

Amélioration des pratiques cliniques comme réponse aux besoins et vécus des patients adultes en milieu psychiatrique aigu

Chambre de soins intensifs en psychiatrie

Aurélie Perritaz, Isabelle Gothuey

Centre de soins hospitaliers, Réseau Fribourgeois de Santé Mentale RFSM, Marsens, Suisse

Summary

Psychiatric intensive care unit: improved clinical practices adjusted to inpatient needs and experiences

The use of coercive measures, such as isolation rooms, for acute psychiatric illness is still common in Switzerland. Under the pressure of governmental quality control, a preliminary quantitative naturalistic study, approved by the ethics commission, made an inventory of coercive measures and captured the patients' experiences. On the basis of the quantitative and qualitative results, a working group was formed and led a quality approach aimed to reassess all the procedures for training and the treatment of patients in the intensive care room. In order to improve current practices and decrease the traumatic aspects of forced isolation, four management phases are proposed and developed in this article.

Key words: seclusion; psychiatry; coercion; mental health; clinical practice; defusing; crisis



Introduction

En Suisse, lorsqu'un patient est admis à l'hôpital psychiatrique, il est alors en phase aiguë de la maladie psychique. A ce stade un suivi ambulatoire n'est plus suffisant pour l'aider à surmonter ce moment [1]. Soumis à des événements stressants et/ou rendu vulnérable par la présence d'une maladie mentale sévère, la dangerosité peut être élevée, les comportements imprévisibles et erratiques. La conscience de la maladie (insight) est souvent altérée et bien qu'elle n'apparaisse pas toujours corrélée à l'intensité des symptômes, il devient alors parfois nécessaire d'isoler la personne, afin de diminuer son agitation et/ou son agressivité lors de situation de crise [2–4]. Rappelons enfin que l'état de crise n'est pas durable. Selon Caplan la crise se définit comme «un état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème» (1961, p. 18 cité par 3). S'ensuit alors une période de désorganisation, d'inconfort.

La littérature scientifique ne démontre pas l'efficacité de ces pratiques d'isolement, qui restent souvent déclinées localement. Il est, par exemple, mentionné que l'isolement augmente la durée d'hospitalisation [5]. Plusieurs auteurs relèvent aussi que le vécu de l'isolement affecte la confiance du patient envers l'équipe de soins [6,7]. L'isolement produirait des effets iatrogènes persistants de nature traumatique et affecterait la confiance du patient envers l'institution psychiatrique en général.

Les patients vivent l'isolement comme une expérience difficile, voire traumatisante, avec un impact émotionnel négatif persistant. Par exemple, ils peuvent verbaliser un sentiment d'atteinte importante à leur autonomie de fonctionnement, ils se sentent dévalorisés, humiliés, gardent un sentiment de punition, d'abandon et de peur. Ils se plaignent aussi d'un manque d'information, de se sentir sans repères, de ne plus pouvoir faire confiance aux personnes qui dispensent les soins [8]. Ils peinent par conséquent à adhérer aux soins qui leur sont dispensés. Il convient de souligner, que lorsque qu'une mesure de contrainte est décidée, à fortiori un isolement en chambre de soins intensifs, elle contrevient aux droits fondamentaux de l'individu. Dès lors, c'est également le paradigme de soins qui se modifie dans le sens d'un passage d'une dynamique partenariale entre soignés et soignants, à une position clinique qui vise à décider pour autrui, partant de l'idée que la personne n'est plus apte à décider pour elle-même [9, 10]. Cette attitude est invariablement vécue comme arbitraire et infantilissante par les patients, même si elle est décidée en équipe multidisciplinaire, tempérée, et introduite en rapport avec des indications médicales précises. Dans les suites de la mesure de contrainte, pour limiter ces aspects, les soignants doivent progressivement être à même d'inverser cette dynamique de travail régressive. Ainsi ils doivent identifier les moments de ruptures d'alliance thérapeutique et les reprendre en partenariat avec les patients, pour œuvrer à la reconstruire, et offrir des soins personnalisés, humains et optimisés. Pour y parvenir, l'équipe de soins doit aussi faire

montre d'une capacité réflexive, s'attacher à s'identifier aux perceptions et aux besoins des patients, rester attentive à une modification progressive de leur conscience de la maladie. L'équipe soignante doit aussi soupeser ses propres réticences et peurs. L'attitude soignante «paternaliste et infantiliste» doit céder le pas à un partage de pouvoir, le patient recouvrant progressivement la capacité à décider par lui-même des soins nécessaires à sa santé (insight). On peut ainsi parler d'un véritable processus de soins, le rôle des soignants, consistant ainsi progressivement à réduire le décalage entre les différentes perceptions (patients,

L'attitude soignante «paternaliste et infantiliste» doit céder le pas à un partage de pouvoir.

médecins, autres soignants, proches), à limiter le rapport d'autorité avec les patients et leur restituer leurs compétences décisionnelles en matière de traitement.

L'objectif de cet article tend à exposer une amélioration des pratiques pour répondre au mieux aux besoins et vécus des patients adultes hospitalisés. Ces situations sont grevées de moments d'agressivité importants, pouvant être compris comme une ultime tentative, de la part des patients, de communiquer leur souffrance psychique. Ainsi les équipes soignantes doivent-elles également se distancer de leur propre vécu de peur et d'incompréhension pour mieux entourer la personne atteinte dans sa santé mentale et limiter ainsi l'impact de la mesure de contrainte.

Méthodologie

L'établissement hospitalier psychiatrique du Réseau Fribourgeois de Santé Mentale est un lieu de soins psychiatriques aigus qui comporte 170 lits. Un groupe de travail s'est formé avec l'objectif d'y réformer le recours aux mesures coercitives dans le service de psychiatrie adulte.

La réflexion s'est axée prioritairement sur l'utilisation des chambres de soins intensifs (CSI) plus communément dénommées «chambres d'isolement» en psychiatrie. Au nombre de huit au total dans l'hôpital, et de deux par service, ces chambres de soins intensifs sont situées au sein des unités de soins, dans une partie à l'écart des autres patients du service.

Comme point de référence, une étude quantitative descriptive préalable avait mesuré le vécu des patients suite à une période de traitement en chambre d'isolement et son impact sur l'alliance thérapeutique [8]. L'échantillon de cette étude comptait 27 patients, re-

crutés selon un échantillonnage par convenance sur une période de six mois. Des questionnaires *Coercion Experience Scale et Working Alliance Inventory* avaient été distribués afin d'évaluer la perception des patients suite à leur vécu d'isolement et obtenir leur évaluation de l'alliance thérapeutique de travail [11, 12]. Les résultats de cette étude ont permis d'orienter les modifications de pratiques et ont été considérés tout au long de la réflexion du groupe de travail. Ce dernier était composé de trois infirmières et de trois médecins du terrain, utilisant régulièrement les CSI en milieu psychiatrique aigu. Leur objectif a été de réviser intégralement la procédure du traitement et d'accompagnement des patients. Cette révision s'est faite au cours de sept rencontres planifiées entre septembre 2015 et février 2016. En parallèle, des focus groupes ont été organisés, afin de décrire les pratiques actuelles (pour être au plus près de la réalité du terrain). Trois rencontres avec les équipes soignantes (composées de médecins et d'infirmières) ayant dans leurs unités des CSI, ont eu lieu avec comme objectifs i) investiguer les indications et les contre-indications, ii) répertorier les mesures alternatives, iii) identifier les facteurs augmentant le risque d'agressivité et les éléments à prendre en compte pour optimiser les stratégies de désescalade. Les données issues des focus groupes ont ensuite été confrontées aux pratiques fondées sur des preuves concernant l'utilisation des CSI. Pour y parvenir, une revue de littérature effectuée préalablement, a fait l'inventaire et l'analyse critique des publications traitant de cette thématique. Au total, 34 études sont recensées suite à l'utilisation de plusieurs stratégies de recherches menées dans la banque de donnée PubMed/MEDLINE et CINALHA par BSCOhost. Les recherches ont été faites grâce à l'association de termes-MeSH: «coercion», «mental health», «psychiatry», et «perception» et les mots libre tels que: «seclusion», «therapeutic relationship», therapeutic alliance» et «nursing».

Résultats

Quatre étapes sont identifiées lors du traitement et de l'accompagnement des patients en CSI: la phase d'indication, l'admission en CSI, le séjour en CSI et la fin du traitement en CSI. La définition des aspects soignants et médicaux à prendre en compte, les actions à mener, auprès du patient, de ses proches, des équipes soignantes ont été redéfinis à chaque étape. Chacune d'entre elles a été élaborée en fonction des données issues du groupe de travail, des focus groupes et de l'étude quantitative réalisée auprès des patients en lien avec leur vécu suite à un séjour en CSI [8].

Tableau 1: Stratégies cliniques.

- 1 Identifier précocement les signes d'agitations** (éviter un réflexe sécuritaire en optant pour une attitude préventive comme par exemple l'utilisation d'échelle de l'évaluation et le gestion du risque ou définir une approche structurée du jugement professionnel de l'état du patient par exemple comme suit: 1) comportement du patient, 2) leurs discours, 3) contenu de leurs pensées, 4) leurs humeur, leurs antécédents agressifs)
- 2 Développer la collégialité et la rigueur au sein des équipes de soins quant à la prise en charge des patients** (viser un environnement éthique)
- 3 Intensifier la présence infirmière pour introduire un élément de réassurance relationnel**
- 4 Proposer une réserve médicamenteuse** (per-os ou intramusculaire)
- 5 Mettre en place un programme personnalisé** (aider le patient à retrouver des repères dans la réalité et travailler sur une structuration du temps et de l'espace)
- 6 Proposer un accompagnement sur l'extérieur de l'unité** (diminuer le vécu d'enfermement et ne pas entrer dans une symétrie relationnelle)
- 7 Diminuer le nombre de patients par unité de soins,** (favoriser la disponibilité des infirmières aux soins directs; l'augmentation du ratio personnel-patient est significativement corrélée avec une diminution de l'isolement et de la contention (16))
- 8 Agir sur l'environnement** (diminuer les stimuli, offrir davantage d'espace au patient par le biais de chambre individuelle ou si l'architecture ne le permet pas proposer des temps d'isolement en chambre de soins intensifs)

La phase d'indication

Dans cette première étape, les résultats des focus groupes mettent en avant l'importance de renforcer les stratégies cliniques qui visent à assurer les principes d'intentionnalité et de proportionnalité. Il s'agissait aussi de sensibiliser les professionnels à dépister et prendre en compte les éléments potentialisant le risque d'agressivité et/ou d'agitation du patient. Les stratégies cliniques qui ont été sélectionnées, étaient réalisables sans aménagement architectural particulier. Ces dernières sont exposées dans le tableau 1. L'objectif général poursuivi par l'amélioration de pratiques lors de cette phase, vise à minimiser au maximum l'utilisation des CSI tout en renforçant le lien thérapeutique propice à permettre aux patients, en situation de crise psychique de se stabiliser. Il s'agit également de favoriser un état d'équilibre, l'acquisition de nouvelles stratégies et de capacités adaptatives [13–15].

De la revue de littérature effectuée sur le thème des traitements en chambre de soins intensifs, on peut relever trois catégories de facteurs potentialisant le risque d'agressivité et/ou d'agitation du patient pris en charge intra-muros: les facteurs environnementaux, les facteurs liés aux patients et ceux liés aux soignants.

Pour lénifier le facteur environnemental, un changement de culture institutionnelle a dû être amorcé [17]. En première intention, l'institution a décrété que l'hôpital psychiatrique était un lieu ouvert, avec une ouverture systématique des unités de soins. Afin d'inscrire tous les collaborateurs dans cette démarche, chaque unité de soins doit comptabiliser, les jours de fermeture de leurs portes et en expliciter les raisons quotidiennement (nombre de patients et les causes objectives nécessitant la fermeture de l'unité). Ces données constituent un indicateur important permettant un certain contrôle de l'amélioration des pratiques contraignantes. Les données sont collectées chaque matin après le rapport de garde, comptabilisées par le service de gestion des patients, extérieur au processus, et transmises régulièrement en revue de direction.

En ce qui concerne les facteurs liés aux patients, ils sont essentiellement liés au vécu traumatique d'un éventuel précédent séjour en milieu psychiatrique, à l'éventuelle connaissance préalable de ses comportements agressifs en cas de décompensation et à sa capacité existante ou non d'entrer en lien thérapeutique malgré l'intensité de la maladie psychique aiguë. En ce qui concerne les facteurs liés aux soignants, la nécessité de développer une attitude «clinique» de référence en cas d'agitation ou de comportement agressif et viser une désescalade relationnelle, implique un accompagnement et une sensibilisation indispensable des professionnels. Pour y parvenir, un programme de formation a été mis en place ainsi que des rappels réguliers, tous deux sous la responsabilité d'une infirmière clinicienne spécialiste. Ce programme, offre une formation de quatre jours (cours de base), abordant un apport théorique sur la gestion de l'agressivité et de l'agitation, les techniques de communication (désescalade) et de désengagement. La méthode RADAR® avec l'intégration des techniques de la

La nécessité de développer une attitude «clinique» de référence et de viser une désescalade relationnelle, implique un accompagnement et une sensibilisation indispensable des professionnels.

méthode CFB® sont enseignées obligatoirement aux équipes infirmières et aux médecins [18]. De plus, des séances de rappel (*refresher*) sont planifiées chaque année, pour tous les infirmiers de chaque unité de soins. Durant cette formation, les professionnels sont invités à réfléchir sur leurs stratégies de gestion d'une agitation (attitude, positionnement, compétences à mettre en œuvre une dynamique relationnelle conte-

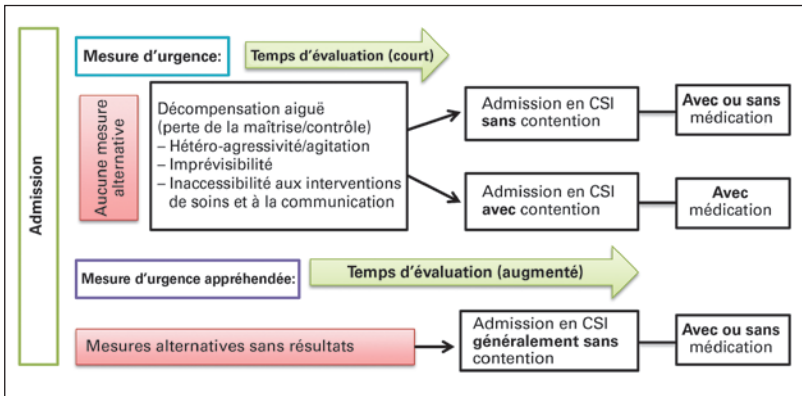


Figure 1: Schéma de la phase d'admission en CSI.

nante et à commencer un travail de collaboration, d'interaction ainsi que de réflexion sur le cadre de soins) [19]. Les réflexes entre la manière adéquate d'accueillir un patient en prenant en compte ses réactions mais, également, l'impact que l'environnement de soins opère sur ces dernières, sont entraînés. Les soignants sont finalement sensibilisés à conscientiser et adapter leur prise en charge en fonction de la provenance, du vécu, des émotions, des besoins et de la maladie du patient [20].

Actuellement le risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif ne fait pas l'objet d'une mesure objective à l'aide d'un instrument psychométrique, des réflexions sont en cours pour implémenter un tel outil, comme aide à la décision.

Si aucune des techniques ou mesures évoquées dans le tableau 1, ne permet de tranquilliser la personne agitée et agressive, l'indication à un traitement en chambre de soins intensifs est posée. Cette décision est prise de manière multidisciplinaire et documentée précisément. C'est donc une indication effectuée par défaut, sur la base des éléments cliniques observés et décrits ci-contre.

L'admission en CSI

Lorsqu'une admission en CSI est décidée, elle peut se justifier cliniquement pour deux raisons. La première vise à prendre une mesure «urgente», soit une intervention qui vise la maîtrise d'un comportement mettant en danger la sécurité du patient ou/et d'autrui. Elle intervient lorsque toutes les mesures précédemment évoquées (identification précoce des signes précurseurs d'agitation, programme personnalisé, action sur l'environnement, médications), n'ont pas permis de désamorcer la crise et qu'il y a un risque de blessures imminent. La deuxième raison vise à prendre une mesure d'urgence «appréhendée». L'intervention vise alors à aider le patient dans la maîtrise d'un

comportement mettant en danger sa sécurité ou celui d'autrui lorsque les mesures alternatives ne permettent plus de désamorcer la crise [9]. Cette mesure d'urgence appréhendée s'effectue plus souvent en collaboration avec le patient. La figure 1 schématise et précise l'admission en CSI.

Le médecin investigate l'état psychique du patient (irritabilité, perte de contact avec la réalité, absence d'alliance thérapeutique), sa dangerosité (risque élevé de passage à l'acte hétéro-agressif) et sa capacité de discernement (cognition, volition). Durant cette analyse effectuée en urgence, les notions de proportionnalité ainsi que celles de «soin de dernier recours» doivent également faire partie intégrante de la réflexion. Par conséquent, les patients admis en CSI sont ceux qui présentent une maladie psychique aiguë, associée à un comportement problématique, tel de l'hétéro-agressivité, d'une agitation ingérable, de désinhibition et/ou des troubles majeurs du comportement. En cas de dangerosité aiguë, les soignants mobilisent leurs connaissances sur la gestion de l'agressivité et/ou font appel aux renforts nécessaires (collaborateurs d'une autre équipe de soins, agents de sécurité et si nécessaire, la police).

L'évaluation de l'état psychique est effectuée par le médecin-psychiatre traitant et l'infirmier référent du patient. Cette évaluation est ensuite discutée en équipe pluridisciplinaire ainsi qu'avec le médecin-cadre de l'unité de soin. La décision d'une admission en chambre de soins intensifs est une décision collective, formellement validée par le médecin-cadre.

Le séjour en CSI

Durant le séjour en CSI, de nombreux patients verbalisent manquer d'informations concernant leur situation, leurs traitements, leur plan de soins et les motifs de la mise en place d'une période de traitement en CSI. Par conséquent, le temps devient plus flou, insécure et latent. En vue de répondre à ces besoins d'information et de repères temporels, de même que pour faire participer davantage le patient à sa prise en charge, un plan de traitement et de soins est fourni par écrit dans les premières heures qui suivent l'introduction de la mesure, ceci indépendamment du niveau de collaboration possible. Tenant compte de l'évolution de l'état psychique du patient, le plan de soins et de traitement est adapté chaque jour, en fonction des observations et entretiens journaliers effectués par le médecin-psychiatre et l'infirmier référent. Le plan de traitement peut ainsi progressivement être investi comme un support au dialogue et au partage des repères temporels, des actes de soins, du traitement, des moments de sortie.

Sévérité	4	Comportement problématique grave à très grave
	3	Comportement problématique modérément grave
	2	Comportement problématique léger mais net
	1	Comportement problématique mineur ne requérant pas d'intervention
	0	pas de Comportement problématique durant la période évaluée
	9	Comportement problématique non-évaluable; causes: sédation, dort,...

Figure 2: Cotation du comportement problématique justifiant la mise en place de la CSI.

Le plan de soins vise à offrir une meilleure transparence sur le déroulement de la journée du patient durant sa période en CSI. Il comporte donc des plages horaires modulables afin de personnaliser les soins à dispenser au patient. Il contient la planification des soins d'hygiène, le temps des repas, les temps de repos et les rencontres thérapeutiques médicales et infirmières. La mesure est évaluée au minimum une fois par jour par le médecin chef de clinique. Pour permettre la consommation de tabac durant le traitement en CSI, mais également en vue de limiter les inégalités entre les patients fumeurs et non-fumeurs, l'accès à cinq espace-temps de 15 minutes en dehors de la CSI, soit dans un salon privatif, est planifié pour tous.

Le plan de traitement renseigne les patients sur: 1) les professionnels de référence (médicaux et infirmiers), 2) les mesures alternatives à la CSI qui ont échoué, 3) le motif de la mesure (l'état psychique et le comportement problématique), 4) ce qui est attendu en terme de résultat de la mesure 5) la médication instaurée durant la crise ainsi que la médication journalière. Le dernier protocole de prise en charge des patients en CSI concernant l'interdiction totale d'objets en chambre a laissé place à une réflexion menée au cas par cas. Par conséquent, le matériel autorisé en CSI est listé dans le plan de traitement ainsi que son justificatif.

Tableau 2: Objectifs des prestations de thérapies spécialisées pour les patients en CSI.

Soutenir les fonctions contenante et de pare-excitation par l'intermédiaire de la méditation de manière à favoriser un apaisement émotionnel et une réduction de l'agitation
Soutenir la structuration spatio-temporelle
Solliciter les ressources du patient de manière modulée et adaptée à sa situation en évitant les attitudes potentiellement invasives
Réduire le sentiment d'isolation
Favoriser ou maintenir l'alliance thérapeutique
Renforcer la présence soutenante auprès du patient durant son traitement en CSI

L'intégration des proches et leur information sont prévues dans ce processus de traitement et d'accompagnement des patients, sauf si ces derniers s'y opposent. Des visites en CSI peuvent être autorisées en cas par cas. À cet effet les proches sont informés formellement de la mesure prise, rencontrés et préparés par le référent et le médecin-psychiatre à une éventuelle visite en CSI. De plus, les renseignements fournis aux proches impliqués dans la vie et la santé de la personne hospitalisée renforcent l'alliance et introduisent une réelle collaboration entre équipe hospitalière et proches, durant l'épisode aigu de la maladie. De ce point de vue, et peut-être étonnamment, les proches, ne sont généralement pas opposés aux mesures d'isolement.

L'évaluation régulière du comportement problématique, (qui a justifié l'introduction de la mesure) est réalisée aux 15 minutes par l'équipe infirmière. Un outil permettant de quantifier le comportement en termes de sévérité a été conçu. La cotation est faite sur un likert à 5 items (figure 2). Cet outil permet alors de préciser l'input de la mise en CSI, évite le maintien prolongé du patient et limite l'utilisation abusive de cette mesure de contrainte (dérives institutionnelles). Par conséquent, cette échelle offre une illustration journalière de l'évolution du comportement problématique, il précise les périodes les plus critiques et offre, en association, avec l'évaluation d'autres paramètres cliniques, un justificatif pour la levée de la mesure. Le score 4 justifie le maintien de la mesure. Le score 3 permet un essai d'immersion dans le service et une levée progressive de la mesure.

Durant le traitement en CSI, l'intervention des thérapeutes spécialisés a été rendue possible, dans un but de contention relationnelle et de structuration individuelle. Les objectifs de leurs interventions sont listés dans le tableau 2, mais n'ont à ce jour, pas de validation scientifique. Ils peuvent progressivement augmenter leurs temps d'intervention.

Si le séjour d'un patient en CSI dépasse plus de 72 heures en chambre de soins, la sollicitation et l'intervention d'évaluateurs externes est activée. Un repré-

sentant de la direction médicale et de la direction des soins, ont la tâche de mobiliser les informations nécessaires concernant la situation, s'entretenir avec l'équipe médico-infirmière du patient et le patient lui-même pour ensuite émettre des recommandations susceptibles d'accélérer la levée de la mesure.

La fin de traitement

Le vécu des patients est décrit comme traumatique, il y a également une altération de la confiance envers l'équipe soignante [21–23]. Ces deux aspects ne permettent que difficilement la construction d'une alliance thérapeutique nécessaire à la prise en charge ultérieure. Afin d'atténuer cela, un entretien de defusing à la sortie de CSI a été instauré. Ce dernier est réalisé dans l'idéal en binôme médico-infirmier mais étant obligatoire, l'infirmière référente du patient peut le réaliser seul si le médecin est indisponible.

Le terme anglo-saxon «defusing» se traduit généralement par «déchoquage» ou «désamorçage». Il s'agit d'entretiens collectifs et individuels dont le but est de créer un passage entre le chaos engendré par une situation d'urgence et le début d'une période de reconstruction et de reprise des activités quotidiennes. Ces entretiens visent la verbalisation émotionnelle immédiate en terme de vécu (faits, émotions, pensées), pour une personne après un incident. Il doit être non intrusif, soit que le vécu de l'événement doit être rapporté par le sujet de manière totalement volontaire. Le defusing n'est pas une psychothérapie mais une démarche préventive de soutien basée sur l'empathie et la verbalisation [24].

Cet entretien a de multiples objectifs. Le premier objectif vise à offrir un espace au patient pour déposer son ressenti et ses émotions. Il permet également à l'équipe soignante d'identifier les perceptions négatives susceptibles d'avoir un impact sur la suite de leur prise en charge. Les soignants peuvent donc vérifier les incompréhensions, le mal-être et l'éventuel traumatisme subi par les patients quant au choix de cette mesure tout en réinstaurant un lien de confiance. Ce type d'entretien vise également à sensibiliser les soignants aux effets iatrogènes de la mise en CSI, à renforcer leur pratique réflexive et apprendre du vécu du patient. Le soignant adopte donc un partage réflexif avec le patient en vue de renforcer le lien thérapeutique en usant de stratégie de résolution des ruptures de l'alliance thérapeutique [25, 26]. De plus, la structure de l'entretien de defusing est semi-standardisée afin de guider les professionnels pour obtenir une verbalisation du vécu utiles à l'élaboration, particulièrement en cas de récurrences, de directives anticipées ou d'un plan de crise. Les soignants solliciteront durant le de-

fusing leurs aptitudes à la psychoéducation, renforceront l'adhésion aux soins du patient et adopteront une posture de promotion et de prévention lors d'épisode récurrent.

Discussion

En développant les pratiques lors de l'accompagnement et le traitement des patients nécessitant une période de traitement en CSI, le groupe de travail souhaitait mettre en œuvre des pratiques en adéquation avec les besoins et les vécus des patients tout en tenant compte de ceux des soignants. Les besoins et vécus des patients ont été identifiés dans l'étude préalable à la démarche décrite ici [8]. A ce jour, le manque d'alternative pour éviter complètement le recours aux CSI, est malheureusement reconnu [27–29]. Mais l'utilisation de ce dispositif de soins doit alors s'inscrire dans une perspective d'utilisation de dernier recours, d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, le tout en considérant particulièrement les effets iatrogènes ressentis par les patients [8, 11, 30].

Les besoins des patients tels que l'accès à l'information, le partage de pouvoir décisionnel, les repères temporels doivent être considérés dans l'ensemble du processus de prise en charge proposé. Dans la littérature actuelle, ces besoins ignorés sont fréquemment exposés comme étant une cause de rupture d'alliance thé-

L'isolement des patients augmente la durée d'hospitalisation.

rapportée entre les soignants et les patients. Ainsi, l'isolement des patients augmente la durée d'hospitalisation [14, 31]. Ce nouveau protocole de prise en charge essaie de transformer une pratique qui peut être vécue comme «quelque chose d'insupportable» en une intervention humaine et admissible pour les patients et leurs soignants. Pour y parvenir et en vue de pérenniser ces modifications de pratique, les étapes du protocole ont été réfléchies afin de renforcer une pratique réflexive et de sensibiliser les soignants au vécu des patients. A l'issue de cette démarche les professionnels doivent pouvoir argumenter l'utilisation en dernier recours de la CSI et mentionner le motif et les attentes de la mesure. Cette pratique vise à mettre en valeur le sens du soin, malgré le caractère coercitif de la mesure. Ces informations sont alors transmises au patient afin de lui permettre de comprendre et de favoriser le dialogue avec l'équipe soignante. L'élaboration du plan de traitement amène les soignants à réfléchir à leur pratique, aux mesures
















 ANALYSE  	 STRATEGIE  	 COMMUNICATION  	 FORMATION  	 DEPLOIEMENT  
<p><i>Analyser les risques et préparer une étude d'impact</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Données ANQ (EFM-MLL) - Revue de littérature 33 études => EBP-EBN-EBM - Étude quantitative - Focus groupe - Analyse des pratiques actuelles - Étude de cas - Rencontre d'autres pratiques Suisse 	<p><i>Définir une stratégie de conduite du changement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement de culture institutionnelle - Soutenir les équipes - Création d'un groupe de travail (méd.-inf.) - Rencontre sur le terrain (focus groupe) - Intégration stratégique des collaborateurs (partage des compétences) 	<p><i>Donner de la visibilité avec des actions de communication</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vision commune au niveau pluridisciplinaire - Création de documents et leurs intégrations dans le système qualité - Création de poster (faciliter l'implémentation du projet) 	<p><i>Préparer et animer des sessions de formations</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation journée thématique pour l'ensemble des collaborateurs - Création de formations internes (droits des patients, formation gestion de l'agressivité, création d'espace de formation dédié aux nouveaux collaborateurs,...) 	<p><i>Accompagner le déploiement et assister les utilisateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un «binôme» médico-infirmier - Création d'outil pour faciliter l'intégration des nouvelles pratiques - Coaching des équipes, - Engagement d'une infirmière clinicienne spécialisée - Poursuite du groupe de travail

Figure 3: Gouvernance clinique et conduite du changement.

prises en amont et aux indications de l'admission en CSI. L'introduction d'un entretien de defusing, quant à lui, permet la prise de conscience du vécu des patients et ont comme conséquence, d'amener au perfectionnement des soins prodigués lors de telles situations.

Pour soutenir, améliorer et pérenniser le perfectionnement des pratiques ci-dessus mentionné, un binôme composé d'un médecin et d'une infirmière est formé. Il est garant du processus de changement institutionnel et sert de relais pour transmettre à l'ensemble du groupe de travail tous questionnements et remarques des collaborateurs. Par conséquent, le groupe de travail continuera de se réunir tous les six mois afin de maintenir une dynamique de réflexion sur cette thématique. Comme le souligne Rey-Bellet et al. [32], la loi qui encadre les soins aux patients souffrant de maladies psychiques, varie elle-même au gré des époques et des lieux. Comme un mouvement de balancier oscillant entre un pôle sécuritaire favorisant le contrôle social par le traitement des patients, et un pôle de tolérance mettant en exergue le respect des droits de ceux-ci. Il est primordial de maintenir une réflexion continue autour de ce type de mesures [32], une réflexivité immanente à tout acte clinique contraint en psychiatrie.

Cette démarche s'inscrit enfin, dans une perspective de gouvernance clinique et d'organisation des soins [33]. Les principes et domaines d'action de la gouvernance clinique ont permis de structurer la gestion du

changement (figure 3) et d'implanter des indicateurs qualité et des procédures claires encadrant l'utilisation, l'indication, le traitement, la sortie de chambre de soins intensifs.

Conclusion

Les traitements en chambres de soins intensifs sont controversés, avec raison. Rien ne prouve véritablement aujourd'hui leur efficacité sur la diminution des comportements auto et/ou hétéro-agressifs ou leur supériorité par rapport à d'autres approches. Il apparaît pourtant difficile de s'en passer complètement [34]. Réduire l'utilisation des chambres de soins intensifs CSI et leur durée est donc un devoir clinique, utiliser ce dispositif avec prudence s'impose. L'objectif de la démarche décrite ici a consisté à modifier les pratiques soignantes, en limitant l'utilisation des chambres de soins intensifs à des mesures de derniers recours homogènes dans les différents services. La démarche a utilisé les principes et domaines d'action de la gouvernance clinique et s'est appuyée sur une démarche qualité comme cadre conceptuel.

Parallèlement il s'agissait d'offrir les meilleurs soins possibles et personnalisés aux patients en phase très aigüe de leur maladie psychique. Il était pour cela impératif de favoriser un meilleur partage de pouvoir décisionnel, de renforcer la promotion des ressources et de sensibiliser les équipes soignantes à la prévention des comportements problématiques des patients. Ces

nouvelles pratiques ont l'ambition d'apporter une réponse institutionnelle aux vécus douloureux des patients, elles visent le renforcement de l'alliance thérapeutique si essentielle aux soins psychiatriques et une diminution des pratiques cliniques coercitives. Une revue régulière des indicateurs qualité permettra de mesurer l'impact ultérieur de cette démarche.

Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

References

- Camenzind P, Frick U. L'évolution des traitements psychiatriques stationnaires en Suisse. *Neuchâtel Obs Suisse Santé*. 2010;(3):1–4.
- Séguin M, Brunet A, LeBlanc L. Intervention en situation de crise et en contexte traumatique. Montréal: G. Morin; 2006.
- Leblanc L, Fleury M, Letarte L, Pharand D. Comment réduire l'utilisation des salles d'isolement en milieu psychiatrique? *Santé Ment Au Qué*. 2007;26(2):283–7.
- Elowe J, Conus P. Much ado about everything: A literature review of insight in first episode psychosis and schizophrenia. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2017 Jan;39:73–9.
- Andreoli A, Gaudry-Maire D, Rubovszky G, Ohlendorf P, Lorillard S. Augmentation des admissions psychiatriques: un enjeu majeur de politique de soins. *Rev Médicale Suisse*. 2009;(5):342–4.
- Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes J-M, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'Encéphale*. 2011 mai;37, Supplement 1: S4–10.
- Cookson A, Daffern M, Foley F. Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization. *Int J Ment Health Nurs*. 2012 février;21(1):20–9.
- Perritaz A. Période de coercition en psychiatrie: Relation entre le vécu du patient ayant séjourné en chambre de soins intensifs et son évaluation de l'alliance thérapeutique. (Suisse): Université de Lausanne; 2015.
- Cano N, Boyer L. Bioéthique, éthique et psychiatrie. Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement. *L'information psychiatrique*. 2011;87(7):589–93.
- Larue C, Ménard G, Daigle N, Grégoire D, Piat M, Racine H, et al. Qualité des interventions infirmières dans un épisode d'isolement avec ou sans contention en contexte psychiatrique: points de vue d'infirmières et de patients [Internet]. Recherche et évaluation; 2009 [cited 2013 Dec 24]. Available from: <http://www.iusmm.ca/documents/Rapportqualiteinterventions.pdf>.
- Bergk J, Flammer E, Steinert T. "Coercion Experience Scale" (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*. 2010;10(5):1–10.
- Horvath AO, Greenberg LS. Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol*. 1989;36(2):223–33.
- Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The Use of Coercive Interventions in Mental Health Care in Germany and the Netherlands. A Comparison of the Developments in Two Neighboring Countries. *Front Public Health* [Internet]. 2014 Sep 24 [cited 2016 Jul 21];2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173217/>
- Wharewera-Mika J PhD, Cooper E PhD, Wiki N RN, Field T RN, Haitana J, Toko M, et al. Strategies to reduce the use of seclusion with tāngata whāi i te ora (Māori mental health service users). *Int J Ment Health Nurs*. 2016 Jun 1;25(3):258–65.
- Hallett N, Dickens GL. De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(4):324–33.
- Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues Ment Health Nurs*. 2010 mai;31(6):413–24.
- 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 J Ment Sci*. 2013 Feb;202:142–9.
- Gassmann M, Marschall W, Utschakowski J. *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care*. Berlin: Springer Science & Business Media; 2006. 408 p.
- Benaïche A. Évaluer la relation de soin face à l'agitation. *Santé Ment*. 2014 Avril;L'agitation(187):60–5.
- Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2014;14(2):131–41.
- Frueh CB, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1123–33.
- Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and Restraint in Patients With Schizophrenia: Clinical and Biographical Correlates. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(6):492–6.
- Whitcross F, Seear A, Lee S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs*. 2013 Dec;22(6):512–21.
- Perren-Klingler P-K. Maux en mots. Debriefing: modèles et pratiques. Institut Psychotrauma Suisse-Schweiz-Svizzera. Lausanne: Institut Psychotrauma; 2000.
- Safran JD, Crocker P, McMain S, Murray P. Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1990;27(2):154–65.
- Safran JD, Muran JC. *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York, NY: Guilford Press; 2003. 260 p.
- Begin S. Isolement et contentions : revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent. *Can J Psychiatry*. 36(10):752–9.
- Dumais A, Larue C, Michaud C, Goulet M-H. Predictive Validity and Psychiatric Nursing Staff's Perception of the Clinical Usefulness of the French Version of the Dynamic Appraisal of Situation Aggression. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33:670–5.
- Hoekstra T, Lendemeijer HHGM, Jansen MGM. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11:276–83.
- Drozdek D. Les chambres de soins intensifs en psychiatrie: étude descriptive du vécu des patients et de l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants (Internet) (Master ès Sciences en sciences infirmières). (Lausanne): Lausanne; 2012 [cited 2017 Dec 14]. Available from: <http://bit.ly/2jS9Obg>.
- Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Front Public Health*. 2014;2:141.
- Rey-Bellet P, Bardet Blochet A, Ferrero F. Hospitalisations non volontaires à Genève: la liberté sous contrainte? *Schweiz Arch Für Neurol Psychiatr*. 2010;161(3):90–5.
- Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998 Jul 4;317(7150):61–5.
- Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2006;3(1):8–18.

Correspondence:
Auréli Perritaz
Centre de soins hospitaliers,
Réseau Fribourgeois de
Santé Mentale RFSM
CH-1633 Marsens
[perritazau\[at\]rfsm.ch](mailto:perritazau[at]rfsm.ch)