, où ils sont alors en mesure de mener une conversation avec eux dans des situations où cela pourrait ne pas avoir été possible avant.

Personne ne peut mettre des chiffres concrets sur l'effet par rapport à la réduction de l'utilisation des médicaments, mais de nombreux membres du personnel « croient fermement » ou « ont un sentiment clair » que l'on se donne plus de temps avant d'avoir recours aux médicaments.

Il s'agit beaucoup d'adaptation individuelle et le personnel aide les patients à devenir à l'aise avec les salles sensorielles. Il faut généralement quelques jours avant que le patient soit familier avec l'espace, et l'équipe a travaillé ensemble pour comprendre ce qui fonctionne pour la personne. En ce qui concerne les patients très psychotiques ou les personnes gravement maniaques, c'est le personnel qui décide quels éléments sensoriels seront utilisés. « Donc, c'est aussi peu de stimuli que possible, mais les stimuli appropriés ».

## Résultats pour les patients

Voici des exemples de l'état d'esprit des patients et des situations dans lesquelles le personnel a utilisé la salle sensorielle et à quel effet. Ces exemples sont tirés uniquement d'entrevues avec le personnel. La terminologie est donc la terminologie des testeurs.

### Excitation

*« Nous l'utilisons également lorsque le patient est en colère ou psycho-agité pour calmer le patient. Donc, nous emmenons le patient dans la salle, et c'est comme si nous protégeons le patient du monde extérieur. De cette façon il est en mesure d'abaisser son excitation. Nous nous assurons donc qu'il y a le moins d'autres stimuli possibles, comme si, par exemple, le patient devait s'allonger dans son lit et regarder 4 murs. Citation: Ergothérapeute*

### Désescalade

*« Maintenant, je pense à des patients spécifiques avec qui nous l'avons utilisé et où il y a eu un effet positif et où dans le passé, nous avons eu des expériences très difficiles. Là nous avons constaté que cela fonctionne et que cela fait en sorte que la situation ne s'aggrave pas davantage. Je dirais donc très clairement que je peux indiquer un certain nombre de patients où cela a fonctionné, où vous pourriez dire qu'il y a eu un effet de désescalade.*

*Citation: Infirmière*

## Dépression

*« J'aime guider le patient vers des films qui seront les meilleurs par rapport à où il se trouve psychiquement. Si le patient est rapide ou maniaque, le film doit être calme, alors qu'un dépressif a besoin de quelque chose de plus stimulant.*

Citation: Infirmière

## Préparation aux discussions sur le traitement et aux visites familiales

*« Le patient apprend à utiliser la pièce avant d'aller, par exemple, parler au médecin pour être mieux en mesure d'y faire face par la suite. »*

Citation: Assistant social et de santé

*« Il y a un facteur de traitement dans la salle sensorielle. Nous avons un patient qui utilisait la salle sensorielle avant qu'il n'ait des visites ou d'aller à une activité parce qu'il se détendait et tempérerait mieux ses pensées, et cela l'aidait à se ressourcer pour la prochaine chose qu'il avait à faire.*

Citation: Ergothérapeute

## Manies

*« Souvent, cela aide avec les patients maniaques car il est typique pour eux d'être agité, en colère de manière forte et critique. Ce groupe de patients a bénéficié de l'utilisation de la salle.*

Citation: Ergothérapeute

## Présence et connexion

*« Ceux qui en bénéficient positivement peuvent profiter des images apaisantes des films et de la musique, et bloquer les pensées négatives tout en stimulant d'autres sens. Les patients deviennent plus présents. Ils sont plus accessibles et réceptifs. Cela fournit un meilleur contact. Vous pouvez mieux atteindre de nombreux patients de cette façon plutôt que, par exemple, avec des médicaments »*

Citation: Infirmière

## Paranoïa

*« Certains patients peuvent s'abstenir de prendre des médicaments après avoir été dans la salle sensorielle, en particulier les patients paranoïaques. C'est beau que cela puisse fonctionner comme une distraction de leurs illusions et hallucinations. (...) Il y en a peut-être 3 à 4 sur 10 qui peuvent éviter d'avoir à prendre des médicaments après avoir été dans la salle sensorielle.*

Citation: Infirmière

## Associations positives

*« J'entends beaucoup de patients dire que les films donnent de bonnes associations : « Je me souviens que c'était agréable d'être avec ma famille ici et là, il y avait une forêt et de l'eau. Je pense qu'il est bon de prendre les éléments qui sont généralement apaisants. Je pense vraiment que les films ont un effet. Ils peuvent les engager et les distraire. Je pense que les images ont clairement une signification pour eux. »*

*« Les films peuvent ramener des souvenirs d'enfance. Ce sont des bons films relaxants donc ce sont des mémoires positives qui viennent à l'esprit. Oui, il y a des choses positives et donc c'est bien pour eux quand tout le reste est un peu lamentable ». Ce sont les choses positives qui reviennent et de bons souvenirs.*

Citation: Infirmière

## Schizophrénie

*« Nous avons deux cadres de médecine physique, et ils ont un intérêt pour les salles sensorielles. Notre physicien en chef dans le département de schizophrénie l'utilise dans le cadre du traitement, si rien d'autre ne fonctionne. C'est pris au sérieux. Incontestablement. L'attention est également portée aux expériences avec les patients. Ensuite, cela est inclus dans le traitement et peut devenir une chose nécessaire par rapport à certains patients. Surtout si vous avez de la résistance à beaucoup de choses. C'est notre offre pour vous dans le cadre de la période de traitement !*

Citation: Infirmière

## Protection/isolement

*« Nous l'utilisons, par exemple, si nous ne voulons pas protéger/isoler les patients dans leur chambre. Ainsi, nous avons la possibilité de les protéger dans la salle sensorielle.*

Citation: Ergothérapeute

## Troubles de l'alimentation

*« C'est une autre façon de travailler et de penser quand d'autres choses ne fonctionnent pas tout à fait, par exemple les médicaments. C'est vraiment logique et c'est particulièrement efficace en ce qui concerne la réduction de la coercition. Nous l'utilisons beaucoup en ce qui concerne les troubles de l'alimentation. Cela offre une autre approche, d'une certaine façon, à la tourmente qu'ils traversent.*

Citation: Infirmière

*« Lorsque les patients arrivent, généralement ils sont physiquement agités, ont de réelles difficultés à rester assis, sont très en insuffisance pondérale, et ont du mal à dormir. Par conséquent, la salle sensorielle est l'une des premières choses que je leur montre.*

Citation: Ergothérapeute

## Hallucinations auditives

*« Lorsque Wavecare est en cours d'exécution sur l'écran, je suis souvent là, en tout cas, pour aider à le mettre en place. Il y a beaucoup de patients qui l'utilisent. Et il y en a beaucoup qui sont assis dans la chaise de massage, et donc le lit est utilisé principalement pour ceux qui ont des épisodes graves d'hallucination auditive ou ne peuvent pas dormir pendant la nuit et qui ont besoin d'être enveloppés dans des couvertures à balle PROTAC et d'entrer en contact avec eux-mêmes. Sinon, si l'anxiété est dans tout le corps, alors ils peuvent vouloir se coucher dans le lit et être enveloppés d'une couette à balles, tandis que l'écran est en cours d'exécution. Cela est très, très efficace. Ils se calment tout de suite. Je dirais qu'il est très rare que nous voyions des patients pour qui cela ne fonctionne pas, où nous pensons, « que devrions-nous faire maintenant ? ».*

Citation: Infirmière

## Protection/isolement

*« Nous l'utilisons, par exemple, si nous ne voulons pas protéger/isoler les patients dans leur chambre. Ainsi, nous avons la possibilité de les protéger dans la salle sensorielle.*

Citation: Ergothérapeute

## Troubles de l'alimentation

*« C'est une autre façon de travailler et de penser quand d'autres choses ne fonctionnent pas tout à fait, par exemple les médicaments. C'est vraiment logique et c'est particulièrement efficace en ce qui concerne la réduction de la coercition. Nous l'utilisons beaucoup en ce qui concerne les troubles de l'alimentation. Cela offre une autre approche, d'une certaine façon, à la tourmente qu'ils traversent.*

Citation: Infirmière

*« Lorsque les patients arrivent, généralement ils sont physiquement agités, ont de réelles difficultés à rester assis, sont très en insuffisance pondérale, et ont du mal à dormir. Par conséquent, la salle sensorielle est l'une des premières choses que je leur montre.*

Citation: Ergothérapeute

## Hallucinations auditives

*« Lorsque Wavecare est en cours d'exécution sur l'écran, je suis souvent là, en tout cas, pour aider à le mettre en place. Il y a beaucoup de patients qui l'utilisent. Et il y en a beaucoup qui sont assis dans la chaise de massage, et donc le lit est utilisé principalement pour ceux qui ont des épisodes graves d'hallucination auditive ou ne peuvent pas dormir pendant la nuit et qui ont besoin d'être enveloppés dans des couvertures à balle PROTAC et d'entrer en contact avec eux-mêmes. Sinon, si l'anxiété est dans tout le corps, alors ils peuvent vouloir se coucher dans le lit et être enveloppés d'une couette à balles, tandis que l'écran est en cours d'exécution. Cela est très, très efficace. Ils se calment tout de suite. Je dirais qu'il est très rare que nous voyions des patients pour qui cela ne fonctionne pas, où nous pensons, « que devrions-nous faire maintenant ? ».*

Citation: Infirmière

## Recommandation : Plus de recherche dans le domaine

Les salles sensorielles offrent de nouvelles et meilleures opportunités pour les soins et le traitement des patients psychiatriques. Les testeurs de l'étude sont très satisfaits que l'intégration sensorielle soit maintenant à l'ordre du jour et que des salles sensorielles se trouvent aujourd'hui dans les services.

Cette étude pilote ne fournit pas de preuve scientifique que les salles sensorielles préviennent la coercition ou réduisent l'utilisation de médicaments, mais les testeurs ne doutent pas que c'est le cas. L'intégration sensorielle a obtenu un avis médical positif mais, comme l'a exprimé un testeur, il y a « encore un petit quelque chose de suspicion à ce sujet » dans les cliniques.

**Parallèlement à la préparation de ce rapport, le Conseil National de la Santé a publié une évaluation des expériences menées dans des services sans contention (ceinture) en psychiatrie. Ici, il a été montré que le nombre d'épisodes de retenue a diminué de manière significative précisément dans les hôpitaux qui sont équipés de salles sensorielles Wavecare, parmi d'autres équipements.**

Avec le plan d'action global du gouvernement pour la psychiatrie jusqu'en 2025, l'accent est mis sur le désir de plus de recherche et d'innovation dans le domaine qui peut garantir l'introduction de nouvelles méthodes fondées sur des données probantes, par exemple sous la forme de nouvelles méthodes de traitement technologique.

Si l'intégration sensorielle fonctionne aussi bien que cette étude le suggère et a un tel effet positif sur les patients psychiatriques, alors il mérite d'être plus utilisé sur des preuves que sur l'expérience, l'intuition ou les sentiments que ce soit à l'hôpital universitaire d'Odense, dans la région du sud du Danemark comme à travers tout le pays.

**ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE 86DE VILLE EVRARD**  
**202 AVENUE JEAN- JAURES – 93332 NEUILLY sur MARNE CEDEX**  
 Tel. : 01 43 09 30 30 > Fax. : 01 43 09 33 91

**ORDRE DE MISSION**

À établir 5 jours avant la mission si le déplacement est supérieur à 48H ou hors de la région Ile de France

PÔLE <input type="checkbox"/>	HORS SECTEUR <input checked="" type="checkbox"/>	PARTICIPATION DE L'ADMINISTRATION AUX FRAIS EXPOSES <input checked="" type="checkbox"/>
SANS FRAIS <input type="checkbox"/>	FRAIS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSOCIATION <input type="checkbox"/>	NEANT <input type="checkbox"/>
AVEC FRAIS <input checked="" type="checkbox"/>	AVANCÉS PAR L'ASSOCIATION <input type="checkbox"/>	FORFAITAIRE <input type="checkbox"/>

PÔLE	UNITE	RÉSIDENCE ADMINISTRATIVE DE L'AGENT
Conducteur et accompagnateur -S. BELOT MULARD -L. EPZTEIN -JC. AMATO	- Cadre de Santé - Cadre de Santé - Cadre Supérieur de Santé	EPS de Ville EVRARD 202 avenue Jean JAURES 93330 Neuilly sur marne

**OBJET DE LA MISSION :** Visite des espaces d'apaisement sensoriels Hôpital Le Vinatier de Lyon

ACCOMPAGNÉ D'UN PROJET OU D'UN RAPPORT OUI  NON

Nom du (des) patient(s)-placement(s) : \_\_\_\_\_

Destinations : ... Centre Hospitalier le Vinatier 39-95 Boulevard Pinel 69670 BRON

Départ prévu le 18/04/2024. Heure : 8h. Retour prévu le 18/04/2024. Heure : 20h

**MOYEN DE TRANSPORT :**

Transport en commun <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SNCF + TAXI
Véhicule administratif <input type="checkbox"/>	immatriculation :	
Véhicule de secteur <input type="checkbox"/>	kilométrage parcouru :	
Véhicule des transports <input type="checkbox"/>		

VISA DU CADRE DE SANTE	NEUILLY sur MARNE, LE : 09/04/2024	CADRE RESERVE AU VISA FAIRE APPoser AU LIEU DE DESTINATION	Retour Service Financier Accompagne De L'état De Frais Si Prise En Charge Administrative.
VISA DU CADRE SUPERIEUR M. AMATO	LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DES SOINS Jean Jaurès 202 AVENUE JEAN JAURES 93332 NEUILLY SUR MARNE cedex direction@epsve.fr		Vu pour exécution de la mission terminée le : À _____ Heures _____ Neuilly/marne le :

Centre Hospitalier Le Vinatier  
 95 bd Pinel - BP 30 039  
 69678 BR ON Cedex  
 Tel. 04 37 91 53 50  
 Fax 04 37 91 53 02

**La mise en place d'un espace d'apaisement en Unité temps plein de psychiatrie « Fermeture des chambres sécurisées ».**

**Sandrine BELLOT-MULARD**

**MOTS CLÉS** : isolement, alternative, Changement de pratiques, apaisement

**KEY WORDS**: seclusion, alternatives, changing care practices, calming space.

Le sujet de mon mémoire est : "La création d'un espace d'apaisement en psychiatrie." Grâce à mon expérience de cadre de santé, j'ai acquis la conviction que les pratiques de soins devaient évoluer et qu'il était impératif de réfléchir à des alternatives à l'isolement. En effet, le recours à l'isolement en psychiatrie est aujourd'hui contesté par de nombreuses associations de patients qui y voient une atteinte à la liberté. Certains pays ont même supprimé cette pratique. En psychiatrie, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place d'espaces d'apaisement. Certains psychiatres commencent à réfléchir à la réduction de l'isolement. Le contexte montre que jusqu'à présent, lorsque le patient est dans un état d'agitation et ne respecte plus les limites, il n'y a qu'une solution : l'isolement ; aucune autre option n'est envisagée au préalable. De plus, les soignants interrogent rarement les patients sur leur expérience de l'isolement qui est souvent vécue très difficilement. Mon établissement réfléchit sur la création de ces espaces. Donc, en tant que cadre supérieur de santé, mon objectif est d'accompagner les équipes dans l'adoption de nouvelles pratiques de soins. J'ai utilisé une méthodologie basée sur des entretiens semi-directifs avec des patients et des soignants, dont l'analyse a révélé que l'isolement est encore perçu comme un soin par les professionnels de santé. Cependant, les patients et les soignants estiment qu'une autre option semble être une solution nécessaire. J'ai réalisé un benchmarking en comparant les pratiques avec celles d'autres établissements, l'hôpital "Paul Guiraud" à Villejuif et l'hôpital "le Vinatier" à Lyon. Je me suis appuyée sur des concepts de management, et surtout, j'ai réfléchi à mon positionnement de leader. J'ai découvert des équipes utilisant des technologies innovantes, comme vous le verrez. Des actions concrètes sont menées en amont, soutenus par le projet médical et le projet de réhabilitation psychosociale de l'établissement. Est-ce l'avenir ? Dans ce cas, comment sensibiliser mon établissement à la nécessité de changer ses pratiques ? Grâce aux informations recueillies, je pense avoir trouvé les bons arguments pour encourager la création de cet espace, En effet, leur efficacité a été prouvée et ces espaces sont donc des nouveaux outils de médiation devenus indispensables pour les soignants.

The subject of my dissertation is: "The creation of a calming space in psychiatry." Thanks to my experience as a health executive, I became convinced that care practices needed to evolve, and that it was imperative to think about alternatives to seclusion. Indeed, the use of seclusion in psychiatry is today contested by many patients' associations, who see it as an infringement of freedom. Some countries have even abolished this practice. In psychiatry, the healthcare system modernization law of January 26, 2016 provides for the introduction of calming spaces. Some psychiatrists are starting to think about reducing seclusion. The context shows that until now, when the patient is in a state of agitation and no longer respects limits, there is only one solution: seclusion; no other option is considered beforehand. What's more, carers rarely ask patients about their experience of seclusion, which is often very difficult. My establishment is considering the creation of such spaces. So, as a senior health executive, my aim is to support teams in adopting new care practices. I used a methodology based on semi-directive interviews with patients and carers, the analysis of which revealed that seclusion is still perceived as care by healthcare professionals. However, both patients and carers felt that another option seemed to be a necessary solution. I carried out a benchmarking exercise, comparing practices with those of other establishments, the "Paul Guiraud" hospital in Villejuif and the "le Vinatier" hospital in Lyon. I drew on management concepts, and above all, I reflected on my position as a leader. I discovered teams using innovative technologies, as you will see. Concrete actions are carried out upstream, supported by the establishment's medical and psychosocial rehabilitation projects. Is this the future? If so, how can I make my facility aware of the need to change its practices? Thanks to the information I've gathered, I think I've found the right arguments to encourage the creation of this space. Indeed, their effectiveness has been proven, and these spaces are therefore new mediation tools that have become indispensable for carers.