



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Réduire le recours aux mesures coercitives dans les services de  
soins psychiatriques sans consentement : une revue narrative de la  
littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2023 à 14h30  
au Pôle Formation  
par **Pauline LEHEMBRE**

---

## JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur Ali AMAD**

**Assesseur :**

**Madame le Docteur Maxime WATTEAU**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Thomas FOVET**

---

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

## Liste des abréviations

<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SPSC</b>	Soins Psychiatriques Sans Consentement
<b>SDDE</b>	Soins sur Décision du Directeur d'Établissement
<b>SDT</b>	Soins à la Demande d'un Tiers
<b>SDTU</b>	Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence
<b>SPI</b>	Soins en Péril Imminent
<b>SDRE</b>	Soins sur Décision du Représentant de l'État
<b>HO</b>	Hospitalisation d'Office
<b>USIP</b>	Unité de Soins Intensifs Psychiatriques
<b>UMD</b>	Unité pour Malades Difficiles
<b>UHSA</b>	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
<b>CMP</b>	Centre Médico Psychologique
<b>CATTP</b>	Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
<b>JLD</b>	Juge des Libertés et de la Détention
<b>ONVS</b>	Observatoire National des Violences en Santé
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>CGLPL</b>	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
<b>RimP</b>	Recueil d'informations médicalisé pour la Psychiatrie
<b>EBD</b>	Evidence Based Design
<b>GACAP</b>	Groupe d'Appui et de Conseil en Architecture Psychiatrique
<b>GHU</b>	Groupe Hospitalier Universitaire
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Établissement
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>PICU</b>	Psychiatric Intensive Care Units
<b>HIC</b>	High & Intensive Care
<b>HCR-20</b>	Historical Clinical Risk Management 20
<b>BVC</b>	The Broset Violence Checklist
<b>DAP</b>	Directives Anticipées en Psychiatrie
<b>JCP</b>	Join Crisis Plan
<b>PCC</b>	Plan de Crise Conjoint
<b>ACT</b>	thérapie d'ACceptation et d'engagemenT
<b>PAR</b>	Pair Aidants Réseau

## Table des matières

<b>Partie 1 : Introduction</b> .....	9
1. Les soins psychiatriques sans consentement.....	9
1.1. Principe .....	9
1.2. Historique des soins psychiatriques sans consentement en France .....	9
1.3. Organisation actuelle des soins psychiatriques sans consentement .....	12
1.3.1. Modalités de soins psychiatriques sans consentement .....	12
1.3.2. Différentes modalités de mise en œuvre des soins psychiatriques sans consentement .....	13
1.3.3. Période d'observation de 72h et rôle du juge des libertés et de la détention 14	
1.4. État des lieux actuel des soins psychiatriques sans consentement en France et dans le monde .....	15
1.4.1. En France .....	15
1.4.2. En Europe et en Amérique du Nord.....	15
1.4.3. Dans le reste du monde.....	16
2. Les mesures coercitives en psychiatrie .....	18
2.1. Contexte et définitions .....	18
2.2. État des lieux actuel du recours aux mesures coercitives en France et dans le monde .....	19
2.2.1. En France .....	20
2.2.2. En Europe et en Amérique du Nord.....	20
2.2.3. Dans le reste du monde.....	22
3. Niveau de preuve et impact des mesures coercitives et des soins psychiatriques sans consentement .....	23
3.1. Niveau de preuve.....	23
3.2. L'impact sur les usagers .....	23
3.3. L'impact sur les soignants .....	25
4. Objectifs.....	26
<b>Partie 3 : Résultats</b> .....	28
1. Comportements agressifs en service de psychiatrie : quelles sont les causes ?.....	28
1.1. Équipe soignante et structure interne du service.....	28
1.2. Environnement physique et sentiment de perte d'autonomie .....	31
1.3. Facteurs de stress extérieurs à l'hôpital.....	31
1.4. Communauté d'usagers.....	32
1.5. Caractéristiques des usagers .....	32

1.6. Cadre réglementaire.....	33
1.7. Différences de perceptions entre usagers et personnel soignant .....	34
2. Architecture, gestion et aménagements de l'espace .....	35
2.1. Présentation de quelques concepts, acteurs et contexte législatif.....	35
2.1.1. Psychologie environnementale.....	35
2.1.2. Conception fondée sur des données probantes .....	35
2.1.3. Différents acteurs.....	36
2.1.4. Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie .....	38
2.1.5. Notion de « complexe curatif et sécuritaire » .....	39
2.1.6. Théorie de réduction du stress .....	40
2.2. Réduction du stress lié à la promiscuité.....	42
2.2.1. Notion de densité sociale .....	42
2.2.2. Chambre individuelle avec salle de bain privée .....	43
2.2.3. Un grand espace commun et plusieurs sous-espaces avec des sièges mobiles 44	44
2.2.4. Espaces de visite privés .....	44
2.3. Réduction du stress lié à l'environnement physique .....	45
2.3.1. Adaptation des niveaux de stimulation sensorielle.....	45
2.3.2. Conception favorisant le contrôle et l'autonomie des usagers.....	49
2.3.3. Sentiment de cohérence et lisibilité.....	51
2.3.4. Diminution des mesures de sécurité ostentatoires .....	52
2.4. Distractions positives réduisant le stress .....	53
2.4.1. Contact avec la nature .....	53
2.4.2. Exposition à la lumière naturelle.....	56
2.4.3. Espace social convivial et aspect « anti-institutionnel » .....	57
2.5. Visibilité dans le service.....	58
2.6. Espaces spécifiques.....	59
2.6.1. Poste de soins et espace pour le personnel.....	59
2.6.2. Espace fumeurs .....	60
2.6.3. Espace d'apaisement/sensoriel.....	61
2.6.4. Salle de sport.....	64
2.6.5. Chambre d'isolement .....	64
2.6.6. Question du zonage des soins .....	67

3.	Modèles de soins axés sur le rétablissement et organisation du parcours de soins	69
3.1.	Présentation de trois modèles de soins axés sur le rétablissement	69
3.1.1.	Le modèle « 6 core »	69
3.1.2.	Le modèle Safewards	71
3.1.3.	Le modèle de soins intensifs et de haut niveau ou modèle HIC	74
3.2.	Organisation du parcours de soins	76
3.2.1.	Temps d'accueil	76
3.2.2.	Évaluation du risque hétéro-agressif	78
3.2.3.	Prise de décision partagée	81
3.2.3.1.	Définition	81
3.2.3.2.	Impact de la prise de décision partagée sur les usagers et les soignants	82
3.2.3.3.	Obstacles et facilitateurs de la prise de décision partagée	83
3.2.3.4.	La prise de décision partagée en pratique : quelques exemples	84
3.2.4.	Débriefings systématiques après le recours à une mesure coercitive et après un passage à l'acte hétéro agressif	90
3.2.5.	Aspects relatifs à l'organisation de la structure interne de l'unité	92
3.2.6.	Activités thérapeutiques	94
3.2.7.	Psychothérapies centrées sur la prévention de la violence	97
3.2.8.	Liens avec l'entourage	99
3.2.9.	Pairs aidants	100
3.2.10.	Analyse des pratiques et fixation d'objectifs	101
4.	Relation thérapeutique individuelle « soignant-usager »	103
4.1.	Amélioration de l'attitude du personnel	103
4.1.1.	Respect et empathie comme socle de la relation	103
4.1.2.	Passer d'une approche basée sur le contrôle à une approche basée sur la négociation	104
4.2.	Amélioration des compétences communicationnelles du personnel	104
4.2.1.	Augmentation de la fréquence des échanges	104
4.2.2.	Amélioration de la qualité des échanges	105
4.3.	Techniques de désescalade	105
4.4.	Formation et supervision du personnel soignant	109
4.4.1.	Formation adaptée et continue du personnel soignant	109
4.4.2.	Supervision et programme d'amélioration des pratiques professionnelles	112

<b>Partie 4 : Recommandations pratiques et discussion</b> .....	113
1. Recommandations pratiques.....	113
2. Limites de ce travail de recherche.....	123
3. Perspectives de recherches futures.....	123
4. Conclusion.....	124
<b>Annexes</b> .....	125
Annexe 1 : The Historical Clinical Risk Management 20 item scale (HCR-20) .....	125
Annexe 2 : The Broset Violence Checklist (BVC) .....	126
Annexe 3 : Échelles d'évaluation du risque hétéro-agressif.....	128
<b>Références bibliographiques</b> .....	129

## **Résumé**

Introduction : Les mesures coercitives d'isolement et de contention sont fréquemment utilisées dans les services de soins psychiatriques sans consentement en réponse aux épisodes de violence. Or, le recours à de telles mesures crée un impact négatif majeur sur les usagers et les soignants. L'objectif de ce travail de thèse est donc d'identifier les différents moyens permettant de diminuer les épisodes de violence dans les services de soins psychiatriques sans consentement, ce qui permettrait en conséquence de diminuer le recours aux mesures coercitives.

Méthode : Une revue narrative de la littérature a été menée en s'appuyant sur la littérature scientifique disponible sur le sujet ainsi que sur des entretiens menés avec des experts de la thématique.

Résultats : Le premier domaine d'optimisation des services de soins psychiatriques sans consentement s'intéresse à un environnement architectural de qualité permettant une diminution des facteurs de stress environnementaux, proposant de nombreuses distractions positives et une bonne visibilité. Le deuxième domaine concerne une organisation du parcours de soins axée sur le rétablissement renforçant l'autonomie des usagers grâce à la prise de décision partagée, un assouplissement des règles du service et un choix d'activités thérapeutiques attrayantes et adaptées. Ces soins s'appuient sur une culture préventive, avec une évaluation précoce et régulière du risque hétéro agressif, et sur une culture du partenariat, en intégrant les proches des usagers dans le parcours de soins dès le temps d'accueil. Le troisième domaine abordé concerne l'importance d'une relation soignant-usager basée sur le respect et l'empathie, sur la négociation plutôt que sur le contrôle et sur l'utilisation des techniques de désescalade.

Conclusion : Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour guider les cliniciens, les administrateurs et les décideurs sur la meilleure façon de prévenir et de désamorcer les comportements agressifs dans les services de soins psychiatriques sans consentement dans l'objectif de permettre une réduction de l'utilisation des mesures coercitives.

## Partie 1 : Introduction

### 1. Les soins psychiatriques sans consentement

#### 1.1. Principe

Le terme « consentement », du latin *consentire* « être d'accord », est défini comme l'« acquiescement donné à un projet ; décision de ne pas s'y opposer » (1). En médecine, le consentement est vu comme une entente contractuelle entre le médecin et l'utilisateur des soins de santé (2).

Le Code de la santé publique, depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, affirme le principe général du consentement aux soins en stipulant qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (3). Le respect de l'autonomie ou de l'autodétermination personnelle constitue le principal fondement éthique du consentement libre et éclairé (2).

En psychiatrie, la grande majorité des soins sont librement consentis. Cependant, dans certaines situations, la valeur éthique du respect de l'autonomie se heurte à d'autres valeurs éthiques médicales telles la bienfaisance (agir au mieux des intérêts) et la non-malveillance (ne pas causer de préjudice) (2). La nature même de certains troubles psychiques peut altérer la capacité à consentir des personnes. Les soins psychiatriques sans consentement visent donc à répondre à des situations où les personnes sont en incapacité de consentir aux soins en raison d'une conscience altérée de leurs troubles alors que leur état psychique nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale.

#### 1.2. Historique des soins psychiatriques sans consentement en France

Historiquement, les personnes souffrant de troubles mentaux étaient internées dans les « hôpitaux généraux », créés en 1656 par Louis XIV et qui servaient de lieu d'internement pour « gérer la folie et les désordres qu'elle crée » mais aussi pour les pauvres et les criminels (4,5).

C'est au XIX<sup>ème</sup> siècle que furent créés les premiers « asiles d'aliénés ». Jean Etienne Esquirol, élève de Pinel, est à l'origine de leur création notamment par le biais de la loi du 30 juin 1838 qui reconnaît aux aliénés un droit à une assistance spécialisée et à des soins. Cette loi a défini les modalités d'internement des personnes souffrant d'un trouble mental et a prévu des dispositions de protection des biens. Elle prévoyait que chaque département se dote d'un établissement où les malades pouvaient être traités, protégés mais aussi mis « hors d'état de nuire à la société ». Les internements y étaient « forcés » soit à la demande de la famille, soit « d'office » sous la responsabilité de l'autorité administrative. Dans les départements ne disposant pas d'un asile public, un établissement privé religieux pouvait accueillir les aliénés (4,5).

Les asiles répondaient d'une part à un authentique projet soignant et d'autre part aux préoccupations sécuritaires de la population. Il s'agissait d'un lieu clos, fermé sur lui-même qui fonctionnait comme une société patriarcale soumise à l'autorité du médecin. L'organisation de l'institution asilaire était pensée dans ses moindres détails. Le travail rythmait la vie quotidienne et était entrecoupé par des repas, des loisirs et des temps de sommeil. Sur le plan architectural, à l'origine, les bâtiments étaient spacieux et aérés avec des fenêtres ouvrant sur la campagne (4,5).

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, les asiles, délaissés par les pouvoirs publics, souffraient d'un manque important de moyens matériels et humains et il n'était pas rare que les malades subissent violences physiques et humiliations. La maladie mentale était traitée comme une transgression et les hospitalisations ressemblaient à des séjours en prison. On se trouvait alors bien loin de la vision philanthropique des asiles voulue par Pinel (4,5).

En 1937, une circulaire publiée par le gouvernement requalifie les anciens asiles d'aliénés en « hôpitaux psychiatriques » traduisant la volonté des pouvoirs publics de modifier le sens et la fonction de ces établissements. On observe alors une redéfinition du modèle hospitalier avec des services « fermés » et des services « libres ». Mais ce modèle ne se mettra réellement en place qu'après la seconde guerre mondiale.

En 1939, on recensait 100 établissements psychiatriques accueillant 115 000 malades environ (4,5).

A la fin de la seconde guerre mondiale, la population française a découvert avec horreur que de nombreux malades mentaux furent assassinés dans les camps

d'exterminations et que près de 40 000 périrent de malnutrition dans les asiles. Changer l'asile était devenu une exigence humanitaire, la société se révoltait contre cette institution qu'elle percevait comme déshumanisée (4,5).

En 1952, le ministre de la Santé promeut une nouvelle réglementation visant à faciliter la réadaptation des malades hospitalisés et à limiter la dimension carcérale de l'institution. Il recommande alors l'abandon de tous les signes renvoyant à l'univers carcéral comme l'uniforme des gardiens. Des changements architecturaux furent réalisés pour passer à un environnement plus ouvert avec l'abandon des grilles et fossés. Des changements organisationnels s'opérèrent également afin d'abandonner le modèle d'institution totalitaire où s'établissait une séparation rigoureuse entre les « gardiens » et les « gardés ». Enfin, d'immenses efforts de formation furent déployés, des réunions de pavillon autorisaient les malades à exprimer leur opinion sur la vie du service, des ateliers thérapeutiques furent créés ainsi que des « clubs de malades ». Cette période marque le début de la psychothérapie institutionnelle où la vie en communauté était utilisée pour aider les malades à renouer des liens sociaux (4,5).

Au cours des années 60-70, les pouvoirs publics et les départements mettent en œuvre la réforme du secteur. On passe alors d'un modèle asilaire reposant sur l'internement systématique de ceux qu'on nommait les « aliénés » à une politique plus ouverte visant le suivi et la réadaptation sociale des patients. Cette réforme réorganise la prise en charge des usagers de santé qui repose désormais sur le travail d'une équipe médicosociale intervenant à l'hôpital mais aussi dans des structures sanitaires extrahospitalières (4,5).

Sur le plan législatif, il faut attendre le 27 juin 1990 pour que la loi de 1838 soit remplacée par la Loi Evin relative aux « droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » (6). Cette loi précise les droits généraux des usagers qu'elle que soit le mode d'hospitalisation : hospitalisation libre, à la demande d'un tiers ou d'office. La loi Evin a ensuite été remplacée par la loi du 5 juillet 2011 (7), modifiée le 27 septembre 2013 (8), qui constitue le socle légal actuel des soins psychiatriques sans consentement en France.

### 1.3. Organisation actuelle des soins psychiatriques sans consentement en France

L'hospitalisation en soins sans consentement doit demeurer une exception ce qui est fréquemment souligné par les recommandations internationales de bonnes pratiques en santé mentale (OMS 2012, 2021) (9).

#### 1.3.1. Modalités de soins psychiatriques sans consentement

Il existe plusieurs modalités de soins psychiatriques sans consentement (SPSC) définis par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (9).

On distingue :

- Les soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) ;
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE anciennement hospitalisation d'office-HO) (9,10).

- *Soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SDDE)*

Trois conditions sont nécessaires à la mise en place de SDDE :

- La présence de troubles mentaux ;
- les troubles mentaux nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale ;
- les troubles mentaux rendent impossible le consentement du sujet aux soins.

On distingue deux types de SDDE :

- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT).

Peut faire office de tiers tout individu susceptible d'agir dans l'intérêt de l'utilisateur et justifiant de relations avec lui antérieures à l'admission.

Deux certificats médicaux circonstanciés initiaux doivent être rédigés, l'un par un médecin pouvant exercer dans la structure d'accueil et le deuxième par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Dans le cas de la procédure en urgence (SDTU), un seul certificat médical initial est nécessaire et celui-ci peut être rédigé par un médecin exerçant dans la structure d'accueil.

- Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI).

Cette mesure peut être mise en place s'il s'avère impossible de recueillir une demande de tiers et qu'il existe un péril imminent pour l'utilisateur avec un risque grave d'atteinte à son intégrité physique.

Le certificat médical initial doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil.

- *Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE anciennement hospitalisation d'office-HO)*

Trois conditions sont nécessaires à la mise en place de SDRE :

- La présence de troubles mentaux ;
- les troubles mentaux nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale ;
- les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le certificat médical initial doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil.

Les SDRE incluent deux modalités spécifiques supplémentaires :

- Les soins psychiatriques à destination des personnes déclarées pénalement irresponsables (article L13213-7 du Code de la santé publique) ;
- les soins psychiatriques à destination des personnes détenues (article L3214-1 du Code de la santé publique).

### 1.3.2. Différentes modalités de mise en œuvre des soins psychiatriques sans consentement

Les SPSC peuvent être mis en œuvre selon différentes modalités :

- L'hospitalisation à temps plein dans des unités de soins sans consentement (service dit « fermé » de psychiatrie de secteur, USIP, UMD, UHSA) ;

- le programme de soins qui peut comporter différents types de soins ambulatoires (hôpital de jour, consultations au CMP, CATTP etc.) et ne peut être mis en place qu'à la suite d'une hospitalisation à temps plein préliminaire (9).

### 1.3.3. Période d'observation de 72h et rôle du juge des libertés et de la détention

L'admission d'une personne en SPSC implique une période d'observation de 72 heures au plus permettant d'évaluer la capacité de la personne à consentir aux soins ainsi que son état pour définir la forme de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins, et d'engager les soins nécessaires (11).

Un certificat médical circonstancié doit être établi dans les 24h suivant l'admission et un autre certificat dans les 72h (11).

A l'issue de cette période d'observation :

- Lorsque l'admission en SPSC a été prononcée par le directeur d'établissement (SDDE), celui-ci doit lever la mesure dès lors que l'un des certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus les SPSC (11).

- En revanche, lorsque l'admission en SPSC a été prononcée par le représentant de l'État (SDRE), celui-ci peut décider de suivre ou non le certificat médical. Dans ce dernier cas, il devra alors demander un deuxième avis auprès d'un autre psychiatre (11).

Il est prévu un contrôle systématique des hospitalisations complètes par le juge des libertés et de la détention (JLD) avant le 12<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation complète à compter de la date d'admission puis tous les 6 mois en cas de poursuite de la mesure.

Le JLD peut également être saisi à tout moment, aux fins d'ordonner la mainlevée immédiate de la mesure de SPSC, par l'usager, les titulaires de l'autorité parentale si la personne est mineure, le tuteur ou le curateur, le conjoint ou le concubin, le tiers, un proche susceptible d'agir dans l'intérêt de l'usager et le Procureur de la République. Le JLD peut également se saisir d'office.

Le JLD peut ordonner le maintien de l'hospitalisation complète, sa levée ou la levée de la mesure en cours (12).

#### 1.4. État des lieux actuel des soins psychiatriques sans consentement en France et dans le monde

##### 1.4.1. En France

En France, en 2021, 1,84 millions de personnes de 16 ans ou plus ont été suivies en psychiatrie en établissement de santé. Parmi elles, 95 500 ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement, soit plus de 5% des personnes suivies en psychiatrie en 2021. Ce taux augmente fortement lorsqu'on considère spécifiquement les personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie au cours de l'année (303 658) : 26% d'entre elles (78 400) l'ont été au moins une fois sans leur consentement (9).

Depuis 2012, on observe une augmentation du recours aux SPSC en France qui est l'un des plus élevés d'Europe. Cet accroissement s'expliquerait en partie par l'extension de la durée des SPSC hors de l'hôpital, dans le cadre de programmes de soins, et par l'augmentation du recours au mode d'admission pour péril imminent qui facilite l'admission dans un contexte d'urgence (9).

Enfin, les caractéristiques démographiques et cliniques des personnes suivies au moins une fois sans leur consentement apparaissent stables au cours du temps : il s'agit d'une population majoritairement masculine, jeune et souffrant de troubles psychiques sévères (9).

##### 1.4.2. En Europe et en Amérique du Nord

En Europe et en Amérique du Nord, la législation a considérablement évolué à partir des années 1960 et les SPSC sont globalement encadrés et organisés de la même manière (13).

Il semblerait que le nombre de personnes hospitalisées en SPSC augmente dans la plupart des pays occidentaux. En Angleterre, par exemple, il aurait augmenté de 43% entre 2006 et 2017 (13).

Des tendances similaires ont été signalées dans plusieurs autres pays européens, par exemple en Ecosse, en Irlande et en Belgique (14).

En revanche, en Finlande et en Allemagne, les hospitalisations en SPSC auraient tendance à diminuer à la suite de modifications de la législation tout comme en Italie où la mise en œuvre de la loi 180, ou loi Basaglia, a également été suivie d'une réduction des taux d'hospitalisations en SPSC (taux de 16/100 000 en 2018 soit l'un des plus bas d'Europe) (14).

#### 1.4.3. Dans le reste du monde

Les données sur les SPSC dans les pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine sont rares (15).

Les quelques données qui ont pu être trouvées font part d'une grande disparité en fonction des continents et au sein même de ceux-ci :

- En Asie et en Océanie, les SPSC sont, dans de nombreux pays (Chine, Inde, Japon, Nouvelle-Zélande, Australie), encadrés globalement de la même manière qu'en Europe et qu'en Amérique du Nord avec une législation soulignant le caractère exceptionnel de ce mode de soins (15).

Dans d'autres pays d'Asie, la situation des personnes atteintes de maladie mentale est loin d'être satisfaisante du point de vue des droits de l'Homme. En Indonésie, une personne peut être hospitalisée sans son consentement par quiconque se sent affecté négativement par son comportement (13) et au Cambodge, de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques sont placées en prison ou dans des centres de détention qui fonctionnent en dehors du système pénal et où sont détenus tous les « indésirables » aux yeux de la société. Ces personnes ne sont accusées d'aucun crime et n'ont pas le droit de s'entretenir avec un avocat ou de demander un examen de leur détention (15).

- En Amérique Latine, certains pays comme la Jamaïque font le choix d'une transition des hôpitaux psychiatriques vers les hôpitaux généraux et les services locaux avec la mise en place d'un réseau d'infirmières spécialisées chargées d'assurer le suivi des usagers après leur sortie (15).

De même, en Argentine, une loi de 2010 spécifie que 10% des dépenses de santé doivent être utilisées pour une transition de la psychiatrie « de garde » vers une psychiatrie communautaire et la construction de nouveaux hôpitaux psychiatriques est interdite. Au Brésil, l'accès aux traitements psychiatriques n'est pas assuré et les personnes souffrant de troubles psychiques se retrouvent souvent privées de soins, dans la rue voire en prison (15).

- En Afrique, selon l'OMS, moins de 20% de la population aurait accès à des soins de santé mentale (16).

En Afrique subsaharienne, le peu de ressources investies dans les systèmes de santé nationaux individuels et les cultures traditionnelles profondément ancrées n'ont pas encore permis à de nombreux pays de protéger et de réglementer les droits des personnes souffrant de troubles psychiques (15).

Dans certains pays la situation est très préoccupante comme au Nigéria où l'ONG *Human Rights Watch* a alerté sur le fait que le recours à la détention, à l'enchaînement et à la violence serait répandu dans les hôpitaux d'État ainsi que dans les centres de réadaptation, les centres de guérison traditionnels et les établissements religieux. Le placement des personnes dans ces centres se ferait sans leur consentement, que les troubles mentaux soient réels ou supposés (16).

Dans d'autres pays d'Afrique, la situation est plus favorable.

Les pays du Maghreb ainsi que la Somalie et le Soudan ont adhéré à l'Atlas de la santé mentale de l'OMS et certains d'entre eux (Algérie, Maroc, Egypte, Soudan) disposent d'un système législatif autonome en matière de santé mentale qui, en Algérie et au Maroc, souligne comme en Europe le caractère exceptionnel des soins sans consentement (15).

## 2. Les mesures coercitives en psychiatrie

### 2.1. Contexte et définitions

Les épisodes de violence et d'agression constituent un problème majeur dans les services de psychiatrie (17). En France, selon le dernier rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) publié en 2022, les services de psychiatrie sont les secteurs de la santé les plus touchés par la violence comptabilisant 22,2 % des signalements en 2021 soit 4097 signalements d'atteintes aux personnes et 946 d'atteintes aux biens (18).

Les victimes de ces agressions (verbales, physiques voire sexuelles) sont fréquemment les autres usagers. La violence cause des dommages physiques et psychologiques à court et long terme aux usagers qui en sont victimes. De plus, les usagers étant témoins d'un épisode de violence peuvent également souffrir de dommages psychologiques (impact émotionnel incluant de la peur, de la colère, de la tristesse, de l'anxiété et des troubles du sommeil) (19).

Par rapport au personnel soignant exerçant dans les autres services, le personnel soignant travaillant dans les services de santé mentale serait environ sept fois plus susceptible d'être agressé physiquement au travail (20).

Le risque de se faire agresser est similaire pour les intervenants qui travaillent en milieu psychiatrique général que pour ceux travaillant dans les hôpitaux à sécurité maximum (21).

Le personnel de santé serait le plus souvent confronté à la violence verbale mais environ un tiers des infirmiers travaillant dans des établissements de santé mentale aurait déjà subi des violences physiques (17).

La violence cause des dommages physiques et psychologiques à court et long terme au personnel qui en est victime, et a été associée à l'épuisement professionnel, à la baisse de la productivité et à l'augmentation de l'absentéisme (17). De plus, plusieurs études montreraient également une augmentation de la peur chez les professionnels ayant été victimes d'une agression au travail ce qui semblerait avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins proposés (21).

Dans ce contexte, les lois sur la santé mentale de la plupart des pays considèrent que l'utilisation de mesures coercitives est acceptable dans les situations d'urgence pour prévenir les dommages aux usagers eux-mêmes, aux autres usagers ou au personnel et uniquement si des solutions moins coercitives ont été envisagées (22).

Les raisons courantes du recours à ces mesures sont la présence d'un comportement violent, d'une agitation ou de menaces verbales dirigées envers le personnel ou d'autres usagers (22).

Ces mesures entravent temporairement la liberté des personnes, il en existe quatre types :

- *L'isolement* : placement de l'utilisateur à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres usagers (23) ;
- la *contention mécanique* : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un usager dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui (23) ;
- la *contention physique* (manuelle) : maintien ou immobilisation de l'utilisateur en ayant recours à la force physique (23) ;
- la *médication forcée* : administrer par voie orale ou injectable un médicament à un usager sans son accord (24).

## 2.2. État des lieux actuel du recours aux mesures coercitives en France et dans le monde

Selon les pays, le recours aux mesures coercitives est très variable. Il existe une grande diversité dans le type, la fréquence et la durée des mesures utilisées. Ceci peut s'expliquer par l'hétérogénéité dans l'encadrement législatif mais également par le poids des facteurs culturels et traditionnels (25).

Si l'utilisation de l'isolement et de la contention est pratiquée mondialement, les recherches et innovations, ayant pour finalité l'encadrement et la diminution de ces pratiques, semblent, elles, se concentrer dans les pays riches comme en Amérique du Nord, en Europe occidentale ou en Australie (26).

### 2.2.1. En France

En France, la réflexion autour du recours aux mesures coercitives est plus récente qu'aux Etats-Unis. La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 et les recommandations de la HAS de 2017 proposent un encadrement plus complet de ces mesures. Le thème de l'isolement et de la contention est devenu un sujet majeur de réflexion soignante dans le cadre de rencontres pluriprofessionnelles en psychiatrie où la question d'alternatives à la contrainte est discutée, mais aussi par la multiplication des travaux de recherche sur ce sujet (26).

En France, en 2021, l'isolement a concerné plus de 30 % des personnes hospitalisées sans leur consentement et la mise en œuvre de mesures de contention mécanique a concerné un tiers des usagers placés à l'isolement et plus d'un individu sur 10 hospitalisé sans son consentement. Les observations du CGLPL (CGLPL, 2022), font état de disparités importantes entre établissements, certains ne pratiquant aucune contention mécanique (9).

Le recours à l'isolement est en augmentation forte depuis 2012. En effet, 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 leur consentement (9).

Il est toutefois possible qu'une partie de l'augmentation constatée résulte d'une meilleure remontée des données d'isolement au sein du Rim-P à la suite d'une sensibilisation progressive faite sur cette problématique ces dernières années. Des évolutions législatives récentes (23 mars 2022) visent à mieux encadrer ces mesures et à permettre un état des lieux régulier (exigence de traçabilité dans un registre dédié, information du juge des libertés et de la détention en cas de prolongement de la mesure...). Cependant, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) n'a cessé d'alerter régulièrement sur le recours accru à ce type de prises en charge (9).

### 2.2.2. En Europe et en Amérique du Nord

- Au Royaume-Uni l'isolement est rarement utilisé, la contention mécanique n'est pas utilisée ou alors de manière extrêmement rare et la contention physique

dure en moyenne moins d'une demi-heure (25).

- En Islande, où il existe un seul hôpital psychiatrique, l'isolement et la contention ont été abolis il y a quelques décennies et n'ont plus jamais été utilisés selon les experts locaux (25).

- Aux Pays-Bas, à l'extrême inverse, on note un fort taux d'isolement et de contention mécanique.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les professionnels néerlandais jugent la médication involontaire comme plus invasive et menaçant davantage l'intégrité personnelle que l'application de l'isolement ou de la contention mécanique. La législation néerlandaise sur la santé mentale n'autorise ainsi la médication involontaire qu'en cas d'urgence aiguë (25).

- En Allemagne également, depuis 2013, l'administration de traitements sans le consentement des usagers est réglementée et ne doit être utilisée qu'en dernier recours (26).

- Aux États-Unis, depuis 2003, les administrations et les associations cherchent à diminuer le recours à la contrainte en mettant en place diverses démarches de prise de conscience. Par exemple, les services psychiatriques ont l'obligation de mettre en place un recensement des pratiques le plus exhaustif possible. Une étude de 2015 portant sur 317 hôpitaux américains a montré que malgré une volonté politique et de terrain, il est difficile d'observer une baisse conséquente de la fréquence d'utilisation des mesures de contrainte. Cependant, une baisse de la durée moyenne des mesures a été montrée. Cette baisse s'accompagnerait d'une augmentation de l'utilisation de la médication forcée (27).

Ainsi il semblerait que tenter de diminuer la pratique d'une mesure coercitive aurait tendance à augmenter le recours à d'autres mesures de contrainte et inversement (26).

Hormis les exceptions mentionnées ci-dessus, les dispositions légales des différents pays occidentaux sont assez similaires en ce qui concerne l'application des mesures coercitives (25).

### 2.2.3. Dans le reste du monde

Comme vu précédemment, nous avons peu d'informations sur les conditions d'hospitalisation et le recours aux mesures coercitives en Afrique, en Asie et en Amérique latine (15).

Selon l'ONG *Human Rights Watch* (2015, 2016, 2017), il est clair que la situation est dramatique pour de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques. Elle alerte sur le fait que l'isolement et le recours à la contention mécanique dans le cadre familial des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale constituent un problème endémique dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne comme c'est le cas également dans plusieurs pays d'Asie. L'initiative *Chain Free* en Somalie, soutenue par l'OMS, vise à réduire le nombre de personnes entravées dans la communauté et à l'hôpital en améliorant l'accès aux soins de santé mentale (OMS, 2010) (15).

### 3. Niveau de preuve et impact des mesures coercitives et des soins psychiatriques sans consentement

#### 3.1. Niveau de preuve

Malgré l'utilisation répandue des mesures coercitives, les recherches disponibles ne suggèrent pas qu'elles soient cliniquement efficaces, qu'elles améliorent la sécurité des usagers ou qu'elles aboutissent à de meilleurs résultats cliniques ou sociaux (13).

Selon une revue de la littérature de 2006 (28), il existerait peu de preuves empiriques, voire aucune, sur la sécurité et l'efficacité de l'isolement ou de la contention en tant qu'interventions pour la gestion à court terme des comportements perturbés/violents en milieu hospitalier psychiatrique. Une autre revue de la littérature plus récente (29), n'a trouvé que 13 études sur la relation entre les mesures coercitives et les résultats cliniques et a fait état de résultats mitigés, la qualité de toutes les études étant jugée médiocre. A l'inverse, plusieurs études (30–32) montrent que les mesures coercitives de manière générale, et les mesures d'isolement de manière significative, seraient associées à un séjour plus long des usagers à l'hôpital. Cette association ne serait pas entièrement expliquée par le fait que les personnes hospitalisées sans leur consentement souffriraient de troubles psychiques plus graves à l'admission.

#### 3.2. L'impact sur les usagers

- *Impact positif*

Concernant l'expérience de l'hospitalisation en SPSC, on suppose souvent que les usagers des soins de santé ne peuvent pas reconnaître leur besoin de traitement lorsqu'ils sont gravement malades, mais qu'ils sont reconnaissants d'avoir été traités contre leur gré lorsqu'ils se rétablissent. Cette hypothèse a été partiellement soutenue par la recherche empirique indiquant qu'entre 39 et 75% des personnes hospitalisées sans leur consentement croient rétrospectivement que leur traitement était justifié (33).

Concernant le recours aux mesures coercitives, certains usagers perçoivent des bénéfices à leur utilisation : ils rapportent une réduction de la probabilité de blessures physiques, un sentiment de sécurité et la perception d'être aidé et respecté (34). Néanmoins ces ressentis positifs sont présents à minima par rapports aux ressentis négatifs retrouvés dans plusieurs études. Par exemple, au sein de la revue de la littérature de D. Strout et al (34), ces ressentis positifs sont rapportés dans trois études parmi douze alors que les ressentis négatifs sont retrouvés dans la totalité des douze études.

- *Impact négatif*

Concernant l'hospitalisation en SPSC, entre 25 et 61% des usagers ne pensent pas que leur traitement était justifié et bon pour eux (33).

Certains usagers ont même décrit l'hospitalisation comme étant une expérience très pénible voire traumatisante (35,36). Dans une étude (37), l'institution hospitalière a même été comparée à un système totalitaire comme le communisme ou le nazisme.

Les deux sentiments exprimés par les usagers que l'on retrouve le plus fréquemment sont le sentiment de perte de contrôle ou d'autonomie et le sentiment d'impuissance ce qui engendre de la colère et de la frustration (22,33).

Ces sentiments étaient expliqués par le manque d'informations fournis par les professionnels (sur les raisons de leur hospitalisation, leurs droits, le processus d'admission et les traitements) et le fait de ne pas se sentir assez impliqués dans les décisions relatives au traitement. Ils expliquent également ces sentiments par le fait de se sentir soumis au contrôle des professionnels et de devoir se plier à une routine de service (heure de repas, de coucher) qui ne leur convient pas forcément (22,33).

Concernant spécifiquement l'environnement physique des unités de SPSC, les usagers décrivent un espace déstabilisant et bruyant qu'ils comparent fréquemment à un environnement carcéral (22,33).

Concernant les mesures coercitives, de nombreuses études rapportent des complications de l'utilisation de la contention comme une mortalité plus élevée (38), des escarres, des taux plus élevés d'infections nosocomiales et de chutes (34). Concernant l'impact subjectif de ces mesures, lors de leur application de nombreux usagers ont décrit le sentiment que leurs droits, leur autonomie et leur intégrité

étaient violés et des sentiments d'humiliation, de perte de dignité voire de déshumanisation ont été rapportés. D'autres usagers ont également rapporté une recrudescence de symptômes post traumatiques. Dans les suites de l'application des mesures coercitives, les usagers rapportaient de la méfiance, de la colère et de l'embarras vis-à-vis du personnel soignant. Les mesures coercitives étaient souvent perçues comme une punition et on retrouvait fréquemment après leur utilisation des troubles du sommeil, une autodépréciation ainsi qu'une perte générale de confiance envers les professionnels de santé. Par conséquent, on observait une détérioration de l'alliance thérapeutique et de l'adhésion aux soins (22)(34,39).

Selon de nombreux usagers, l'impact négatif des mesures coercitives pourrait être moindre si le personnel soignant faisait preuve de plus d'empathie au moment de la mise en place des mesures et si le personnel communiquait davantage sur la raison de la mesure, les procédures et traitements mis en place, la durée de la mesure et le comportement qu'ils devaient adopter pour qu'elle prenne fin (22)(34,39).

### 3.3. L'impact sur les soignants

Les mesures coercitives ont également un impact sur le personnel soignant.

Tout d'abord, le recours à la contention physique ou mécanique, peut être source de blessures physiques au moment de l'intervention pour le personnel soignant (34).

De plus, à la suite de la mise en œuvre de mesures coercitives, la survenue de réactions émotionnelles négatives a été identifiée telles que de la frustration, de la colère et de la tristesse (40). La littérature retrouve également des sentiments de culpabilité, d'échec, de peur, et, chez les personnes ayant des antécédents de traumatismes, une retraumatisation (34).

Enfin, un impact sur la relation de soin a été identifié avec une dégradation de l'alliance thérapeutique et la survenue de nombreuses interrogations éthiques chez le personnel soignant (34)(40).

#### 4. Objectifs

Les soins sans consentement, et *a fortiori* l'utilisation de mesures coercitives, soulèvent de nombreuses questions sur le plan juridique et éthique en raison de l'impact qu'ils ont sur l'un des droits fondamentaux de tout être humain qui est la liberté d'aller et venir.

L'expérience de l'hospitalisation en SPSC est vécue par de nombreux usagers comme une expérience difficile à l'origine de sentiments forts de perte de dignité et d'autodétermination. De plus, nous avons vu que l'utilisation de mesures coercitives avait un impact négatif majeur sur les usagers et les soignants. Celles-ci sont suivies d'une augmentation des comportements agressifs et d'une détérioration de l'alliance thérapeutique, ce qui va rendre plus probable la répétition du recours aux mesures coercitives.

Dans ce contexte, l'adhésion aux soins est fragilisée, ce qui a des conséquences négatives sur le pronostic des usagers.

Pour briser ce cycle négatif il est primordial de se rappeler que l'utilisateur évolue au sein d'une dynamique systémique incluant le soignant, la relation qu'il entretient avec lui et l'environnement d'accueil de cette relation. Ainsi, si l'on s'intéresse aux « déclencheurs » des comportements agressifs menant eux même à l'application de mesures coercitives, il a été mis en évidence que les facteurs de stress environnementaux (environnement physique du service), et psychosociaux (interactions avec le personnel soignant) en étaient souvent à l'origine (22,41,42).

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail de thèse est d'identifier, au travers d'une revue de la littérature, les différents moyens permettant de diminuer le recours aux mesures coercitives dans les services de soins psychiatriques sans consentement.

## Partie 2 : Méthode

Pour identifier les articles pertinents, nous avons réalisé en mai 2023 une recherche sur la base de données électronique PubMed. Les mots clés utilisés étaient les suivants : *psychiatric involuntary care unit, aggression, restraint, seclusion, healing environments, well-being*. Nous avons également examiné les références citées dans les articles pertinents afin d'identifier toute étude supplémentaire pouvant être intégrée dans cette revue de la littérature. Nous avons retenu des études présentant des résultats quantitatifs mais également des études présentant des résultats uniquement qualitatifs. Seuls les articles en français ou en anglais ont été inclus.

Pour enrichir notre recherche, nous avons également pris contact avec des experts dans le domaine de l'architecture psychiatrique (groupe d'appui et de conseil en architecture psychiatrique, GACAP par exemple) et avec des experts dans le domaine de l'accueil et de l'hospitalité (Laboratoire d'accueil et d'hospitalité du GHU de Paris psychiatrie et neurosciences, lab-ah, par exemple).

Finalement, nous avons réalisé une analyse qualitative de l'ensemble des informations recueillies.

### Partie 3 : Résultats

Les résultats de cette revue de la littérature s'articulent en 4 parties. D'abord, nous présentons des éléments de compréhension sur les comportements agressifs en service de soins psychiatriques (éléments favorisant, déclencheurs, etc.) et le recours aux mesures ségréatives. Nous dégagons ensuite des pistes pratiques pour réduire la survenue de ces comportements (et le recours aux mesures ségréatives) à partir de trois grands axes : (i) le cadre architectural, (ii) l'organisation du parcours de soins et (iii) la relation soignant-usager.

1. Comportements agressifs en service de psychiatrie : quelles sont les causes ?

Avant de proposer des pistes d'optimisation des unités de soins sans consentement, il est important d'identifier quels éléments conduisent le plus fréquemment à la survenue de comportements agressifs afin de pouvoir les prévenir et ainsi éviter l'utilisation de mesures coercitives et favoriser l'alliance thérapeutique.

Le modèle *Safewards*, qui sera détaillé ultérieurement, décrit six domaines principaux pouvant amener à une situation de conflit au sein d'une unité de soins psychiatriques.

Le conflit désigne ici tous les comportements des usagers menaçant leur sécurité ou celle des autres (violence, suicide, automutilation, fuite etc.) (125).

Voici ces six domaines :

#### 1.1. Équipe soignante et structure interne du service

La structure interne du service est affirmée par l'équipe soignante et correspond à l'organisation des soins au sein du service. Elle se compose donc des règles de conduite des usagers, de la routine quotidienne et de l'idéologie générale du service. La manière de gérer la situation par l'équipe soignante lorsque les usagers se

comportent de manière incompatible avec la structure interne fait également partie de ce domaine (120,125).

Exemples de situations pouvant amener à des conflits :

- Lorsque le personnel exerce son pouvoir et son influence, soit en refusant la demande d'un usager, soit en lui demandant de faire (ou d'arrêter de faire) quelque chose ;
- lorsque le personnel transmet une mauvaise nouvelle à l'utilisateur ;
- s'il existe des incohérences dans l'approche du personnel concernant les règles du service ;
- si le personnel ignore les demandes d'aide ou de soutien d'un usager (120,125).

Une étude prospective étalée sur dix ans et se déroulant dans une unité psychiatrique sécurisée a relevé 2021 épisodes d'agression dont 25% découleraient de difficultés communicationnelles entre les usagers et le personnel. Si on les associe aux situations relatives à l'établissement de limites, l'ensemble représenterait jusqu'à 90% de la totalité des incidents (126).

Concernant les situations relatives à l'établissement de limites, il s'agirait spécifiquement des interventions de « demande » et de « refus » qui seraient le plus susceptibles de générer de la colère et d'agir comme déclencheurs car elles seraient perçues par les usagers comme paternalistes et ayant pour but de les contrôler (21). Selon Daffern et al (127), elles représenteraient jusqu'à 72,8 % des agressions.

De manière plus générale, selon D. Lamanna et al (128), les relations interpersonnelles entre le personnel soignant et les usagers ont un impact émotionnel important sur ces derniers. Les relations interpersonnelles positives sont caractérisées par la chaleur, l'empathie, le respect et le soutien et elles ont été citées comme atténuant l'agressivité, tandis que les interactions négatives ont été citées comme contribuant à la tension et à la colère. Ainsi, dans cette étude, certains soignants et la plupart des usagers ont établi un lien entre les incidents agressifs et le comportement distant ou antipathique du personnel soignant.

De plus, il est intéressant de noter que les usagers accordent de l'importance à la communication non verbale, par exemple ils comprennent que le personnel est

disponible lorsqu'il passe plus de temps dans les espaces communs et lorsque son comportement est perçu comme ouvert et accessible (128).

Nous verrons par la suite ce qui pourrait être envisagé afin d'améliorer les relations interpersonnelles soignant-soigné.

Concernant maintenant spécifiquement la structure interne du service, il est important d'avoir conscience que les restrictions comportementales auxquelles sont soumis les usagers peuvent conduire à la survenue d'épisodes agressifs (128).

Ainsi, les restrictions sur les biens personnels, l'accès réduit aux stratégies d'adaptation habituelles des usagers ainsi que l'ennui engendreraient de la frustration et de la colère (128).

Par exemple, en dehors de l'hôpital, les usagers sont habitués à pouvoir utiliser leur téléphone, fumer, écouter de la musique ou prendre une douche quand ils le souhaitent alors qu'en milieu hospitalier ces libertés sont souvent réduites (128).

Ces restrictions sont souvent source de conflits entre les usagers et le personnel soignant. Par exemple, les règles relatives au tabagisme seraient l'une des causes de violence les plus fréquemment identifiées par le personnel et les usagers (79). Dans l'étude de G.Jenkin et al en Nouvelle Zélande, une augmentation de la violence avait été signalé par le personnel soignant dans les unités ayant essayé de devenir non-fumeurs.

Enfin, il arrive que les politiques relatives aux accès aux effets personnels par exemple soient appliquées de manière incohérente par le personnel soignant conduisant à la perception par les usagers d'un vécu d'injustice (128) (79).

Il paraîtrait judicieux de faire preuve de souplesse dans l'application des réglementations internes et de veiller à ce qu'elles soient appliquées de manière juste et équitable.

De plus, pour compenser les nombreuses restrictions qui doivent être appliquées, il est important de favoriser un sentiment d'autonomie et de contrôle aux usagers dans d'autres domaines (120,125).

## 1.2. Environnement physique et sentiment de perte d'autonomie

De nombreux usagers percevraient un lien entre la survenue d'un comportement agressif et le fait d'être « enfermé », de se sentir « comme en prison » (79)(120,125) (128).

De plus, selon certains usagers et cliniciens les incidents agressifs seraient également liés à la perte d'autonomie inhérente à l'hospitalisation sans consentement (128).

Par exemple, selon eux, l'agression serait plus susceptible de se produire lorsque les usagers se sentent exclus des décisions relatives au traitement (128).

## 1.3. Facteurs de stress extérieurs à l'hôpital

Les principaux facteurs de stress de la vie comme les soucis d'argent, les disputes ou les préoccupations en lien avec les proches peuvent déclencher des incidents menaçant la sécurité dans le service, il est donc important de ne pas les négliger (120,125).

Exemples de situations pouvant déclencher des conflits :

- Dispute avec l'entourage familial ou amical ;
- annonce d'une mauvaise nouvelle par l'entourage ;
- difficultés financières ou préoccupations en lien avec le logement (120,125).

Une hospitalisation en soins sans consentement peut parfois être perçue par les usagers comme un facteur aggravant de leur situation extérieure, les empêchant de s'occuper de ces problématiques (128).

Nous verrons l'importance d'impliquer les proches des usagers dans le processus de soins et de ne pas négliger les problématiques sociales en s'appuyant sur l'aide des travailleurs sociaux.

#### 1.4. Communauté d'usagers

Une unité de soins se compose de personnes n'ayant pas choisi de vivre ensemble. De plus, le comportement de certains usagers peut être imprévisible et gênant et ainsi constituer une source de stress importante pour les autres usagers (120,125).

Certains troubles du comportement peuvent conduire à ce qu'on nomme des phénomènes de « contagion », lorsque des usagers copient le comportement perturbateur ou risqué d'autres usagers ou lorsque le comportement d'un usager suscite de l'anxiété chez un autre déclenchant d'autres comportements conflictuels en tant que mécanismes d'adaptation ou de défense. L'anxiété suscitée peut aussi conduire à une exacerbation d'autres symptômes donnant eux-mêmes lieu à des troubles du comportement (120,125).

Exemples de situations risquant de générer des conflits :

- Les occasions où les usagers sont mis en contact étroit les uns avec les autres comme lors de la réalisation d'activités en grand groupe ;
- la survenue de vols ou de dommages matériels entre les usagers (120,125).

Ainsi, la gestion des interactions usager-usager est tout aussi importante que la gestion des interactions personnel-usager.

Nous verrons par la suite comment la survenue de ce type de conflit peut être évitée.

#### 1.5. Caractéristiques des usagers

Trois groupes de caractéristiques peuvent donner lieu à des conflits :

- Les symptômes psychiatriques, par exemple un syndrome délirant de persécution peut entraîner une agression défensive ou une symptomatologie dépressive peut être à l'origine de tentatives de suicide (79,120,125).

Il est important de préciser que l'expérience de la maladie c'est-à-dire la façon dont les symptômes affectent les usagers est tout aussi importante à prendre en compte que les symptômes eux-mêmes. En effet, pour certains usagers, le stress lié aux

symptômes psychiatriques est lui-même perçu comme pouvant être directement à l'origine d'un comportement agressif (128).

- Les traits de personnalité, par exemple les caractéristiques d'un trouble de la personnalité antisociale pouvant augmenter le risque d'agression ou d'un trouble de la personnalité de type état-limite pouvant augmenter le risque d'automutilations (79)(120,125).
- Les caractéristiques démographiques, par exemple le fait d'être jeune et de sexe masculin augmenterait le risque de passage à l'acte hétéro agressif (120,125).

De plus, certains cliniciens estiment que les usagers souffrant de maladies mentales aiguës peuvent avoir un contrôle émotionnel réduit, conduisant plus rapidement à l'irritabilité ou à la peur, ce qui peut ensuite favoriser l'émergence de conflits (79) (128).

Il est donc indispensable d'apaiser la détresse psychique des usagers en utilisant une pharmacothérapie et une psychothérapie adaptée aux types de symptômes présentés (120,125).

De plus, il semblerait qu'une proportion significative de conflits seraient dus à une petite proportion d'usagers, il serait donc intéressant d'envisager des interventions thérapeutiques spécifiques pour ces usagers (122)(126).

## 1.6. Cadre réglementaire

Il s'agit des contraintes pesant sur les usagers, dictées en grande partie par l'extérieur du service comme la politique nationale en matière de soins de santé mentale qui influe sur le parcours des usagers (fournitures, traitement, hébergement etc.) ou les politiques hospitalières (120,125).

Le personnel ne contrôle pas le cadre réglementaire, mais il contrôle la manière dont il l'applique. Une attention particulière doit être portée au respect des droits des usagers ce qui implique de leur délivrer des informations précises et de les aider lors

de procédures difficiles comme dans le cas d'un dépôt de plainte par exemple (120,125).

De manière générale, dans l'application de toute législation sur la santé mentale, accroître la liberté des usagers dès que possible en leur permettant de faire des choix, en écoutant leurs points de vue, en négociant avec eux et en se montrant flexible pourrait contribuer à réduire les conflits (120,125).

#### 1.7. Différences de perceptions entre usagers et personnel soignant

Pour conclure cette partie sur les déclencheurs potentiels de comportements agressifs, il est intéressant de souligner qu'il existe des différences de points de vue entre les usagers et le personnel soignant (128).

Les soignants citent très fréquemment les symptômes psychiatriques comme acteurs principaux contribuant à l'agression alors que les usagers les mentionnent avec moins de fréquence et d'insistance (79,128).

Les explications des comportements agressifs par les usagers sont davantage contextualisées par rapport à leur expérience vécue dans l'unité (79).

De plus, de nombreux usagers citent des problématiques extérieures à l'unité, comme des difficultés familiales ou socio-économiques, comme étant à l'origine de comportements agressifs alors que ces problématiques sont très peu citées par les soignants ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les soignants aient tendance à se concentrer sur les symptômes actuels et ne parviennent donc pas à identifier les facteurs de stress de la vie de la personne comme précurseurs de l'agression. Parmi les autres explications possibles, on peut citer la possibilité que les soignants ne connaissent pas les facteurs de stress auxquels sont soumis les usagers, ou qu'ils se méfient de leurs récits en raison de l'acuité des symptômes (128).

## 2. Architecture, gestion et aménagements de l'espace

### 2.1. Présentation de quelques concepts, acteurs et contexte législatif

#### 2.1.1. Psychologie environnementale

La psychologie environnementale est une branche de la psychologie qui étudie l'interaction entre les individus et leur environnement. Il existe plusieurs types d'environnement : l'environnement bâti (les espaces physiques, les structures architecturales), l'environnement social (les interactions avec autrui, les normes sociales) et l'environnement naturel (les paysages, les espaces verts) (43).

Cette discipline a fait son apparition dans les années 50/60 sous l'impulsion d'architectes, urbanistes et aménageurs notamment, qui questionnaient les psychologues sur l'impact que peut avoir le cadre de vie sur les individus. Elle étudie donc comment l'environnement affecte le comportement, les émotions, les cognitions et le bien-être des individus, et inversement comment les individus influencent et modifient leur environnement (43).

Les chercheurs en psychologie environnementale étudient une variété de sujets, tels que l'impact de l'environnement sur le stress, la productivité au travail, la santé mentale ou encore la prise de décision (43).

Il est maintenant avéré par de nombreuses expériences que le cadre de vie de l'individu a un fort impact sur son stress, sa santé, son bien-être, et ses comportements. Ainsi, on ne peut dissocier les soins de santé de leur environnement bâti. L'architecture, les équipements, le mobilier, les couleurs, l'art et d'autres éléments de cet environnement influencent la prestation des soins de santé et leurs résultats (44).

#### 2.1.2. Conception fondée sur des données probantes

Le domaine de la conception fondée sur des données probantes (Evidence Based Design, EBD) s'est développé au cours des dernières décennies. Il s'agit d'utiliser les connaissances scientifiques à notre disposition afin d'orienter la conception des établissements de santé de manière, entre autres, à améliorer le bien-être des usagers, on parle alors « d'environnement de guérison » (44). En effet, il est

primordial de comprendre la manière dont les services de psychiatrie peuvent être conçus et aménagés pour promouvoir le bien-être des usagers d'autant plus dans un service de SPSC où dès l'admission les usagers, du fait de leur pathologie et du mode de soins, présentent un niveau de stress important (43).

Le mouvement en faveur de l'EBD dans les soins de santé a commencé avec RS. Ulrich, Professeur d'architecture suédois, qui a comparé l'effet positif de la vue d'un paysage naturel sur le rétablissement de patients ayant subi une intervention chirurgicale à celui de patients ayant subi la même intervention mais ayant une vue sur un mur de brique (45). Cette étude a montré que, par rapport au groupe exposé à la vue d'un mur, les patients exposés à la vue d'un arbre restaient moins longtemps à l'hôpital après l'opération, présentaient moins de complications post opératoires ainsi que des douleurs moins importantes. Depuis cette étude datant de 1984, de nombreux universitaires se sont intéressés à l'impact de l'environnement physique de l'hôpital sur le bien-être et la santé des usagers et de plus en plus de connaissances sur la conception de soins de santé fondés sur des données probantes sont disponibles (46).

### 2.1.3. Différents acteurs

- *Le GACAP*

Le groupe d'appui et de conseil en architecture psychiatrique (GACAP) a vu le jour en novembre 2020 (47).

Cet organisme réunissait au départ la Conférence nationale des présidents de CME des CHS et l'Union des architectes francophones en santé (UAFS). Aujourd'hui, il a été rejoint par la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy), l'Association des établissements du service public de santé mentale (Adesm) et l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap). Cet organisme œuvre afin de sensibiliser les acteurs de la psychiatrie à l'intérêt d'une architecture adaptée pour améliorer l'accueil, les prises en charge des usagers et les conditions de travail (47).

Ils ont pour projet la conception d'un guide à l'attention des professionnels de santé pour aider à l'élaboration d'un projet immobilier en psychiatrie. Ils s'intéressent, entre autres, aux spécificités de l'architecture en psychiatrie, à l'accueil des familles, à

l'image des établissements, à l'accès des usagers à des espaces extérieurs et aux espaces d'isolement et d'apaisement. Ils identifient les actions et les projets à travers un état des lieux des établissements innovants en la matière afin de les valoriser et de s'appuyer sur leurs expériences. Ils rappellent l'importance de placer l'utilisateur au centre des préoccupations et emploient le terme de « patient partenaire » (47).

Concernant la conception d'unités de SPSC, ils soutiennent l'idée qu'il faut chercher à créer davantage de liberté dans l'espace afin que les usagers se sentent le moins contraints possible et que les comportements agressifs diminuent.

- *Le lab-ah : Laboratoire d'accueil et d'hospitalité du GHU de Paris psychiatrie et neurosciences*

Le lab-ah est un laboratoire d'innovation culturelle par le design. Il a été fondé en 2016 par Carine Delanoë-Vieux et Marie Coirié qui le dirigent actuellement. Le lab-ah s'appuie sur les compétences du design et du développement culturel pour concevoir et produire des expérimentations autour de l'accueil et de l'hospitalité, avec les usagers de l'hôpital : patients, familles et professionnels (48).

L'action du lab-ah est structurée autour de 3 axes :

- L'amélioration de la vie quotidienne par la création d'espaces favorisant la relation à soi et aux autres (49).
- La recherche de ressources thérapeutiques pour aider à prévenir les crises : tout ce qui peut contribuer à l'apaisement et à réduire le sentiment de frustration lié à l'institutionnalisation à travers un aménagement libre et modulable et une certaine prise d'autonomie (49).
- Le soutien des projets des équipes de soins : aider les professionnels à monter des projets pour eux même et par eux même (49).

Le lab-ah a organisé en octobre 2022 une journée d'étude sur le thème «De l'art d'apaiser et de s'apaiser en psychiatrie » (49) dont certains éléments seront repris dans cette revue de la littérature.

#### 2.1.4. Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie

Les « conditions techniques de fonctionnement » en psychiatrie ont été précisées dans ce décret qui est applicable depuis le 1<sup>er</sup> juin 2023 et qui rend donc obligatoire une qualité architecturale minimale au sein des services de psychiatrie (50).

Ce décret précise les conditions matérielles d'accueil des usagers dans les services de psychiatrie. Celles-ci comprennent :

- « 1° Des chambres individuelles ou de deux lits, équipées de sanitaires. Chaque chambre est équipée d'un dispositif d'appel accessible à chaque patient et d'un placard fermant à clé. Chaque chambre individuelle est équipée d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte ».
- « 2° Au moins un chariot d'urgence ».
- « 3° Au moins une salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique, sur site ou accessible sur un autre site ».
- « 4° Au moins un espace de convivialité ».
- « 5° Au moins un espace permettant des prises en charge collectives. Le cas échéant, ces espaces peuvent être mutualisés avec les salles mentionnées au 3° ».
- « 6° Un espace d'accueil de l'entourage permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges ».
- « 7° Un accès à un espace extérieur sur site ».

Ce décret précise des dispositions spécifiques pour les unités accueillant des usagers en SPSC qui s'appliquent en plus des obligations sus cités, à savoir :

- « 1 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 ».
- « 2° Une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles. Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point

d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient ».

- « 3° Un espace d'accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges et notamment les rendez-vous avec les avocats ».
- « 4° Un espace extérieur sécurisé ».

De plus, le décret précise que l'aménagement des locaux doit permettre la libre circulation des patients entre les différents lieux de soins de l'unité.

Un délai de deux ans devrait être accordé pour les mises en conformité des services de psychiatrie (47).

#### 2.1.5. Notion de « complexe curatif et sécuritaire »

Au sein des unités de SPSC, il n'est pas toujours facile de garantir un environnement qui soit à la fois sûr et agréable pour les usagers.

Stefan Lundin distingue « l'architecture curative », environnement physique qui accroît le bien-être et la réadaptation des usagers, et « l'architecture de sécurité » qu'il qualifie comme un environnement physique sûr qui permet au personnel de se concentrer sur les soins des usagers dans de bonnes conditions (51).

Le « complexe curatif et sécuritaire » représente l'interrelation complexe entre ces deux types d'architecture. Le plus souvent, la guérison et la sécurité servent un objectif commun mais il arrive que les attentes des usagers et du personnel soient différentes (51). Plusieurs études ont constaté que les mêmes caractéristiques perçues par le personnel comme étant bénéfiques pour les usagers (par exemple, aspects de la conception centrés sur le patient favorisant l'indépendance, l'intimité et le contrôle de l'environnement) pouvaient être perçues comme étant désavantageuses pour le personnel (52,53). Cela témoigne de difficultés ressenties par le personnel pour promouvoir l'autonomie de l'utilisateur tout en maintenant un environnement thérapeutique sûr (53).

Ainsi, offrir aux usagers et au personnel un environnement sain et sûr semble être le défi architectural le plus important dans la conception des unités psychiatriques de soins sans consentement au sein desquelles des soins de qualité doivent aller de pair avec un haut degré de sécurité.

### 2.1.6. Théorie de réduction du stress

Nijman et al (54), ont élaboré un modèle explicatif du comportement agressif des usagers dans les services de psychiatrie. Selon ce modèle trois catégories de variables contribuent à l'agression :

- Les variables relatives à l'utilisateur (psychopathologie, cognitions déformées, impulsivité) ;
- les variables relatives à l'unité de soins (facteurs de stress environnementaux) ;
- les variables relatives au personnel (facteurs de stress psychosociaux, difficultés communicationnelles).

La psychopathologie conduisant à l'admission d'un usager dans un service psychiatrique sans son consentement est quasi systématiquement accompagnée d'un stress aigu. Cependant, l'hospitalisation introduit inévitablement un nouveau stress situationnel pour l'utilisateur. Après l'admission, plusieurs facteurs de stress environnementaux (par exemple le bruit ou le manque de lumière) et psychosociaux (par exemple le manque d'intimité) entrent en jeu. Les usagers peuvent être surstimulés en raison de l'agitation qui règne dans le service ou au contraire souffrir de sous stimulation, du fait du manque d'activité par exemple, ce qui peut également conduire à des troubles du comportement. Les usagers peuvent interpréter ces facteurs de stress comme étant extrêmement menaçants et un comportement agressif peut finir par se manifester (54).

Après un premier passage à l'acte agressif, un cercle vicieux peut ensuite se développer. En effet, en réponse au comportement violent de l'utilisateur, pour garantir la sécurité des autres usagers et du personnel, des mesures de contrôle voire des mesures coercitives, peuvent être prises intensifiant ainsi les facteurs de stress environnementaux. En effet ces mesures peuvent renforcer les croyances erronées de l'utilisateur ayant conduit au comportement agressif et le rendre méfiant envers l'équipe soignante. L'alliance thérapeutique en sera donc impactée. De plus, le comportement agressif peut entraîner des réactions négatives de contre-transfert au sein de l'équipe soignante ce qui crée des problèmes de communication et intensifie donc les facteurs de stress psycho-sociaux pour l'utilisateur (54).

Ainsi on est face à une augmentation des facteurs de stress environnementaux et psycho sociaux pouvant mener à un schéma répétitif de comportements violents engendrant des mesures de plus en plus restrictives conduisant à un cercle vicieux (54).

Selon Carine Delanoë Vieux, il faut penser les environnements dans leur potentiel d'aggravation ou d'atténuation de la violence. « L'espace n'est pas neutre, il n'est pas un cadre vide à remplir de comportements : il est cause, source de comportements ». Ainsi il s'agit de penser les espaces hospitaliers non pas seulement pour contenir la violence mais comme des médiateurs de soins susceptibles de la prévenir (55).

Afin d'éviter ce phénomène, il est donc capital d'agir en amont sur les facteurs de stress. Dans cette partie nous allons nous intéresser aux moyens à notre disposition pour minimiser les facteurs de stress environnementaux, les facteurs de stress psycho sociaux seront abordés ultérieurement.

Selon la théorie de réduction du stress, une réduction des facteurs de stress environnementaux et psychosociaux réduirait le risque d'émotions négatives et donc de survenue de comportements agressifs (56).

Ulrich et al, font le constat de l'absence de théorie sur la conception de l'environnement physique des établissements psychiatriques en vue de réduire les comportements agressifs et que peu de recherches se sont intéressées à ce sujet (56).

Dans ce contexte, ils ont proposé un modèle conceptuel proposant de réduire les agressions dans les établissements psychiatriques. Ce modèle conçoit l'environnement physique avec dix caractéristiques de réduction du stress fondées sur des preuves et a été testé dans un nouvel hôpital psychiatrique suédois. L'étude a montré une diminution significative de deux indicateurs de comportements agressifs (injections obligatoires et contentions mécaniques) dans le nouvel hôpital (comprenant neuf des dix caractéristiques de réduction du stress) par rapport à

l'ancien hôpital datant des années 1970 (qui comportait une seule des caractéristiques).

Les résultats suggèrent donc que le recours à une architecture optimisée avec comme objectif principal une diminution des facteurs de stress et ainsi une amélioration du bien-être des usagers, peut également accroître la sécurité globale des usagers et du personnel (56).

Les dix caractéristiques d'aménagement visant à atténuer le stress ont été classées en quatre catégories conceptuelles : réduction du stress lié à la promiscuité, réduction du stress lié à l'environnement, réduction du stress par des distractions positives et aménagement pour l'observation.

Dans les prochaines sections, ces quatre catégories vont être présentées.

## 2.2. Réduction du stress lié à la promiscuité

### 2.2.1. Notion de densité sociale

Le stress lié à la promiscuité, et l'agressivité qui en découle, serait lié à des insuffisances de l'environnement physique qui limiterait la capacité des usagers à rechercher de l'intimité, à réguler leurs interactions interpersonnelles comme elles l'entendent et à éviter les facteurs de stress tels que le bruit et les disputes (56).

Le stress lié à la promiscuité engendrerait un sentiment de vulnérabilité, d'insécurité et de confusion (57).

La variable la plus importante pour prédire le stress lié à la promiscuité est le nombre de personne par pièce (densité sociale) et non la quantité d'espace en mètre carré par personne (densité spatiale). La densité sociale peut être définie comme un indicateur de la mesure dans laquelle l'architecture des unités psychiatriques facilite ou entrave la capacité des usagers, en se déplaçant, à s'adapter à l'environnement, à réguler les relations et la taille des groupes, à accéder à l'intimité et à éviter les facteurs de stress. Il n'existe par contre, aucun lien entre le taux d'occupation des services et les comportements agressifs (56).

### 2.2.2. Chambre individuelle avec salle de bain privée

L'accès pour les usagers à une chambre individuelle avec salle de bain privée serait l'intervention la plus importante pour faciliter l'accès à l'intimité et réduire le stress lié à la promiscuité dans les services psychiatriques (56,58–60).

L'accès à un espace privé permettrait de favoriser un sentiment de dignité (49) et serait également lié à un meilleur fonctionnement global (62).

Paradoxalement, ce type d'espace augmenterait la socialisation et favoriserait des échanges plus positifs entre le personnel et les usagers (63).

Selon le décret du 28 septembre 2022, les chambres doivent aussi être équipées d'un placard fermé à clef pour permettre aux usagers d'y ranger leurs affaires et d'un dispositif d'appel en cas de besoin.

Cependant, il semblerait que les chambres et les salles de bains des usagers soient les lieux les plus propices aux passages à l'acte auto agressifs et aux tentatives de suicide (52). Il s'agit là d'une situation où les objectifs de guérison entrent en conflit avec les objectifs de sécurité et il est donc nécessaire de trouver un juste milieu dans l'aménagement des espaces, permettant un accès à l'intimité tout en maintenant un environnement sécurisé.

Pour cela, des mesures de sécurité spécifiques doivent être prises. Les poignées, charnières, tringles à rideaux, robinets doivent être conçus afin que rien ne puisse y être fixé. Les robinets d'eau doivent être verrouillables et les prises électriques inviolables. Les luminaires, miroirs, meubles doivent eux être conçus pour éviter qu'ils ne soient transformés en armes ou en outils d'automutilation. Les fenêtres doivent elles aussi être incassables (51)(58).

Pour permettre le maintien d'une surveillance adéquat par le personnel, il semble important que les chambres et les salles de bain puissent être verrouillées par les usagers mais avec la possibilité d'être ouvertes par les soignants (65).

Si l'importance de chambres individuelles est communément admise, la question de l'emplacement du lit est davantage débattue.

Ainsi, pour le personnel, voir l'utilisateur lorsqu'il ouvre la porte apporterait un sentiment immédiat de sécurité et cela lui éviterait de réveiller l'utilisateur en allant plus loin dans

la chambre. Mais du point de vue des usagers, le fait de pouvoir être observé directement sans pouvoir se préparer peut être inconfortable. Il s'agit également d'une situation où les intérêts entre le personnel et les usagers peuvent sembler opposés (51).

### 2.2.3. Un grand espace commun et plusieurs sous-espaces avec des sièges mobiles

Afin que les usagers puissent se rencontrer et échanger tout en contrôlant leur niveau de contact social, concevoir le service avec un grand espace commun ainsi que plusieurs sous espaces plus petits paraît indiqué (56).

Ces espaces doivent être variés afin de permettre des activités en petits groupes comme en grands groupes et ainsi permettre un large spectre de relations possibles entre les usagers et entre les usagers et les soignants (43).

En effet, selon le GACAP, un usager fortement angoissé aura besoin d'un espace restreint, enveloppant, pouvant servir de contenant contre ses angoisses. A l'inverse, un usager qui présente des signes de repli sur soi, aura besoin d'un espace plus étendu lui permettant d'entrer en contact avec autrui. Pour meubler ces espaces, la littérature scientifique préconise l'utilisation de chaises mobiles qui, par opposition aux chaises fixes, faciliteraient la régulation de l'espace personnel. De plus, la croyance selon laquelle les chaises mobiles seraient utilisées comme des armes n'a pas été démontrée dans les unités psychiatriques. Au contraire, leur utilisation réduirait les comportements agressifs et favoriserait les interactions interpersonnelles positives (56)(58).

Ainsi, en cas de diminution de la résistance au stress ou en cas de sensibilité accrue aux stimuli environnementaux, ce type de conception permettrait davantage de possibilités de retrait et d'évitement (66).

### 2.2.4. Espaces de visite privés

Lorsque les proches des usagers viennent leur rendre visite dans l'unité, il paraît important qu'ils puissent disposer d'un espace d'accueil agréable afin de leur garantir confort et intimité (58). Il s'agit d'une des dispositions obligatoires prévues par le Décret du 28 septembre 2022 (50).

## 2.3. Réduction du stress lié à l'environnement physique

### 2.3.1. Adaptation des niveaux de stimulation sensorielle

La stimulation sensorielle correspond à la quantité d'information sensorielle à laquelle est exposé un individu. Pour fonctionner de manière optimale, l'individu doit être soumis à un degré de stimulation modéré. En effet une privation sensorielle peut conduire à de l'ennui ou à des affects dépressifs. A l'inverse, une surstimulation sensorielle, chez les individus sains, peut être irritante tandis que chez les individus souffrant de troubles neuropsychiatriques, celle-ci peut être intolérable (43)(67).

En effet, le processus cortical de filtrage des stimuli environnementaux non saillants (appelé « gating sensoriel ») est réduit dans le cadre des maladies mentales aiguës (67).

Les adultes en bonne santé peuvent, en lien avec des niveaux d'anxiété élevés notamment, éprouver des hypersensibilités liées au traitement sensoriel. Cependant, ils sont en mesure de s'adapter à l'entrée sensorielle. Chez les personnes souffrant de trouble psychotique, un déficit de « gating sensoriel » a été démontré et serait un déterminant de la baisse de la qualité de vie chez les personnes souffrant de schizophrénie, de trouble bipolaire et de trouble de stress post-traumatique. On retrouverait également ce déficit dans l'autisme et la déficience intellectuelle (67).

Les personnes souffrant de troubles neuropsychiatriques auraient donc une capacité limitée à filtrer les informations sensorielles redondantes de l'environnement et se trouvent ainsi plus exposées au risque de surcharge sensorielle et d'agitation lorsqu'elles sont hébergées dans un milieu stimulant (67).

On peut également parler de trouble du traitement sensoriel qui correspond à une réaction négative à certaines entrées sensorielles, qui normalement ne seraient pas considérées comme aversives, et qui est une manifestation comportementale d'un dysfonctionnement du traitement sensoriel (68).

Il est donc nécessaire d'adapter les apports sensoriels dans les unités de psychiatrie d'autant plus dans les unités de soins sans consentement où un niveau de stress élevé est présent dès l'admission.

- *Conception réduisant le bruit*

Il est communément admis que l'exposition à un bruit incontrôlable ou imprévisible, chez tout individu, augmente le stress et peut déclencher un comportement agressif (56).

Certaines personnes, comme vu précédemment, présentent une vulnérabilité sur le plan sensoriel avec une sensibilité au bruit pouvant donc être très élevée (69)(70).

La littérature scientifique a démontré que le bruit dans les hôpitaux est un facteur de stress environnemental majeur qui exercerait une influence négative sur les usagers et le personnel. Il contribuerait aux troubles du sommeil, à la dépression, au stress et à des réactions physiologiques négatives (par exemple, hypertension artérielle, rythme cardiaque élevé et faible saturation en oxygène). De plus, il engendrerait des difficultés communicationnelles et nuirait aux performances du personnel (44).

Selon Ben-Zeev et al, les unités de soins psychiatriques bruyantes seraient même associées à une probabilité accrue d'idées violentes chez les personnes hospitalisés pour la décompensation d'une schizophrénie, d'un trouble schizo-affectif ou d'un trouble bipolaire (71).

Il paraît donc nécessaire que les services soient conçus de manière à minimiser les nuisances sonores.

Plusieurs études portant sur la conception d'hôpitaux non psychiatriques avec des caractéristiques visant à réduire le bruit ont montré une diminution du stress psychologique et physiologique des patients et une amélioration de la qualité de la communication entre le personnel soignant et les patients (56,72,73).

La réduction du bruit améliorerait également la durée du séjour des patients, la douleur perçue et l'utilisation de médicaments contre la douleur (44). Les mesures prises dans les hôpitaux non psychiatriques sont, entre autres, l'aménagement de chambres avec des murs et des portes qui bloquent le bruit (séparations murales acoustiques) ainsi que des surfaces environnementales (dalles de plafond acoustiques, panneaux muraux) absorbant le son et diminuant ainsi l'écho et la propagation du bruit (44,74). Ces mesures ont été reproduites dans l'étude de Ulrich et al détaillée précédemment pour la conception d'un nouvel hôpital psychiatrique avec, associées à d'autres mesures, de bons résultats (56).

D'après une autre étude réalisée en hôpital psychiatrique (67), la fin de journée (de 16h à 19h) serait la période où le niveau de stimulation sensorielle serait le plus

élevé et où il y aurait, de fait, le plus d'épisodes d'agitation. Un programme de réduction sensorielle a donc été conçu avec, entre autres, des techniques de réduction du bruit (panneaux indiquant « voix calmes » aux principaux points d'entrée de l'unité, télévision remplacée par de la musique douce) ce qui a contribué à une réduction des épisodes d'agressions et du nombre de mesures de contentions (67).

Malgré l'application de toutes ces mesures, des nuisances sonores peuvent persister.

Il serait donc intéressant de proposer aux usagers dès leur admission des bouchons d'oreilles afin qu'ils ne soient pas dérangés durant leur sommeil.

Cette idée a été proposée par Victoria Leroy qui est designer, illustratrice, rédactrice et co-fondatrice de la Maison Perchée qui est une association visant à accompagner les jeunes adultes vivant avec un trouble psychique (75).

Victoria Leroy propose que ces bouchons d'oreilles soient fournis dans un « kit d'auto soins »<sup>1</sup> remis à l'arrivé dans l'unité et comprenant d'autres outils qui seront présentés dans ce travail de thèse (49,76).

- *Éclairage doux*

En ce qui concerne l'éclairage, certaines études (58,77) recommandent d'opter pour un éclairage doux, indirect et à spectre complet avec une longueur d'onde similaire à celle de la lumière naturelle. Les éclairages encastrés de type projecteur devraient être évités ou placés de manière à ne pas être directement dirigés sur les patients (58).

Dans l'étude de S.Yakov et al (67) sus citée, des mesures ont également été prises pour diminuer l'intensité de l'éclairage. Pour cela, les plafonniers de la salle de jour principale étaient éteints à 16h pour laisser place à un faible éclairage par des lampes de sécurité associé à la lumière naturelle entrant par les fenêtres.

---

<sup>1</sup> « Kitapaise » : Quelles ressources d'auto-soin et de soutien émotionnel pour les usagers en psychiatrie ? Kit d'auto soins de base similaire à un kit d'avion : chaussettes (pour ne pas avoir froid et pour l'aspect réconfortant), masque pour les yeux, chaussons antidérapants, bouchons d'oreilles, crème hydratante, bloc note et crayon.

Le lab-ah qui travaille sur différents projets en lien avec le « design de l'hospitalité », propose de concevoir différentes ambiances lumineuses en fonction des espaces. Grâce à des lampes de type LED l'intensité ainsi que la couleur de la lumière pourraient être modulées en fonction de l'atmosphère souhaitée (49,78).

En complément de ces mesures, il serait intéressant de fournir un masque pour les yeux à l'admission dans le « kit d'auto soins » (76). En effet, la nuit, les soignants passent régulièrement dans les chambres, toutes les heures, voire plus fréquemment afin de s'assurer que les usagers soient en sécurité. Cette surveillance, nécessaire, peut malheureusement nuire à un sommeil de bonne qualité.

- *Bonne aération et odeurs neutres*

Une bonne qualité de l'air (air frais, bonne ventilation et odeurs neutres) est indiquée dans les unités de psychiatrie. Elle faciliterait le rétablissement des usagers (58). A l'inverse, selon certains auteurs, une climatisation inadéquate pourrait contribuer à des épisodes de violence (79).

- *Couleurs murales*

Les recommandations générales trouvées dans la littérature scientifique sont d'éviter les couleurs monochromatiques et fades (58) qui, selon le GACAP entraîneraient le désintérêt et l'endormissement. Les tons chauds et clairs seraient à privilégier pour les murs des services (66)(80).

On constate cependant la présence de résultats contradictoires dans la littérature concernant le choix des couleurs murales (58).

En effet, en fonction de la pathologie que présentent les usagers les recommandations ne sont pas les mêmes. En effet, les couleurs bleu-vert peuvent avoir un effet négatif sur l'humeur des patients dépressifs alors que les couleurs vives pourraient avoir un effet stimulant et donc seraient adaptées pour ces personnes mais moins pour les usagers agités (58).

Ainsi, si l'effet recherché est un effet apaisant, il semblerait que l'utilisation de couleurs proches, de même valeur et de même intensité soit judicieuse. De même

les tons bleus chauds auraient souvent un effet apaisant ou sédatif du fait de leur longueur d'onde plus courte (58).

Selon Stefan Lundin et Cristiana Caira (81), chercheurs suédois qui travaillent depuis plusieurs années sur les propriétés curatives de l'architecture, il serait judicieux de concevoir l'espace à l'aide de matériaux naturels comme des murs et des meubles en bois (sans ajout de couleurs sur les murs). Ces auteurs préconisent que les mobiliers et les œuvres d'art soient les seuls éléments colorés de l'environnement, et que le bâtiment en lui-même reste très « naturel et doux ».

### 2.3.2. Conception favorisant le contrôle et l'autonomie des usagers

Comme abordé en introduction, un nombre important d'usagers décrivent un sentiment de perte de contrôle au moment de leur admission ce qui est inhérent à l'expérience de l'hospitalisation en SPSC et peut conduire à des niveaux de stress élevés (82).

Après l'admission, l'utilisateur se retrouve dans un environnement comportant de nombreuses règles auxquelles il doit se conformer. Le plus souvent il ne peut choisir ses repas ni ses traitements et des temps de repas et de sommeil assez stricts lui sont imposés.

Ce manque de contrôle personnel sur l'environnement physique du service peut ajouter un stress supplémentaire pour les usagers et conduire à un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et être associé à un comportement négatif d'agression ou de fuite (57,62,70).

Le stress résultant du manque de contrôle pourrait même causer des effets négatifs sur le fonctionnement du système immunitaire et d'autres mesures physiologiques (83).

A l'inverse, le fait d'offrir aux usagers la possibilité de faire des choix et de contrôler certains aspects de leur environnement conduirait à un sentiment d'indépendance, d'accomplissement et de sécurité (43,44).

Selon Victoria Leroy (76), il est important de permettre à l'utilisateur de faire des choix, de l'encourager avec des outils et des moyens afin de le laisser être acteur de son bien-être.

Pour cela, plusieurs pistes semblent intéressantes.

Premièrement, dans les chambres, il pourrait être judicieux de permettre aux usagers de :

- *Contrôler les caractéristiques d'ambiance de leur chambre grâce à :*

- Une fenêtre qui peut être partiellement ouverte (56,62,70) ;

- la possibilité de moduler l'intensité de l'éclairage (56,62,70).

Pour cela, les chambres peuvent être équipées d'une veilleuse. Celle-ci pourrait avoir un rôle de réassurance pour certains la nuit ou être utilisée comme source de lumière douce afin, par exemple, de lire (76).

- La possibilité de moduler la température (56,62,70).

- *Choisir la programmation de la télévision (44) et proposer un accès à des livres.*

- *Personnaliser l'espace personnel afin de se le réapproprier :*

- Permettre à l'utilisateur d'accrocher des photos ou de choisir des œuvres d'art ce qui réduirait le stress et améliorerait le bien-être (56,62,70).

On pourrait imaginer un tableau avec des aimants dans chaque chambre où pourraient y être accroché : photos, dessins, cartes postales, mots etc (76).

- Permettre à l'utilisateur d'amener quelque chose qui lui appartient comme une peluche, un plaid ou une taie d'oreiller.

Selon Victoria Leroy, et son recueil de témoignage auprès de nombreux usagers, cela amènerait un apaisement particulier en créant un sentiment de familiarité venant contrecarrer l'aspect institutionnel de l'unité (76).

- Permettre à l'utilisateur d'apporter un parfum d'ambiance familial et apaisant (76).

De plus, dans le service, il est important de permettre aux usagers l'utilisation libre et indépendante des différents espaces afin de satisfaire leur besoin d'autonomie (66). Cette disposition est d'ailleurs mentionnée par le décret du 28 septembre 2022 (50).

Enfin, des mesures simples de confort pourraient contribuer au sentiment de contrôle des usagers et humaniser les soins :

- Si le port d'un pyjama d'hôpital est rendu nécessaire pour des questions d'hygiène ou de sécurité, le choix de la couleur pourrait être proposé.

De plus il paraît important que le pyjama soit conçu dans une grande variété de tailles et dans une matière plus douce (76).

- Il est assez fréquent que les usagers arrivent dans l'unité de soins sans chaussures ou que leurs lacets leur soient retirés par mesure de sécurité. Dès l'admission, dans le kit d'auto soins, on pourrait proposer des chaussettes ainsi que des chaussons à la place des surchaussures en papier qui sont le plus souvent fournis dans ce contexte et qui, selon Victoria Leroy, auraient tendance à déshumaniser les usagers (76).

### 2.3.3. Sentiment de cohérence et lisibilité

Un sentiment de cohérence est favorisé par la capacité de l'utilisateur à comprendre son environnement et se réfère donc à la clarté, à la lisibilité des éléments du bâti. Il engendrerait un sentiment de sécurité et de bien-être. Un environnement lisible est, par exemple, un espace où le déplacement des usagers est facilité grâce à la présence de points de repères (43).

De même, il est important que les usagers puissent comprendre les fonctions des objets et des espaces. Il faut donc éviter les ambiguïtés et concevoir l'unité avec précision et simplicité. Par exemple, on peut décider de faciliter ou d'éviter l'ouverture de certaines portes en mettant les poignées bien en évidence par des couleurs, ou à l'inverse, en les camouflant (43).

Afin de favoriser un sentiment de cohérence, il est également utile d'inclure dans l'environnement du service des éléments qui permettent de conserver des repères

temporels comme des horloges, des calendriers ou encore des magazines récents (70).

#### 2.3.4. Diminution des mesures de sécurité ostentatoires

Au sein des services de soins sans consentement, des mesures de sécurité sont nécessaires afin de prévenir les passages à l'acte auto ou hétéro agressif.

Ces mesures sont souvent visuellement apparentes et peuvent contribuer à augmenter le stress des usagers en leur renvoyant un manque de confiance du personnel soignant en leur capacité personnelle, en leur comportement et en leur prise de décision. Certaines mesures seraient perçues comme négatives, provocatrices et contre-productives (51). Certains usagers rapportent que les unités de soins font souvent écho à des messages qui renforcent l'idée que « vous n'êtes pas capables » ce qui serait ressenti comme profondément invalidant (84).

Ces mesures de sécurité visibles peuvent également être source de stress pour les usagers car, selon Jean Philippe Pierron Docteur en Philosophie, elles seraient la « mémoire silencieuse de l'expérience du malheur antérieur ». Par exemple, une fenêtre bridée renverrait au risque de défenestration (49,85).

Cette hypothèse est d'ailleurs soutenue par l'étude néerlandaise de Van Der Schaaf et al. qui analyse les données provenant de 199 unités d'hospitalisation aux Pays Bas (62). Selon cette étude, la présence de « mesures de sécurité spéciales » telle que la présence de dispositifs de verrouillage des portes avec alarme et ouverture retardée, augmenterait le risque de recours à l'isolement. En effet, selon les auteurs, dans les services où l'accent est mis sur la sécurité, une atmosphère impersonnelle, restrictive et institutionnalisée règne ce qui peut entraîner des réactions négatives telle que de l'anxiété.

Selon Stephan Lundin, « la sécurité doit être présente, mais cachée et non provocante » (51).

## 2.4. Distractions positives réduisant le stress

Le concept de distractions positives est emprunté à la psychologie environnementale.

Le principe des distractions positives est de fournir un niveau modéré de stimulation environnementale qui détourne l'attention des personnes des facteurs de stress, favorise le rétablissement des sentiments négatifs et améliore le bien-être psychologique et émotionnel des usagers (44).

### 2.4.1. Contact avec la nature

D'importantes recherches menées dans les années 1980 et 1990, notamment par R.S. Ulrich, ont confirmé que la vue sur la nature et le temps passé dans la nature exerçaient une influence positive sur la santé (45,82,86,87). Ainsi, passer du temps dans des espaces naturels par rapport à des espaces urbains présenterait de multiples bénéfices tels qu'une meilleure récupération, une réduction de la fatigue cognitive, une amélioration de l'humeur, une restauration de l'attention et une réduction du stress (58,88,89).

La recherche générale sur les soins de santé montre que l'exposition à des stimuli naturels divers (vue d'une scène naturelle, sons de la nature, aquarium, réalité virtuelle, nature audiovisuelle, art de la nature) pourrait réduire l'anxiété et la détresse physiologique mais également réduire la durée des séjours à l'hôpital et diminuer les niveaux de douleur (57,90).

L'accès à la nature a même été identifié par les usagers et le personnel comme un facteur de conception prioritaire dans les environnements de soins de santé généraux (58). Le contact avec la nature améliorerait le sentiment de dignité (61), réduirait le stress (91), l'agressivité et ainsi le recours aux mesures coercitives (56).

L'accès visuel à la nature peut être obtenu soit directement par la présence de jardins extérieurs, de plantes d'intérieur et de fenêtres donnant sur la nature ou indirectement par des œuvres d'art ou d'autres représentations visuelles de scènes de la nature (réalité virtuelle, nature audiovisuelle). L'exposition directe semblerait néanmoins plus efficace que l'exposition indirecte (44).

- *Jardins*

Les patients, les visiteurs et le personnel des hôpitaux non psychiatriques qui utilisent des jardins feraient état d'une réduction du stress et d'une amélioration du bien-être émotionnel (56).

Selon Clare Cooper Marcus, Professeure aux départements d'architecture paysagère de l'université de Californie, et R.S. Ulrich, les jardins contribueraient à réduire le stress dans la mesure où ils offrent :

- La possibilité de pratiquer une activité physique ;
- la possibilité de faire des choix (par exemple s'asseoir au soleil ou à l'ombre, seul ou avec d'autres) et donc d'éprouver un sentiment de contrôle ;
- la possibilité de satisfaire le besoin d'intimité, de tranquillité et d'introspection ;
- un cadre qui encourage les gens à se rassembler et à échanger ce qui permet de satisfaire le besoin de soutien social ;
- un accès à la nature et à d'autres distractions positives notamment via des stimuli sensoriels non invasifs ce qui permet de détourner l'attention des usagers de leur état émotionnel initial pour la porter sur un point de vue extérieur (86,92).

Un jardin thérapeutique pourrait également avoir pour effet d'éveiller les sens et d'aider une personne à mobiliser ses propres ressources intérieures de guérison (86).

Ainsi, permettre aux personnes hospitalisées dans les services de soins sans consentement d'accéder à un jardin apparaît essentiel. L'accès à un « espace extérieur sécurisé » fait d'ailleurs partie des conditions matérielles d'accueil rendues obligatoires par le décret du 28 septembre 2022. Selon le GACAP, les jardins doivent être conçus comme des « cocons verts » qui donnent aux usagers un sentiment de liberté tout en leur permettant de se sentir en sécurité.

Concernant les caractéristiques de ces jardins, des études menées dans des hôpitaux généraux suggèrent que les jardins « informels » ou « naturalistes » conçus dans des styles naturels avec une végétation abondante et des fleurs sont plus efficaces pour réduire le stress que les jardins « formels » ou « géométriques » structurés avec de nombreux éléments architecturaux (56)(93)(89).

Selon Sachs et al, un jardin de guérison réussi a le potentiel de réduire le stress et d'améliorer les résultats pour la santé s'il favorise le soutien social, l'exercice, l'accès à la nature, le sentiment de contrôle et d'intimité et un sentiment de sécurité (93).

Ainsi, les jardins doivent être facilement accessibles aux usagers depuis une zone commune du service par une porte non verrouillée. Ils ne doivent pas nécessiter d'accompagnement par un professionnel, la végétation doit y être prééminente et avec des endroits agréables pour s'isoler ou socialiser avec la présence de sièges mobiles. Des installations sportives pourraient y être installées pour favoriser la pratique sportive. Enfin, il est indispensable que le jardin puisse être surveillé par les soignants depuis l'intérieur du service (51,56,60) par l'utilisation de caméras de surveillance par exemple.

A l'inverse, si le jardin est fermé à clef, qu'il se situe à l'extérieur du service, qu'il n'est pas possible de l'utiliser fréquemment et que l'accès nécessite un accompagnement, il paraît peu crédible d'imaginer un effet positif sur le stress des usagers (51,56,60).

- *Fenêtres sur la nature*

Selon plusieurs études prospectives contrôlées menées auprès de patients hospitalisés et de groupes de non patients, la simple observation de la nature par une fenêtre réduirait le stress psychologique et physiologique et diminuerait la colère chez les personnes exposées à des facteurs de stress (45,56,58,94). De plus, des études ont montré que les employés ayant une fenêtre donnant sur la nature dans leur espace de travail étaient moins stressés et plus satisfaits que les employés n'ayant pas de fenêtre ou une fenêtre donnant sur des bâtiments (56,95) (58).

On pourrait donc imaginer une unité de soins où les fenêtres des chambres offrent une vue sur le jardin.

- *Art de la nature*

Le système visuel humain a évolué pour traiter efficacement les scènes naturelles alors que les images « non naturelles » peuvent être difficiles à regarder et à comprendre et, de ce fait, être physiologiquement stressantes pour le système visuel

et le cerveau (56,96).

Ainsi, il semblerait que les œuvres d'art représentatives de la nature devraient être privilégiées dans les services psychiatriques tandis que les œuvres d'art abstraites devraient être utilisées avec prudence (56,83,97). En effet, les images de la nature pourraient réduire l'anxiété (58,91,98) alors que l'exposition à l'art abstrait entraînerait une augmentation des émotions négatives (inquiétude, colère, anxiété, dépression) et des réponses physiologiques au stress (augmentation de la pression artérielle et de la fréquence respiratoire) (57,99).

- *Plantes*

L'ajout de plantes naturelles dans les services a été recommandé par plusieurs auteurs(58,80). Les usagers y étant exposés rapportent des niveaux inférieurs de stress par rapport aux usagers n'y étant pas exposés (91). L'ajout de plantes artificielles aurait également un impact positif sur le bien-être des usagers notamment sur le plan de l'humeur (100).

#### 2.4.2. Exposition à la lumière naturelle

La lumière naturelle présenterait des avantages par rapport à la lumière artificielle pour le maintien de la santé en générale (77).

Plusieurs études dans les milieux de soins non psychiatriques l'illustrent. Ainsi d'après Beauchemin et al (101), l'exposition à la lumière naturelle dans les chambres de patients ayant subi un infarctus du myocarde réduirait la mortalité par rapport aux patients se trouvant dans des chambres moins exposées. Selon l'étude de Walch et al (102) portant sur des patients ayant subi des opérations de la colonne vertébrale, les patients exposés à une plus grande intensité de lumière naturelle, ressentiraient moins de stress, moins de douleurs et consommeraient moins de médicaments analgésiques que les patients moins exposés.

Dans les hôpitaux psychiatriques, la littérature scientifique montre que les personnes hospitalisées pour dépression qui disposent de chambres davantage éclairées par la

lumière du jour, récupérerait plus rapidement que celles ayant des chambres moins bien exposées (56,58,77,103).

De plus, l'exposition à la lumière naturelle améliorerait la qualité du sommeil (44).

Concernant l'influence de la lumière naturelle sur l'agressivité dans les hôpitaux psychiatriques, il semblerait qu'aucune étude ne l'ait encore examinée (56). Cependant, des études sur des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer suggèrent que les niveaux d'agitation sont plus faibles lorsque la lumière du jour est suffisante (56).

La lumière naturelle aurait également des effets positifs sur le personnel soignant. Ainsi, les soignants ayant accès à davantage de lumière naturelle déclarent moins de stress au travail, un meilleur état de santé et une plus grande satisfaction (56,104).

Dans les unités de soins sans consentement il paraît donc important d'augmenter la lumière du jour avec la présence par exemple de puits de lumière, de grandes fenêtres et d'atriums dans les lieux de vie (56).

De même, les chambres pourraient être conçues avec de grandes surfaces vitrées du côté ensoleillé afin de laisser entrer une grande quantité de lumière naturelle. Cela pourrait favoriser le bien-être et contrecarrer le sentiment d'être « enfermé »(66).

De plus, de grandes fenêtres basses pourraient également améliorer les capacités sensorielles des usagers et réduire le sentiment de paranoïa (58).

Il faut cependant être vigilant vis-à-vis du risque d'éblouissement dû à la lumière du soleil (44).

#### 2.4.3. Espace social convivial et aspect « anti-institutionnel »

Les interactions sociales entre les usagers peuvent être sources de soutien social et ainsi contribuer à les protéger du stress (66). Les personnes bénéficiant d'un soutien social important seraient moins stressées et en meilleure santé que celles qui sont plus isolées. Un niveau élevé de soutien social améliorerait même les taux de guérison et de survie pour diverses affections médicales (83).

Il paraît donc important que les services présentent plusieurs espaces dédiés aux interactions sociales qui soient conviviaux et facilement accessibles pour les usagers (66). Pour cela, il paraîtrait important de réduire l'aspect institutionnel en optant pour un environnement familial, plus proche de celui d'une maison. Le fait d'opter pour un aspect « anti-institutionnel » est l'une des recommandations les plus constantes de la littérature pour la conception des hôpitaux psychiatriques. Ce type d'atmosphère serait perçue comme apaisante, procurerait un sentiment de sécurité, un meilleur bien-être émotionnel et intellectuel et améliorerait le comportement des usagers (réduction de la violence et du vandalisme). De plus, elle favoriserait les interactions sociales (57,63,70,105).

Cela peut se traduire par l'utilisation de fauteuils rembourrés, de tapis décoratifs (80) ou encore de l'installation de moquette pour améliorer le confort et l'apparence (ce qui doit être mis en balance avec les difficultés d'entretien) (58). Les meubles pourraient être conçus avec des formes courbes plus douces, plus enveloppantes et plus sûres (76). De plus, il semblerait que rendre les mesures de sécurité moins visibles comme vu précédemment participerait également à la diminution de l'aspect institutionnel de l'unité.

## 2.5. Visibilité dans le service

Un service conçu de manière à favoriser une bonne observation par les professionnels réduirait indirectement le stress des usagers en facilitant l'adaptation du personnel à l'évolution de la situation (surveiller les usagers, anticiper et prévenir les comportements agressifs) (56). Ainsi, une plus grande visibilité dans le service serait associée, parmi les autres mesures, à une réduction de l'utilisation de mesures coercitives (62,66) et à une augmentation du sentiment de sécurité pour les usagers et le personnel (62).

Tout d'abord, pour favoriser une bonne visibilité dans le service, les lignes de vue doivent être dégagées et la construction d'angles morts évitée (79). Il est judicieux d'éviter au maximum les couloirs, ou de les concevoir larges et coniques, car ceux-ci favoriseraient les comportements agressifs et entraveraient la surveillance. Ainsi, les services pourraient être conçus autour d'un grand espace commun central avec un atrium. Autour de cette zone centrale pourraient être disposés plusieurs sous

espaces communs ainsi que les chambres qui seraient visibles grâce à la présence de cloisons vitrées, résistantes à la rupture, séparant les différents espaces et donnant l'impression d'une grande pièce (56,58,62,66).

Le GACAP préconise que les unités de soins sans consentement soient conçues à partir d'une base circulaire avec un plan en étoile et que tous les locaux le permettant soient vitrés sur la circulation des personnes afin de « voir et être vu ».

Pour faciliter l'observation, le modèle de supervision utilisé dans les hôpitaux psychiatriques suédois (et dans d'autres pays d'Europe du Nord) demande au personnel de passer « autant de temps qu'il est raisonnablement possible » en dehors des offices ou des postes de travail à surveiller les usagers et à interagir avec eux directement (56). De plus, il paraît important que le service soit équipé de caméras de surveillance reliées à des écrans situés dans chaque poste de travail pour garantir que les usagers de toutes les zones du service puissent être surveillés en permanence (à l'exception des chambres et salles de bains afin de garantir l'intimité) (62,65).

## 2.6. Espaces spécifiques

### 2.6.1. Poste de soins et espace pour le personnel

Les postes de soins traditionnels fermés en « aquarium » (personnel infirmier installé dans une « bulle » donnant sur les zones communes de l'unité) constitueraient selon certains auteurs une barrière physique et symbolique séparant le personnel et les usagers (79). Dans cette étude, de nombreux usagers ont rapporté se sentir effrayés et exposés. Selon eux cette dynamique entraînerait de la colère et le sentiment d'être ignoré et abandonné ce qui pourrait contribuer à des actes de violences.

Selon une autre étude (58), ces postes de soins fermés ne seraient pas accueillants et véhiculeraient une image d'inaccessibilité du personnel.

A l'inverse, les postes de soins ouverts auraient des effets psychologiques, comportementaux et sociaux positifs. Ils permettraient de réduire la distance psychologique entre les usagers et le personnel soignant et de diminuer les croyances négatives des usagers (comme la croyance que le personnel soignant

aurait peur d'eux ou l'impression d'être gênant). De plus, contrairement à ce que l'on pourrait penser, selon certaines études, ils auraient permis une diminution des demandes des usagers au personnel soignant (58)(106).

Ainsi, la présence de postes de soins ouverts pourrait contribuer à améliorer l'ambiance générale dans le service ainsi que la communication entre les usagers et le personnel (58)(106).

Il est cependant nécessaire de concevoir un espace contigu et sécurisé, fermé aux usagers pour préserver la confidentialité des dossiers et le respect du secret médical lors des transmissions entre soignants (58).

Au-delà de la nécessité d'un espace fermé pour le stockage des dossiers et les transmissions, il est nécessaire de prévoir un espace de pause convivial pour le personnel permettant la socialisation et la détente. En effet le manque d'espaces réservés au personnel aurait des répercussions négatives sur les soins aux usagers et sur le bien-être du personnel (53).

A l'inverse, la présence d'un tel espace améliorerait le bien-être, la satisfaction au travail ainsi que la communication entre professionnels (58).

### 2.6.2. Espace fumeurs

La prévalence du tabagisme parmi les personnes présentant des troubles psychiques est beaucoup plus élevée qu'en population générale (jusqu'à 60% des personnes atteintes de psychose et jusqu'à 70% des personnes hospitalisées dans un service de psychiatrie) entraînant pour ces personnes une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans (107). De plus, le tabagisme peut rendre certains traitements médicamenteux moins efficaces et aggraver les symptômes anxieux et dépressifs (107).

Il apparaît donc comme un marqueur puissant d'inégalités sociales de santé et il est donc primordial que les services de soins psychiatriques encouragent et accompagnent les usagers vers un arrêt du tabac.

Cependant, les avantages pour la santé globale d'une limitation du tabagisme doivent être mis en balance avec les avantages psychologiques à court terme du comportement tabagique et la détresse des fumeurs qui se retrouveraient privé de la liberté de fumer (108).

En effet, le fait de fumer peut être considéré comme un facilitateur d'interactions sociales avec d'autres fumeurs ce qui contribuerait à atténuer l'isolement qui accompagne souvent la maladie mentale (108).

De plus, les récits de certains usagers sur les espaces fumeurs ont montré qu'ils étaient vécus comme des sites de résistance au « contrôle institutionnel » pouvant favoriser un sentiment d'autonomie et de contrôle (108).

Il existe donc une vraie controverse entre le fait d'accompagner les usagers vers l'arrêt du tabac et ne pas les priver d'un espace qu'ils perçoivent comme un élément important de leur bien-être social et mental.

En conclusion, on pourrait imaginer la conception d'un espace fumeur distinct du jardin afin de ne pas gêner les non-fumeurs. En parallèle, la diminution et l'arrêt du tabagisme doivent être encouragés.

### 2.6.3. Espace d'apaisement/sensoriel

Cette partie sur les espaces d'apaisement aurait également pu être présentée dans la partie « distractions positives ». En effet, l'objectif de ces espaces correspond au principe des distractions positives qui est de fournir un niveau modéré de stimulation environnementale qui détourne l'attention des personnes des facteurs de stress, favorise le rétablissement et améliore le bien-être psychologique et émotionnel des usagers (44).

Ces espaces, aménagés au sein des unités, visent à apaiser les usagers via divers stimuli (visuels, auditifs, olfactifs et tactiles) par le biais de lumières, fauteuils confortables, balles antistress, couverture, tapis, musiques et odeurs (109).

La HAS a émis des recommandations pour ces espaces :

- Ils doivent être aménagés dans les unités de soins ;
- il s'agit d'un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un usager ;
- il est utilisé de façon volontaire, le plus souvent sur demande de l'utilisateur ou sur suggestion de l'équipe soignante, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation ;

- l'utilisateur peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment ;
- il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc (23) ...

Voici quelques exemples de techniques utilisées et leurs résultats selon la littérature scientifique :

- La diffusion de sons de la nature, comme des chants d'oiseaux, ou la diffusion de musiques relaxantes permettrait de réduire le stress et la douleur (44) ;
- la combinaison de stimuli audios et visuels positifs, comme le visionnage de paysages naturels sereins accompagnés de musique classique par exemple, permettrait une réduction de l'utilisation de médicaments sédatifs (44) ;
- le port de gilets lestés, permettrait de réduire la distractibilité et les comportements d'autostimulation chez les enfants atteints de troubles du développement et de réduire l'anxiété chez les adultes hospitalisés en psychiatrie (67).

L'utilisation de ces lieux permettrait une « amélioration des capacités de gestion de l'anxiété, de l'estime de soi, du bien-être, de la régulation émotionnelle, de l'autonomie et de la communication interpersonnelle mais aussi la réduction du stress et de la douleur subjective chez les usagers » (109).

Ces espaces permettraient également de réduire efficacement les comportements agressifs et le recours à la contention dans les unités psychiatriques (67).

Malheureusement, en 2021, on estimait à moins de 10% le nombre de services de psychiatrie équipés de tels espaces (109). Cela devrait changer dans les années à venir. En effet, le décret du 28 septembre 2022 rend obligatoire la présence d'un espace d'apaisement au sein des unités de soins sans consentement (50).

Le lab-ah, lors de sa journée d'étude sur le thème de l'apaisement (49), a présenté une « recherche-projet collaborative en design pour la conception et le déploiement des espaces d'apaisement au GHU Paris » (78).

Selon eux, un espace d'apaisement doit être pensé comme un endroit accueillant, chaleureux, permettant d'éviter les moments d'angoisses et d'agitation. Il doit

incarner un espace de liberté, de ressourcement et soutenir la relation soignant-soigné.

Il est important que cet espace soit ouvert tout au long de la journée et que les usagers, s'ils le souhaitent, puissent y accéder librement, accompagnés d'un professionnel de santé.

Ils recommandent que le mobilier ne soit pas fixe afin de pouvoir moduler l'espace. L'espace comporte des assises confortables comme des « poufs » ainsi qu'un fauteuil permettant de se balancer, un tapis permettant de faire du yoga ou de la relaxation et un tableau ardoise pour permettre l'expression libre et favoriser l'introspection et l'évasion écrite.

Des objets ressources y sont disposés comme des plaids, des livres, qui rapprochent de l'univers domestique et apportent un sentiment de réconfort. Des films adhésifs de couleur pourraient être collés sur les fenêtres afin de filtrer la lumière et la rendre plus douce.

Le pouvoir d'agir des usagers doit être restauré grâce à diverses ressources comme le tableau noir et la lecture mais aussi en permettant des temps d'écoute musicale. Une liberté de posture doit être permise en proposant différentes assises.

Selon le lab-ah cette liste ne doit pas être exhaustive mais doit s'enrichir au cours des expérimentations. Un espace d'apaisement est un projet porté par une équipe ainsi il n'est pas judicieux de dupliquer de manière unique un même modèle mais plutôt d'avoir un socle commun dont les équipes peuvent se saisir avant d'effectuer des ajustements en fonction de leur service et de leurs idées et envies.

En collaboration avec le lab-ah, un service du GHU Paris a servi de service pilote et a présenté son retour d'expérience. Il s'agit d'une Unité de Soins Intensifs de 10 lits comportant initialement deux chambres d'isolement. Une chambre d'isolement a été remplacée par un espace d'apaisement.

Le retour d'expérience a montré que ce lieu était investi et respecté par les usagers. Il a eu pour effet de pacifier le climat général de l'unité en permettant aux soignants et aux usagers de se rencontrer différemment et ainsi d'améliorer l'alliance thérapeutique.

Cependant, il n'a pas permis de prévenir l'isolement des usagers arrivant dans le service et présentant un état d'agitation important. Il était plutôt investi en amont de la crise et permettait donc de prévenir des situations de tension, d'agitation pouvant

amener à l'utilisation de mesures coercitives. Dans le service, le taux d'isolement a chuté de 50% du fait de la fermeture d'une chambre d'isolement sans que ne soit observé davantage de passage à l'acte auto ou hétéro agressif ou davantage de mesures de contention.

#### 2.6.4. Salle de sport

La présence d'une salle de sport fait également partie des dispositions spécifiques rendues obligatoires pour les unités de soins sans consentement par le décret du 28 septembre 2022 (50).

L'agressivité et l'inactivité étant positivement liées, la possibilité de pratiquer une activité sportive devrait contribuer au maintien d'un environnement sûr (60).

De plus, l'amélioration de la condition physique des personnes souffrant de troubles mentaux graves (schizophrénie, troubles bipolaires et troubles dépressifs majeurs) pourrait réduire la mortalité toutes causes confondues (110). Une étude a également montré que le nombre de pas quotidiens serait associé à une meilleure fonction cognitive (meilleures capacités attentionnelles, meilleure vitesse de traitement, meilleur temps de réaction et meilleure vitesse motrice) chez les personnes hospitalisées atteintes de schizophrénie (111).

Pour satisfaire le besoin d'autonomie, il semble important que cet espace ne soit pas fermé à clef afin que les usagers puissent en profiter librement. De plus, pour garantir un environnement sécurisé, le matériel mis à disposition ne doit pas pouvoir être détourné et utilisé comme une arme.

#### 2.6.5. Chambre d'isolement

Si l'utilisation de l'espace d'apaisement, de la salle de sport ou d'autres techniques d'apaisement ne permettent pas de diminuer la tension psychique ou si l'on se trouve d'office dans une situation d'agitation avec un risque majeur de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, l'utilisation de la chambre d'isolement peut être nécessaire afin de garantir la sécurité de l'utilisateur lui-même, des autres usagers et du personnel soignant.

Selon les recommandations de la HAS, « la mesure d'isolement doit être faite dans

un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural » (23).

L'espace d'isolement doit remplir plusieurs critères :

- L'absence de tout objet dangereux doit être vérifié ;
- il doit respecter l'intimité et la dignité du patient et permettre le repos et l'apaisement ;
- la disponibilité de la chambre du patient doit être assurée à tout moment ;
- il doit être suffisamment grand pour permettre d'accueillir le patient et un nombre suffisant de soignant ;
- il bénéficie d'un accès aux toilettes et à la douche ;
- il est entretenu et propre ;
- il est pourvu d'équipements de qualité ne présentant pas de danger pour le patient avec un mobilier confortable mais sécurisé et robuste ne pouvant devenir un objet dangereux ;
- il est équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, informations ;
- il permet à l'équipe d'observer et de communiquer facilement avec le patient ;
- il est situé à proximité du bureau infirmier afin de permettre une surveillance rapprochée et disposer de deux accès ;
- il est équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible par le patient ;
- il est bien isolé et ventilé avec un contrôle de la température à l'extérieur de la pièce ;
- il est équipé d'un dispositif d'éclairage pouvant être réglé de l'extérieur pour permettre la surveillance, mais incluant un éclairage qui peut être contrôlé par le patient ;
- la prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance (23).

Le Décret du 28 septembre 2022 (50), prévoit l'obligation pour les unités de soins sans consentement de disposer d'une ou plusieurs chambres d'isolement. Ils précisent quelques dispositions nécessaires : luminosité naturelle, aération, dispositif

d'appel accessible, sanitaires respectant l'intimité de l'utilisateur et sa dignité, un point d'eau, une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique de l'utilisateur.

Les chambres d'isolement sont souvent conçues avec des murs nus et blancs, de petites fenêtres et très peu de meubles afin de réduire les dommages. Il est fréquent que les murs portent l'histoire d'anciens usagers, avec des dessins ou écritures ce qui peut donner l'impression d'une dégradation au fil du temps. De ce fait, les lieux d'isolement peuvent mettre à mal le sentiment de dignité des usagers qui se trouvent déjà dans un état de vulnérabilité psychique. Pour ces raisons, ces lieux d'isolement sont régulièrement critiqués par les organismes internationaux, les usagers et leur famille ainsi que par les soignants (61).

Il est important de veiller de près à l'entretien de ces espaces afin d'éviter qu'ils ne se dégradent au fil du temps. Concernant la couleur des murs, certaines études proposent que les murs soient d'une couleur apaisante comme le bleu ou le vert et non blanc ou gris afin de donner un aspect moins froid (58).

De plus, offrir des possibilités de distractions dans ces espaces permettrait une expérience plus supportable (112). Une étude s'est intéressée au point de vue des usagers entre une chambre d'isolement ordinaire ne comprenant aucune distraction et une chambre conçue selon les principes d'un environnement de guérison. Dans les deux groupes les usagers ont décrit l'expérience de l'isolement comme désagréable cependant la distraction fournie par la chambre d'isolement de l'environnement de guérison a contribué à rendre l'expérience plus supportable. Cette chambre comprenait : un écran tactile qui permettait à l'utilisateur de contrôler la température de la pièce, les stores, la couleur et l'intensité de l'éclairage, ainsi que de jouer à des jeux et de visionner des vidéos relaxantes de scènes de la nature (112).

La place de la chambre d'isolement au sein de l'unité doit être soigneusement étudiée. Dans l'idéal celle-ci devrait se trouver à proximité immédiate du poste de soins, pour permettre une surveillance accrue par le personnel soignant et une intervention rapide, et à l'écart des zones d'activités afin de réduire les éventuelles perturbations environnementales (58).

#### 2.6.6. Question du zonage des soins

- *En fonction de la pathologie*

La présence de personnes présentant des pathologies différentes au sein des unités psychiatriques complique l'aménagement. En effet, le niveau de stimulation adéquat est susceptible de varier en fonction de la pathologie. Par exemple, il est important de pouvoir stimuler les personnes repliées sur elles-mêmes, présentant des symptômes dépressifs ou négatifs, sans surstimuler les personnes en phase maniaque ou agitées (58).

Certains, comme Karlin et al, suggère donc d'organiser le service en différentes zones fonctionnelles séparées les unes des autres et différenciées par la couleur, l'éclairage, les graphismes muraux et l'ameublement (58).

Certaines recherches dans le domaine de la psychogériatrie vont dans ce sens et indiquent que la séparation des usagers en fonction de leur pathologie améliorerait les expériences de soins pour le personnel et les usagers (57).

D'autres recommandations suggèrent de fournir une variété de zones et d'infrastructures au sein de l'unité, comme les salles multisensorielles, pour répondre aux différents besoins sensoriels. Cela paraîtrait plus réalisable dans la conception des unités de soins (58).

- *En fonction du risque de passage à l'acte hétéro agressif*

Plusieurs études proposent des soins échelonnés au sein du service en fonction du risque de passage à l'acte hétéro agressif.

Certaines études recommandent que toutes les unités psychiatriques de soins intensifs disposent d'une sous-unité d'isolement séparée. Cette zone spécialement aménagée est utilisée en cas de majoration du risque de passage à l'acte hétéro agressif et elle est gérée par la même équipe soignante. Cette sous-unité serait composée de grandes chambres individuelles et d'une chambre d'isolement qui peut être utilisée en dernier recours. Les usagers n'ont pas accès aux salles communes,

le niveau de sécurité est renforcé et le ratio usager/personnel soignant est plus élevé (61)(113).

Dans une étude se déroulant dans une USIP (114), trois zones d'isolement sont décrites :

- Chambre d'isolement « classique »
- « Zone à faible stimulus » : isolement d'un usager dans une zone dont il ne peut sortir. L'usager est à l'écart des autres usagers mais reste en contact avec le personnel.
- « Suite de soins renforcés » : espace de vie étroitement surveillé, situé à l'écart de la zone clinique principale et des autres usagers. L'usager est soigné sous surveillance renforcée à long terme afin de réduire le risque hétéroagressif.

### 3. Modèles de soins axés sur le rétablissement et organisation du parcours de soins

#### 3.1. Présentation de trois modèles de soins axés sur le rétablissement

Les soins axés sur le rétablissement, encore appelés soins centrés sur la personne ou processus d'humanisation des soins, nécessitent de concevoir chaque usager comme unique avec une biographie spécifique, des attentes particulières et une manière unique de comprendre sa vie. Ces soins font la promotion d'une culture de l'espoir, de l'autonomie et de l'autodétermination et accordent la même importance aux besoins cliniques qu'aux besoins sociaux, émotionnels et psychologiques.

Cette philosophie de soins accorde davantage d'importance à la maîtrise de la situation plutôt qu'à la réduction totale des symptômes, au fait de « soigner » avant de « guérir ». Humaniser les soins implique que l'usager soit l'axe du plan thérapeutique et que ses souhaits, valeurs et préférences soient pris en compte (115).

Nous allons vous présenter trois modèles de soins inscrits dans ce processus d'humanisation des soins visant à réduire l'isolement et la contention.

##### 3.1.1. Le modèle « 6 core »

Le modèle « *Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint* » ou « Six stratégies pour un moindre recours aux pratiques coercitives » est une initiative américaine développée en 2006 par K.A. Hucksorn, infirmière chercheuse. En s'appuyant sur une revue de la littérature et sur les compétences d'experts internationaux, six stratégies efficaces pour réduire le recours aux pratiques restrictives de liberté en santé mentale ont été identifiées (116).

Voici, en résumé, ces six stratégies :

- *Leadership vers un changement organisationnel* :

Il s'agit de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan d'action ciblé, porté par la direction générale de l'établissement, afin d'améliorer les performances de l'établissement en matière de réduction des mesures coercitives (117).

- *Utilisation des données pour éclairer la pratique :*

Il s'agit de collecter les données sur l'utilisation des mesures coercitives (fréquence, type de mesure, unités concernées, personnel soignant impliqué, caractéristiques démographiques des usagers, utilisation concomitante de médication, suivi des blessures etc.). L'établissement doit également fixer des objectifs d'amélioration et surveiller régulièrement les variations de ces indicateurs (117).

- *Développement du personnel :*

Il s'agit de permettre au personnel soignant de bénéficier d'une formation intensive et continue afin de créer un environnement de soin sûr, propice au rétablissement et le moins coercitif possible (117).

- *Utilisation d'outils de prévention de l'isolement et de la contention visant à personnaliser les soins comprenant :*

- Des outils d'évaluation pour identifier les facteurs de risque de passage à l'acte hétéro agressif ;
- des outils pour identifier les personnes présentant des facteurs de risque élevés de décès et de blessures en cas d'utilisation de mesures coercitives ;
- l'identification des personnes présentant un risque de retraumatisation ;
- des outils de désescalade ;
- l'identification des déclencheurs individuels ;
- des interventions d'auto-gestion émotionnelle efficaces et personnalisées ;
- des techniques de communications de médiation des conflits ;
- une réduction des signes environnementaux de coercition ;
- l'utilisation de salles d'apaisement/sensorielles ;
- l'utilisation d'une échelle de contrôle des comportements agressifs (117).

- *Implication des usagers en milieu hospitalier :*

- Sensibiliser le personnel à l'importance et à la nécessité d'impliquer les patients en les associant à chaque décision les concernant. Il s'agit d'accorder une attention

constante à l'offre de choix par l'utilisation de plan de traitement individualisé ou de plan de prévention partagé par exemple (117).

- Utilisation d'enquêtes de satisfaction (117).

- Permettre aux usagers de bénéficier de soutien par les pairs (117).

- *Techniques de compte-rendu :*

Une analyse approfondie de chaque évènement coercitif doit être entreprise afin d'atténuer ses potentiels effets traumatisants pour le personnel et les usagers et comprendre ce qui n'a pas fonctionné (117).

Une diminution des taux d'isolement et de contention a été constatée dans différents établissements et pays qui ont appliqué ces six stratégies de base (118). Selon la littérature, les taux les plus élevés de réduction de l'utilisation de mesures coercitives ont été obtenus en développant des stratégies multimodales de ce type, incluant plusieurs éléments pour prévenir les crises et contrôler les comportements violents (118).

### 3.1.2. Le modèle Safewards

Le modèle *Safewards* correspond à un ensemble d'interventions visant à accroître la sécurité et réduire la coercition dans les services hospitaliers de psychiatrie (119). Pour son élaboration, plus de 1000 documents de recherche ont été détaillés (120).

Il donne quelques idées sur la façon dont le personnel soignant et les usagers peuvent travailler ensemble pour réduire les conflits et les contenir autant que possible. Pour cela, le modèle identifie des domaines pouvant être à l'origine de conflits, que nous avons détaillés précédemment, et se concentre sur ce que le personnel peut mettre en place en amont afin d'éviter la survenue de problèmes, ou le cas échéant sur la manière de les gérer sans aggraver la situation (120).

De manière très concrète, le modèle *Safewards* propose 10 interventions pratiques à mettre en place dans les services :

- *Réunion d'entraide :*

Réunion quotidienne où les usagers offrent et reçoivent une aide et un soutien mutuel. L'objectif est de renforcer la communauté d'usagers et de leur permettre d'avoir leur mot à dire dans une période où beaucoup de choix leur sont retirés (120).

- *Se connaître mutuellement :*

Les usagers et le personnel partagent entre eux certains de leurs centres d'intérêts qu'ils affichent dans les espaces communs de l'unité. L'objectif est de renforcer la communauté d'usagers mais également de renforcer la relation soignant-soigné en apportant un sentiment d'humanité commune (120).

- *Attentes mutuelles claires :*

Les usagers et le personnel travaillent ensemble pour créer des attentes mutuellement convenues qui s'appliquent aux deux groupes de manière égale. L'objectif est de compenser certains déséquilibres de pouvoir et de créer un sentiment plus fort de communauté partagée (120).

- *Méthodes d'apaisement :*

Le personnel aide les usagers à puiser dans leurs forces et à utiliser des techniques d'adaptation avant de recourir à des médicaments ou à des mesures coercitives. L'objectif est de renforcer les compétences des usagers pour faire face aux émotions désagréables (120).

- *Messages de sortie :*

Avant leur sortie, les usagers laissent des messages d'espoir pour les autres patients sur un tableau dans l'unité. L'objectif est de renforcer la communauté d'usagers et de générer de l'espoir (120).

- *Mots doux :*

Le personnel fait très attention à son ton et à l'utilisation d'un langage collaboratif. De plus, un effort est fourni pour réduire les limites imposées aux patients, créer des options flexibles et faire preuve de respect si la fixation des limites est inévitable. L'objectif est ici de réduire la survenue de conflits, de renforcer le respect, le choix et la dignité (120).

- *Parler à voix basse :*

Cette intervention fait partie du processus de désescalade qui vise à clarifier les problèmes et à trouver des solutions ensemble. Le personnel fait preuve de maîtrise de soi, de respect et d'empathie. L'objectif est d'augmenter le respect, la collaboration et les résultats mutuellement positifs (120).

- *Mots positifs :*

Le personnel dit quelque chose de positif au sujet de chaque usager et utilise des explications psychologiques pour décrire les troubles du comportement. L'objectif est d'augmenter l'appréciation positive et les informations utiles aux collègues pour travailler avec les usagers (120).

- *Atténuation des mauvaises nouvelles :*

Le personnel comprend, planifie de manière proactive et atténue les effets des mauvaises nouvelles reçues par les usagers. L'objectif est de réduire l'impact des points de tension courants et d'offrir un soutien aux usagers (120).

- *Réassurance :*

Le personnel s'entretient avec chaque usager après chaque conflit dans l'unité et fait un compte rendu si nécessaire. L'objectif est de réduire un point de tension commun et d'augmenter le sentiment de sécurité des usagers (120).

Ce modèle aurait montré une certaine efficacité dans la réduction des conflits et des mesures d'isolement. En effet, Len Bowers et al (119) ont mené un essai clinique randomisé portant sur cette initiative dans 31 services en Angleterre sur une période

de trois mois. Ils ont estimé une diminution des conflits de 15% et une diminution du taux d'isolement de 26%. En Australie, une autre étude évaluant ce modèle a été réalisée dans 13 services de psychiatrie sur une période de 12 mois, et celle-ci a montré une réduction du taux d'isolement de 36% (121).

Du point de vue du personnel soignant, les interventions de ce modèle participeraient à la réduction de la violence physique et verbale dans les services et amélioreraient le sentiment de sécurité du personnel. Le personnel soignant a également décrit une relation moins inégale avec les usagers ce qui suggérerait que *Safewards* aurait un impact sur la dynamique de pouvoir qui est elle-même liée au risque de recours aux mesures coercitives (122).

Du point de vue des usagers également ce modèle réduirait la violence verbale et physique et améliorerait le sentiment de sécurité. De plus, les usagers rapportent un sentiment de se sentir respecté, un sentiment d'espoir, d'appartenance à une communauté et de calme (123).

### 3.1.3. Le modèle de soins intensifs et de haut niveau ou modèle HIC

Le modèle HIC correspond à un nouveau modèle de soins aigus aux usagers hospitalisés aux Pays Bas qui fait suite à trois réformes des soins de santé mentale néerlandais visant à réduire l'utilisation de mesures coercitives (113).

Le modèle s'inspire en partie des unités de soins intensifs psychiatriques (PICU) développés aux Etats-Unis et au Royaume-Uni dans la mesure où il se concentre sur l'évaluation précoce des risques, la désescalade et l'utilisation de soins échelonnés. Son but est de fournir des soins sûrs, protecteurs et respectueux (113).

Il s'agit d'un cadre organisationnel comprenant plusieurs méthodes et interventions. Dans ce modèle l'accent est mis sur la collaboration avec les soins externes, l'établissement de contacts entre le personnel, les usagers et les proches, et la réduction de la coercition (113).

L'objectif est la prévention de l'isolement par le biais d'un processus d'admission, de traitement et de soins en 6 étapes (113).

- *Soins échelonnés :*

L'utilisateur est admis dans l'unité de soins aigus composée de chambres individuelles, d'espaces de vie communs et d'une salle de confort. Si le stress et le risque de passage à l'acte hétéro agressif augmente, l'utilisateur peut être accompagné vers l'unité de soins intensifs située dans le même service qui comprend de grandes chambres individuelles et une chambre d'isolement. Le personnel soignant travaille sur les deux unités. Ce transfert dans l'unité de soins intensifs est limité à trois jours (113).

- *Soins par étapes :* processus d'admission, de traitement et de soins comprenant 6 étapes :

- Faire connaissance avec l'utilisateur et ses proches ;
- évaluation des risques et prévention des crises : dans la première heure suivant l'admission, évaluation du risque auto et hétéro agressif. Une évaluation structurée des risques a ensuite lieu quotidiennement pendant toute la durée de l'hospitalisation à l'aide d'un moniteur de crise ;
- évaluation psychiatrique au moment de l'admission ;
- évaluation physique au moment de l'admission ;
- planification du traitement (113).

⇒ Ces étapes sont intégrées dans un plan de traitement à rédiger dans les 24h suivant l'admission. Ce plan est, si possible, élaboré avec l'utilisateur (113).

- Dernière étape : réunion de planification des soins, organisée dans les 24h suivant l'admission avec l'utilisateur, les proches, le psychiatre ambulatoire et le psychiatre de l'unité. Lors de cette réunion sont discutés le traitement, les délais et la répartition des tâches (113).

Dans ce modèle, l'équipe comprend des psychiatres, infirmières, psychologues, et ergothérapeutes. L'équipe collabore avec la famille mais également avec des pairs aidants afin de mettre à profit leur expérience et leur expertise (113).

Ainsi le modèle HIC vise à réduire la coercition en se concentrant sur le contact et la coopération entre le personnel, les usagers et la famille. Il est complémentaire des soins ambulatoires et vise la continuité entre ceux-ci et les soins hospitaliers (113).

Trois changements culturels définissent le modèle HIC :

- *Du contrôle au contact :*

Les méthodes de travail axées sur le contrôle dans les unités de soins intensifs sont remplacées par des interventions visant à établir un contact avec les usagers et leurs proches. Il s'agit de s'engager activement auprès des usagers lorsque des tensions apparaissent afin de répondre à leurs besoins (124).

- *De la réactivité à la proactivité :*

Le modèle se concentre sur une attitude et des pratiques proactives afin de prévenir le développement de crises et d'agressions dans le service (124).

- *De l'individualité à la solidarité :*

Le modèle souligne l'importance de la coopération entre les soins hospitaliers et ambulatoires et de l'implication des usagers et de leurs proches dans le processus de soins (124).

### 3.2. Organisation du parcours de soins

#### 3.2.1. Temps d'accueil

Selon Pierre Oswald, psychiatre et directeur médical de l'hôpital Titeca en Belgique, avant l'entrée dans l'unité, l'accueil doit être apaisant. Il préconise que durant les 5 premières minutes à l'hôpital, la personne soignée soit accueillie dans un espace convivial hors de l'unité où elle peut se poser, échanger, poser des questions avant d'être confrontée à l'unité avec l'ensemble des personnes soignées, du personnel, l'activité et le stress que ce nouvel environnement peut générer (129).

Selon lui, ce temps d'accueil ne doit pas être négligé car il pourrait avoir un impact sur l'utilisation de mesures coercitives dans les premiers jours d'hospitalisation et il devrait débiter par « cinq minutes pour faire trois choses » : se présenter, donner un verre d'eau et permettre à l'utilisateur de recharger son portable.

Les premiers jours semblent constituer une période critique pour établir une relation positive avec les cliniciens. Même si l'utilisateur peut être agité ou très perturbé à son arrivée, le fait de ne pas l'impliquer dans les décisions dès le début peut générer une

expérience initiale négative qui peut ensuite affecter l'ensemble de l'hospitalisation. A l'inverse, une expérience positive des soins dans les premiers jours de l'admission serait prédictive de meilleurs résultats à long terme du traitement avec une réduction du taux de réadmission à un an et une meilleure qualité de vie (33).

La HAS définit également l'admission de l'utilisateur comme un temps crucial. Elle recommande que celle-ci soit soigneusement préparée en amont en recueillant le plus d'informations possibles sur les antécédents de l'utilisateur, notamment sur les antécédents de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, et sur son état clinique actuel. L'utilisateur doit ensuite être admis dans un espace dédié bienveillant avec empathie et respect et un temps suffisant doit lui être consacré (130).

Ce temps d'accueil est un :

- Temps d'informations à l'utilisateur sur :
  - Le motif et les modalités d'hospitalisation ;
  - ses droits ;
  - les règles de vie de l'unité (avec un livret d'accueil comme support) (130).

Durant ce temps d'accueil un projet thérapeutique individualisé avec un plan de traitement adapté doit être établi en collaboration avec l'utilisateur.

- Temps d'informations à la famille, dans le respect des droits du patient, sur :
  - Les procédures en lien avec l'hospitalisation ;
  - l'organisation des temps de visites ;
  - les rencontres avec l'équipe soignante qui sont à faciliter et à organiser au plus tôt ;
  - temps du recueil d'informations concernant l'utilisateur notamment concernant le risque de comportement agressif (130).

Dans le modèle HIC détaillé précédemment, il est recommandé d'évaluer le risque auto et hétéro agressif dans la première heure suivant l'admission puis quotidiennement pendant toute la durée de l'hospitalisation.

### 3.2.2. Évaluation du risque hétéro-agressif

- *Recommandations de la HAS*

Selon le texte de l'audition publique de 2011 de la HAS sur la dangerosité psychiatrique (recommandation n°39), le sujet de la violence doit être abordé systématiquement lors du premier contact avec l'utilisateur (130).

L'association de trois facteurs de risque chez l'utilisateur sert de point d'appel pour une évaluation plus approfondie.

Il s'agit :

- D'antécédents de violence et de comportements impulsifs ;
- d'un trouble mental sévère (trouble psychotique, trouble de l'humeur) ;
- d'antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues (130).

L'évaluation approfondie du risque de violence évalue :

- Les facteurs statiques (antécédents de violence, délinquance précoce, personnalité antisociale) ;
- les facteurs dynamiques (introspection difficile, symptômes actifs de maladie mentale grave, mauvaises relations avec l'équipe soignante) ;
- les éléments déclencheurs (visites, proximité excessive avec les autres usagers) ;
- les signaux d'alerte (agitation psychomotrice croissante, retrait) ;
- les facteurs de protection (contrôle émotionnel, personnes ressources dans l'entourage) ;
- les stratégies de retour au calme, si possible identifiées par l'utilisateur lui-même (130).

Ces stratégies de retour au calme peuvent être intégrées dans un plan de prévention partagé ou individualisé ou encore plan de crise conjoint, élaboré par l'utilisateur lui-même en collaboration avec les soignants. Ce plan sera détaillé dans la partie suivante.

La HAS recommande l'utilisation de guides d'entretien semi-structurés tels que *The Historical Clinical Risk Management 20 item scale* (HCR-20) afin de favoriser l'utilisation d'un langage commun (130).

La HCR-20 a été développé pour aider à la prise de décisions structurées concernant le risque de violence. Il s'agirait de l'instrument d'évaluation du risque de violence le plus largement utilisé et le mieux validé au monde. Il a été traduit en 20 langues et adopté ou évalué dans plus de 35 pays (131).

Il contient 20 facteurs de risque : 10 facteurs historiques, 5 facteurs cliniques dynamiques et 5 facteurs dynamiques de gestion des risques. Les items sont notés sur une échelle de 3 points (0-2), les scores les plus élevés reflétant la présence d'un facteur de risque (voir Annexe 1 : *The Historical Clinical Risk Management 20 item scale* (HCR-20), page 125) (131).

Les études sur les facteurs dynamiques de la HCR-20 ont montré de bonnes validités prédictives de la violence lors d'un suivi à court et à long terme et ont démontré leur utilité pour l'orientation du traitement et l'évaluation du risque de violence (131).

- *Observation attentive par le personnel soignant*

Pour prévenir le risque de passage à l'acte hétéro agressif il est nécessaire d'observer attentivement les usagers afin de détecter précocement les signes avant-coureurs d'un comportement agressif. Pour cela, il est nécessaire que le personnel soignant connaisse la clinique spécifique de l'utilisateur pour identifier ses changements et adapter les réponses thérapeutiques (130). L'équipe soignante doit également prêter attention aux conflits qui peuvent émerger entre usagers (130).

En pratique, la présence accrue du personnel dans le service, se déplaçant tout en surveillant les différents espaces et les usagers discrètement afin de détecter les problèmes, permettrait d'intervenir à un stade précoce afin d'éviter des tensions qui pourraient se transformer en violence (56) (120). Cette approche s'est avérée efficace pour prévenir les escalades et les mesures d'isolement dans les services de psychiatrie médico-légale (60).

Enfin, il est capital de de porter un soin particulier à la transmission des informations dans l'équipe, entre les équipes et avec les médecins (130).

- *La liste de contrôle de la violence de Broset (BVC)*

Pour évaluer le risque de passage à l'acte hétéro agressif, les soignants peuvent également s'appuyer sur un ensemble d'échelles d'observation spécifiques.

La liste de contrôle de la violence de Broset (voir Annexe 2 : The Broset Violence Checklist (BVC), page 126)(132) est une intervention qui permet au personnel soignant d'évaluer et de gérer de manière proactive l'agitation croissante menant à la violence.

Il s'agit d'un outil d'évaluation basé sur la présence ou l'absence de six comportements prédictifs d'incidents violents tels que : la confusion, l'irritabilité, l'agitation, les menaces verbales, les menaces physiques, l'attaque d'objets.

Le BVC serait un indicateur fiable de la violence dans les 24h suivantes (132). D'après la recherche empirique le BVC a une sensibilité modérée et une spécificité élevée (133).

Un essai contrôlé randomisé a été mené dans 14 services d'admission psychiatrique aiguë suisse où une évaluation structurée des risques deux fois par jour au cours des trois premiers jours de traitement était réalisée à l'aide de la liste de contrôle de la violence de Broset (134).

Une recommandation d'action adaptée au niveau de risque était proposée à partir d'une liste fournie sur le formulaire d'évaluation des risques. Cette liste comprenait des mesures de prévention simples et pratiques pouvant agir comme un rappel constant des moyens possibles de prévenir l'escalade des situations agressives. Dans cet essai les incidents agressifs ont diminué de 41% et l'utilisation de mesures coercitives a diminué de 27% (134).

- *Autres échelles d'évaluation du risque hétéro agressif*

Un autre essai contrôlé randomisé a été réalisé dans 4 services allemands où 62% des usagers étaient hospitalisés sans leur consentement et 58% souffraient d'un trouble psychotique (135).

Dans cette étude, des évaluations quotidiennes du risque était réalisées durant toute la période d'hospitalisation et d'autres échelles que le BVC étaient utilisés.

Quotidiennement, deux échelles étaient utilisées :

- La liste de contrôle de la violence de Broset ;
- L'échelle Kennedy-Axis V (version courte) (voir Annexe 3 : Échelles d'évaluation du risque hétéro-agressif, page 128) (135).

Une fois par semaine étaient utilisées (voir Annexe 3 : Échelles d'évaluation du risque hétéro-agressif, page 128) (135) :

- L'échelle Kennedy-Axis V (version complète) ;
- la Brief Psychiatric Rating Scale;
- l'échelle de dangerosité ;
- l'échelle de dysfonctionnement social et d'agression.

Les scores de ces échelles ont ensuite guidé des discussions sur les stratégies à mettre en place pour gérer ces risques telles que les techniques de désescalade, l'établissement de limites, l'observation étroite et la réintégration dans le service après l'isolement (135).

Cette étude a montré une diminution statistiquement significative du nombre d'incidents d'agression et du nombre d'heures passées en isolement (135).

En conclusion, selon plusieurs auteurs, l'évaluation structurée des risques à court terme pourrait améliorer la prise de décision clinique et entraîner des actions de désescalade évitant ainsi les épisodes de violence et l'utilisation de mesures coercitives (135).

### 3.2.3. Prise de décision partagée

#### 3.2.3.1. Définition

Selon la HAS, il est essentiel d'associer les usagers aux décisions qui les concernent, grâce aux principes de la « décision partagée » et des démarches centrées sur l'usager, afin qu'ils soient acteurs à part entière de leur prise en charge. Reconnaître que chaque usager est unique et adapter les plans de traitement en fonction des besoins individuels de chaque usager est essentiel afin de minimiser l'impact négatif sur le bien-être (130).

Pour cela il faut :

- Partager les informations de manière bilatérale ;
- soutenir l'usager pour qu'il exprime ses préférences, son ressenti, ses éventuelles difficultés, ainsi que son analyse de l'évolution de sa situation et de sa prise en charge ;
- faire participer, autant que possible, l'usager à la construction des objectifs thérapeutiques et aux choix concernant son traitement (130).

Ainsi, la prise de décision partagée est un processus dans lequel les cliniciens et les usagers travaillent ensemble pour choisir le traitement le mieux adapté. Les options de soins ou de traitement sont pleinement explorées ainsi que leurs risques et avantages. Les différents choix possibles pour l'usager sont discutés et une décision est prise par l'usager avec un professionnel de la santé (136).

La prise de décision partagée permet aux usagers d'être plus engagés dans le processus de soins et elle permet de réduire l'asymétrie de pouvoir entre les soignants et les usagers (137).

#### 3.2.3.2. Impact de la prise de décision partagée sur les usagers et les soignants

Des études qualitatives réalisées auprès de personnes hospitalisées sans leur consentement ont montré que leur participation aux décisions pendant leur séjour à l'hôpital est importante pour améliorer leur expérience des soins. Les pratiques de prise de décision partagée peuvent préserver leur sentiment d'autonomie, renforcer leur sentiment de sécurité et leur sentiment d'être respecté (136).

De plus, lorsque les usagers pensent que leur avis est pris en compte et que les décisions sont prises dans leur intérêt supérieur, ils se sentiraient moins « contraints », même lorsqu'ils sont hospitalisés sans leur consentement (33).

Chez les personnes souffrant de psychose, les interventions mettant l'accent sur l'augmentation de la prise de décision partagée seraient associées à une légère augmentation globale des indices d'autonomisation, à une augmentation des sentiments d'auto efficacité et d'autonomie (138).

De plus, l'amélioration du sentiment d'autonomie retrouvé dans plusieurs études, le fait que les usagers soient responsabilisés, faciliteraient une bonne coopération avec

le personnel et permettraient même d'éviter le recours aux mesures coercitives (39) (60).

Selon la HAS il s'agirait de facteurs de prévention de la violence dans les services de psychiatrie, cette mesure n'est donc pas à négliger (130).

Enfin, la création et l'actualisation régulière de projets thérapeutiques auraient un impact positif sur l'équipe soignante en favorisant sa cohésion et sa sécurisation (130).

### 3.2.3.3. Obstacles et facilitateurs de la prise de décision partagée

Une étude qualitative réalisée à Londres en 2018 a identifié des obstacles ainsi que des facilitateurs à la prise de décision partagée (136).

- *Obstacles*

- Difficultés communicationnelles : les usagers rapportaient des difficultés à expliquer leurs symptômes et leurs préférences en matière de soins aux cliniciens.

D'autre part une partie des termes employés par les cliniciens n'était pas facilement compris par les usagers ou pouvait les inquiéter. Ainsi les auteurs suggèrent que les cliniciens bénéficient d'une formation aux techniques de communication visant à faciliter l'implication de l'utilisateur dans la prise de décision et aux techniques de négociation.

- L'implication des aidants : si les aidants ont des opinions différentes de celles du clinicien sur l'état mental actuel de l'utilisateur ou s'ils subissent eux même des niveaux élevés de stress en raison de l'admission de leur proche cela peut rendre la prise de décision partagée plus difficile. En effet plus le nombre de personnes présentes lors d'une discussion est élevé plus les points de vue doivent être pris en compte et plus il est difficile de parvenir à un consensus.

- *Facilitateurs*

- Le plus tôt sera le mieux : il est essentiel de veiller à ce que les usagers soient impliqués dans les décisions dès les premiers jours de leur admission. En effet une expérience négative dans les premiers jours pourrait réduire la participation et l'engagement dans les soins tout au long de l'hospitalisation.

- Implication de toute l'équipe clinique : tous les membres de l'équipe clinique d'un service doivent être formés à ces compétences, afin de créer et d'encourager une culture favorisant la participation de l'utilisateur aux décisions.

- L'implication des aidants : la plupart des cliniciens et des usagers s'accordent à dire que l'implication des aidants peut renforcer l'autonomie des usagers et faire en sorte qu'ils se sentent plus à l'aise et plus confiants pour exprimer leur point de vue. De plus ils peuvent apporter des informations supplémentaires utiles à la prise en charge.

Cependant, comme vu précédemment, il peut s'agir également d'un obstacle. De ce fait, il semble important que les cliniciens bénéficient d'une formation sur la manière d'impliquer les familles et les amis des usagers dans les conversations cliniques et d'atténuer les désaccords potentiels afin de tirer le meilleur parti de la participation des aidants.

#### 3.2.3.4. La prise de décision partagée en pratique : quelques exemples

- *Les directives anticipées*

Les interventions visant à améliorer la prise de décision partagée peuvent concerner des décisions de traitement futures comme les directives anticipées (138).

Les directives anticipées sont un ensemble d'instructions écrites, rédigées à l'avance par l'utilisateur afin d'exprimer ses volontés concernant sa prise en charge future, s'il devait traverser une nouvelle décompensation et se trouver dans l'incapacité de donner son consentement. Ainsi, elles soutiennent l'autonomie et l'autodétermination des individus à un moment où ils sont le plus vulnérables et où ils ne peuvent exprimer leurs préférences et leurs besoins en raison de leur maladie (139).

Les directives anticipées communiquent des informations concernant les traitements mais également des instructions non médicamenteuses concernant les préférences de l'utilisateur ainsi que la désignation de la personne de confiance (139).

Elles pourraient avoir des effets bénéfiques sur l'alliance thérapeutique, la communication et la continuité des soins communautaires (140).

Il en existe plusieurs formes en fonction des pays : les *DAP (Directives anticipées en psychiatrie)* utilisées essentiellement aux Etats-Unis, en Australie et en Suisse, le *JCP (Joint Crisis Plan)* développé en Grande-Bretagne ou encore les *directives Ulysse* utilisées au Pays-Bas (139).

Le Joint Crisis Plan (JCP) ou Plan de Crise Conjoint (PCC) est le produit d'une prise de décision partagée entre l'utilisateur et les professionnels concernées, contrairement aux Directives anticipées en psychiatrie (DAP) dont le contenu est déterminé uniquement par l'utilisateur (141).

Il comprend la description des soins de routine, les traitements de l'utilisateur, les indicateurs de rechute, ce qui avait aidé ou n'avait pas aidé lors des rechutes précédentes, les mesures pour éviter l'hospitalisation, et les procédures en cas d'hospitalisation (manière d'appeler la personne, les médicaments à éviter car ayant occasionné des effets secondaires, les personnes pouvant rendre visite à l'utilisateur ou non etc.) (141).

La mise en place d'un plan de crise conjoint permettrait aux usagers de se sentir plus impliqués dans leurs soins, de mieux comprendre leur maladie et de diminuer l'anxiété par rapport à ce qui pourrait se passer en cas de crise et en cas d'hospitalisation (141).

Ainsi lors de l'admission de l'utilisateur dans l'unité de soins sans consentement, il est important de s'enquérir de l'existence ou non de directives anticipées afin de pouvoir respecter les préférences de l'utilisateur. En l'absence de directives anticipées, au cours de l'hospitalisation il serait intéressant d'en mettre en place en prévention d'une crise future.

- *L'intervention OPeNS*

Selon la HAS, dans les suites de l'évaluation initiale au moment de l'admission, un plan de traitement individualisé devrait être élaboré pour chaque usager (130).

L'intervention OPeNS (*Options, Preferences, Negotiate, and Summarise*) est une intervention visant à faciliter la participation à la prise de décision pour les usagers hospitalisés en soins sans consentement (137).

Il s'agit d'un entretien en début de prise en charge avec quatre étapes :

- Donner un aperçu des options : les usagers reçoivent un aperçu des aspects de la vie à l'hôpital et de ce qui pourrait être important pour eux (contacts avec la famille, nourriture, traitement médicamenteux) et dont ils pourraient vouloir discuter. La liste sert d'incitation et les usagers sont encouragés à évoquer tout autre sujet qui pourrait être important pour eux.
- Explorer ses préférences : le soignant vérifie qu'il comprend les préférences de l'utilisateur, les raisons de ces préférences et ses préoccupations.
- Négocier : le clinicien et l'utilisateur disposent de l'espace nécessaire pour expliquer leurs points de vue et négocier une option acceptable pour tous. Si un accord n'est pas possible, un moment doit être fixé pour revoir les décisions.
- Résumer : les décisions prises sont résumées dans un plan d'action (document tangible coproduit par l'utilisateur et le clinicien).

L'étude de Erin Burn (137) et al a montré que cette intervention était acceptable et réalisable au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine. Les usagers ont souligné que le fait d'être écouté et de voir son point de vue entendu était particulièrement important. Le fait de permettre à chaque partie d'exprimer son point de vue aurait amélioré la compréhension dans les deux sens et la relation thérapeutique. Le fait que l'intervention commence par un choix fait par les usagers, et non par un ordre du jour fixé par les cliniciens, a été considéré comme essentiel pour permettre une dynamique différente.

Cette intervention permet donc de redonner un sentiment d'autonomie à une personne qui vient d'être amenée à l'hôpital contre son gré et de donner un ton positif à l'admission.

Selon les auteurs, la prise de décision partagée peut avoir un effet transformateur sur l'engagement des usagers et sur leur expérience des soins.

- *Plan de prévention partagé*

Le plan de prévention partagé, encore appelé plan de prévention individualisé, plan de sécurité ou plan de crise, consiste selon la HAS à repérer avec l'usager les circonstances pouvant l'amener à une perte de contrôle de lui-même, les signes précurseurs, les facteurs de protection et les stratégies d'apaisement efficaces pouvant l'aider à retrouver son calme (130).

Les stratégies d'apaisement peuvent comporter des stratégies physiques (sport, cohérence cardiaque), cognitives (lire, peindre, regarder la télé), sociales (échanger ou rester seul), environnementales (diminution de la stimulation, écouter de la musique, utilisation d'une salle de modulation sensorielle ou d'apaisement) ou encore spirituelles (prières, méditation, yoga) (142).

Le plan de prévention partagé permet donc d'élaborer avec les soignants une conduite à tenir adaptée en prévision d'accès de tension ultérieurs. Il soutient l'idée que les usagers peuvent avoir le contrôle de leur comportement, même en cas de crise, et qu'avec l'aide du personnel ils peuvent faire des choix appropriés (130).

Selon la HAS, il s'agit d'un exemple de prise de décision partagée participant à la prévention de la violence et limitant donc le recours aux mesures coercitives (130).

Les plans de sécurité en utilisant des stratégies de désescalades individualisées intègrent les préférences des consommateurs et tiennent compte de leurs expériences passées et d'éventuels traumatismes (143). Selon plusieurs études, impliquer l'usager dans l'élaboration d'un plan pro actif s'avérerait efficace pour réduire le recours à l'isolement et à la contention (21)(143).

Dans le modèle HIC présenté précédemment, des plans de prévention partagé sont utilisés (113).

Dans l'étude de Georgieva et al cité précédemment (60), des plans personnalisés de gestion des crises faisaient partie des stratégies mises en place pour lutter contre l'utilisation de mesures coercitives dans l'USIP.

Il est essentiel d'élaborer ce plan au plus tôt, dès les premiers jours d'admission de l'utilisateur dans l'unité.

- Plan de soins en cas d'isolement : exemple du *plan SMART*

Si les mesures préventives suscitées ne permettent pas d'éviter le recours à une mesure coercitive, il est essentiel de poursuivre l'implication de l'utilisateur dans ses soins afin de minimiser l'impact négatif de cette mesure sur son bien-être et sur l'alliance thérapeutique.

K. Elzubeir et S. Dye ont réalisé une étude (114) dont l'objectif était de réduire le nombre et la durée des mesures d'isolement dans une USIP en définissant des objectifs à atteindre pour mettre fin à la mesure.

Un protocole de "planification des soins d'isolement" a été élaboré. L'utilisateur soigné dans le cadre de la politique d'isolement et l'équipe soignante s'accordaient sur des indicateurs spécifiques qu'ils documentaient afin de mettre fin à l'isolement le plus tôt possible.

Les indicateurs, ou objectifs, devaient répondre à l'acronyme SMART, c'est-à-dire être :

- Spécifiques : les objectifs doivent cibler un domaine d'amélioration spécifique ;
- Mesurables : ils doivent être quantifiables pour permettre de mesurer les progrès accomplis ;
- Atteignables : ils doivent pouvoir être atteints de manière réaliste ;
- Réalistes et Pertinents : les objectifs énoncés doivent être réalistes et bénéfiques pour l'utilisateur et tenir compte des contraintes ;
- Temporel : il s'agit de spécifier quand les objectifs doivent être atteints.

Dans cette étude, après l'application du protocole, l'isolement dans les milieux destinés à contenir l'agression à court terme (chambre d'isolement fermée et « Zone à faible stimulus »<sup>2</sup>) a non seulement diminué en nombre, mais aussi considérablement en terme de durée; en particulier, le temps passé en isolement dans la « Zone à faible stimulus » a été divisé par 3.

Cependant, pour les personnes dont le risque de préjudice à autrui est une caractéristique constante de leur présentation, cela peut augmenter le temps passé dans la zone de « Suite de soins renforcés »<sup>3</sup> qui est une forme d'isolement dans un environnement moins restrictif. Le temps passé dans cette zone pour ces usagers a été multiplié par 4 mais une diminution du nombre d'isolement dans cette zone a été observée.

Cela peut s'expliquer par la fixation d'objectifs irréalistes et inatteignables pour ce sous-groupe de patients qui ont du mal à identifier leurs aspirations, à faire des choix ou à envisager des alternatives réalistes à l'isolement.

Selon les auteurs, on pourrait attribuer la diminution du nombre d'épisodes d'isolement à une sensibilisation accrue du personnel à la nécessité d'une justification solide afin de recourir à l'isolement. La diminution du temps passé en chambre d'isolement et dans la « Zone à faible stimulus » pourrait être due au fait que le protocole supprime la subjectivité de la décision de mettre fin à l'isolement et améliore la confiance du personnel.

De plus, l'utilisation de ce protocole permettrait une meilleure compréhension par les usagers et le personnel soignant des comportements ayant amené à l'application de la mesure. Il permettrait ainsi une meilleure prévention des états de tensions ultérieurs en s'appuyant sur une collaboration entre l'utilisateur et les soignants.

Enfin, la validation d'objectifs SMART permet aux usagers d'améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle, d'estime d'eux-mêmes et leur bien-être.

---

<sup>2</sup> Isolement d'un usager, dans une zone dont il ne peut sortir. L'utilisateur est à l'écart des autres usagers mais reste en contact avec le personnel.

<sup>3</sup>Espace de vie étroitement surveillé, situé à l'écart de la zone clinique principale et des autres usagers. L'utilisateur est soigné sous surveillance renforcée à long terme afin de réduire un risque durable de préjudice pour autrui.

### 3.2.4. Débriefings systématiques après le recours à une mesure coercitive et après un passage à l'acte hétéro agressif

- *Débriefing après le recours à une mesure coercitive*

Dans les suites d'un incident ayant nécessité le recours à une mesure coercitive et afin d'en atténuer l'impact négatif sur les usagers mais aussi sur les soignants, il est nécessaire d'organiser des débriefings.

Le débriefing a pour rôle de clarifier les raisons de l'utilisation des mesures coercitives, d'éviter leur récurrence et de minimiser le risque de développer un traumatisme à la suite de cet épisode. Il s'agit d'une conversation ciblée sur l'incident coercitif et qui vise à restaurer la relation thérapeutique entre les usagers et les professionnels de santé ainsi qu'à réduire les impacts psychologiques de la coercition (22,144).

Le modèle « 6 cores » présenté précédemment préconise deux débriefings en présence de l'utilisateur ayant été concerné par la mesure restrictive :

- Un débriefing « post-événement » immédiat, dirigé par le superviseur principal sur place, afin de s'assurer que tous les usagers et les soignants soient en sécurité, que la documentation soit suffisante pour être utile à une analyse ultérieure et afin d'essayer de ramener le milieu à l'état antérieur à l'évènement (117).
- Un débriefing formel plusieurs jours après l'évènement (avec le personnel impliqué, l'équipe de soins et un représentant de l'administration) afin d'analyser les circonstances et les causes, identifier ce qui n'a pas fonctionné, ce qui aurait pu être fait différemment et comment l'éviter à l'avenir (117).

- *Débriefing après un passage à l'acte hétéro agressif*

Selon la HAS, dans les suites d'un passage à l'acte hétéro agressif, qu'il y ait eu ou non l'application d'une mesure coercitive, deux temps soignants sont nécessaires :

- Analyse situationnelle « à chaud » (lorsque la charge émotionnelle est intense) : établissement des faits et première analyse avec l'équipe présente lors de l'incident (130).
- Débriefing en équipe élargie et soutien des professionnels « à froid » dans les 72h (lorsque le temps permet une approche plus critique et plus globale) : animation par un professionnel non impliqué dans l'incident (si possible psychologue ou un professionnel formé spécifiquement), soutien, restauration de relations thérapeutiques entre soignants et usagers, analyse des facteurs déclenchants, des conséquences et expression du ressenti. Lorsque la victime est un(e) professionnel(le), un entretien avec un médecin responsable et le cadre est nécessaire puis éventuellement avec le psychologue du travail (130).

Si l'incident s'est déroulé en présence d'autres usagers, il est important que les faits puissent être repris lors de réunions usagers-soignants régulières permettant d'évoquer la vie du service (130).

En parallèle, une prise en charge spécifique est à proposer à l'utilisateur ayant eu un moment de violence, qu'il y ait eu ou non une mesure de contention ou d'isolement.

Un ou des entretiens, menés par des professionnels de l'équipe de soins, visent à :

- Maintenir ou restaurer à distance de la crise aiguë la relation thérapeutique avec l'utilisateur (130);
- identifier en collaboration avec l'utilisateur les facteurs et les signes précurseurs des moments de violence et comprendre avec lui les facteurs et les éléments de résolution de la crise (ce qui l'a apaisé, ce qui a pu renforcer la crise) (130);
- l'aider à anticiper et prévenir les moments de violence (130).

### 3.2.5. Aspects relatifs à l'organisation de la structure interne de l'unité

- *Accessibilité des informations sur la structure interne de l'unité*

De simples petits changements au niveau de la structure de l'unité comme le fait de rendre accessibles aux usagers les horaires d'activités ou le fait de présenter l'équipe soignante sur un tableau d'affichage, participeraient à diminuer le taux de recours aux mesures coercitives et à augmenter la satisfaction des usagers (145).

- *Règles du service*

Nous avons vu précédemment que les restrictions comportementales auxquelles sont soumis les usagers peuvent conduire à la survenue d'épisodes agressifs (128). De plus, il semblerait que le fait de clarifier les règles et routines du service en les réduisant et en étant plus cohérent dans leur application pourrait réduire les conflits (120) (128) (130) (144).

Selon le modèle *Safewards*, afin de réduire la survenue des conflits, de renforcer le respect, le choix et la dignité, un effort doit être fourni pour créer des options flexibles et faire preuve de respect si la fixation des limites est inévitable (120).

Par ailleurs, afin de compenser certaines restrictions essentielles qui doivent être appliquées, il est important de favoriser un sentiment d'autonomie aux usagers dans d'autres domaines (120,125).

- *Choix élargis concernant l'alimentation et les horaires de sommeil*

Selon le Dr Oswald, directeur médical du centre hospitalier Jean Titeca, le processus de rétablissement passe par la réappropriation par l'utilisateur d'une partie de son libre arbitre. " Soigner c'est permettre au patient de faire des choix comme l'heure du lever ou du coucher » (146).

D'après la littérature, pour faciliter une meilleure expérience des soins, les décisions concernant certains aspects pragmatiques liés à la vie à l'hôpital, comme le fait de proposer des choix élargis en ce qui concerne les repas, les collations et les horaires

(de repas et de sommeil), devraient être prises en compte. Cela permettrait aux usagers de se sentir responsabilisés, valorisés et plus activement impliqués dans leurs soins (33)(136). De plus, cela diminuerait le sentiment de colère des usagers et contribuerait à réduire l'utilisation de mesures coercitives (120,125).

Ainsi on pourrait imaginer que chaque jour les usagers aient le choix entre deux ou trois plats différents en fonction de leurs préférences et plutôt que de proposer un horaire fixe de repas, une plage horaire de deux heures pourrait, par exemple, être fixée. De même, concernant les horaires de coucher et de lever, ceux-ci pourraient être élargis.

- *Temps de rencontres afin d'améliorer les interactions sociales*

Afin de favoriser des interactions sociales positives et soutenantes entre les usagers, le modèle *Safewards* propose d'organiser des :

- Réunions d'entraide
- Temps pour « se connaître mutuellement »
- Messages de sorties

Ces trois éléments font partie des dix interventions *Safewards* (120) détaillées précédemment. Il serait intéressant de les mettre en place systématiquement dans les unités de soins sans consentement.

De plus, selon Victoria Leroy, il serait judicieux d'instaurer des « horaires de distribution d'eau chaude » par exemple le soir de 21h30 à 22h30 pour les usagers qui le souhaitent. Ce temps favoriserait la prise de décision et permettrait aux usagers de se retrouver avant le coucher afin de partager un moment convivial ensemble (76).

Enfin, pour diminuer les difficultés communicationnelles entre les usagers et les soignants, il serait intéressant de mettre en place des réunions soignant-soigné ou « conseils d'unité » qui pourraient permettre aux usagers de poser des questions sur les règles de l'unité, de proposer de nouveaux modes de fonctionnement, et de donner leur opinion (21).

### 3.2.6. Activités thérapeutiques

Selon la littérature, les environnements peu stimulants cultiveraient l'ennui et favoriseraient les passages à l'acte agressifs (79,128) alors qu'un environnement plus thérapeutique avec des activités significatives pourrait, selon les usagers, réduire le recours à la coercition (22).

Dans les services de soins sans consentement, il est essentiel d'adapter les activités aux besoins et aux capacités individuelles des usagers. Une variété d'activités devrait être proposée pour répondre aux intérêts et aux préférences des usagers. Celles-ci doivent favoriser le bien-être et la stabilité émotionnelle. De plus, il serait intéressant de permettre aux usagers de participer à leur planification.

Voici quelques exemples d'activités qui pourraient être intéressantes à mettre en place : des activités occupationnelles, des activités axées sur la gestion du stress et des activités psycho-éducatives.

- *Activités occupationnelles ou distractions positives*

Le principe des distractions positives est de détourner l'attention des usagers des facteurs de stress afin d'améliorer leur bien-être psychologique et émotionnel (44).

Nous avons vu précédemment que le contact avec la nature, la lumière naturelle ainsi que la présence d'espaces sociaux conviviaux constituaient des distractions positives pour les usagers.

Certaines activités favorisant le bien être peuvent également faire office de distractions positives (66).

Les activités occupationnelles offrent aux usagers des opportunités de s'engager dans des tâches significatives et gratifiantes.

Ces activités peuvent être individuelles ou collectives afin de développer des compétences sociales et favoriser un soutien mutuel entre les usagers (66).

Exemples d'activités occupationnelles :

- Activités manuelles favorisant la créativité et un sentiment d'accomplissement : art thérapie, jardinage, cuisine etc.

- Activités sportives collectives : les activités de type tennis de table ou badminton amélioreraient les interactions sociales, développeraient la coordination et permettraient de lutter contre l'apathie et l'ennui (70) ; cours de danse ; football etc.
- Activité sportive individuelle dans une salle spécialement aménagée avec du matériel adapté.

De plus, il serait intéressant de rendre accessible aux usagers tout au long de la journée des jeux de société ainsi que des livres et des magazines.

- *Activités individuelles de gestion du stress*

Il est essentiel de proposer aux usagers des services de SPSC des activités centrées sur la gestion du stress permettant un apaisement psychique et permettant ainsi, selon la théorie de réduction du stress (54), une diminution des passages à l'acte hétéro agressifs. Ces activités doivent permettre aux usagers de se recentrer sur eux-mêmes, de se détendre, d'exprimer leurs émotions et d'apprendre à les gérer.

Exemples d'activités individuelles de gestion du stress :

- Apprentissage de méthodes de relaxation ;
- pratique sportive ;
- modulation sensorielle :

Les interventions sensorielles favorisent la régulation adaptative de l'excitation et des émotions et seraient associées à une réduction des taux d'isolement et de contention dans les soins de santé mentale (68).

En plus du libre accès aux espaces sensoriels comme vu précédemment, il est intéressant d'établir pour chaque usager dès l'admission un plan sensoriel individualisé.

Un ergothérapeute peut établir dans les premiers jours suivant l'admission, un profil sensoriel pour chaque usager à l'aide d'un auto-questionnaire et d'un test d'observation. Cela permet d'obtenir des informations sur la sensibilité des usagers aux stimuli sensoriels. A partir de cette évaluation un plan sensoriel individualisé ainsi qu'un kit sensoriel peut être élaboré pour chaque usager. Cette intervention a été testée dans un hôpital psychiatrique au Danemark et aurait

permis une diminution de 38% des taux de contention mécanique et une diminution de 46% du recours à la médication forcée (68).

- Musicothérapie : projet « Psyson » :

Psyson est un projet de recherche né il y a 5 ans et chapeauté par l'Ircam (Institut de recherche et coordination acoustique/musique) qui fait l'hypothèse que par une enveloppe musicale on peut parvenir à un apaisement psychique et à une meilleure alliance thérapeutique entre les usagers et les professionnels. Selon l'Ircam la musique fonctionne comme un modulateur émotionnel. L'immersion dans l'espace musical permettrait de produire un décalage de contexte en modifiant la conscience qu'on a de la réalité d'un moment et d'un lieu (147).

Ce programme commence par un « entretien musico-soignant » dans les 4 premiers jours d'admission de l'usager avec un binôme paramédical (psychologue, infirmier, aide-soignant ou ergothérapeute). L'objectif de cet entretien est de recueillir les goûts musicaux de l'usager et les moments, situations dans lesquelles la musique peut lui être bénéfique (pour gérer des moments d'anxiété, pour se donner de l'énergie le matin, pour mettre à distance des hallucinations acoustico-verbales etc.). Une playlist personnalisée est ensuite créée. Une grille d'observation psychocorporelle est utilisée pour déceler objectivement l'effet de la musique sur l'usager (147).

Une fois la playlist établie, l'usager peut l'écouter à la demande. Pour cela, il est installé dans un fauteuil adapté afin de créer une enveloppe sonore. Le fauteuil est doté d'un coussin adaptable avec des oreillettes diffusant le contenu musical personnalisé. Ce fauteuil est conçu pour être enveloppant sans enfermer le patient qui reste en contact avec l'environnement qui l'entoure. Ainsi l'usager est connecté avec l'espace extérieur tout en ayant sa bulle d'écoute musicale. Un soignant est assis à côté de l'usager et la musique est suffisamment audible pour qu'il l'entende. Un débriefing est ensuite réalisé à l'issue de la séance (147).

- *Activités psycho-éducatives*
- Programme d'éducation des usagers à la résolution des conflits

Selon le modèle *Safewards*, il est important de soutenir et d'aider les usagers à réagir positivement les uns avec les autres afin d'éviter les effets de contagion vu précédemment.

Pour cela, des efforts en matière d'éducation des usagers à la résolution des conflits (régulation émotionnelle à l'égard des comportements gênants, maîtrise technique des compétences sociales et compréhension psychologique des troubles du comportement) pourraient réduire les taux de conflits (120).

- Programmes éducatifs axés sur le rétablissement

Ces programmes axés sur le rétablissement comprennent : la promotion de l'espoir, le soutien, l'autonomisation, la gestion des symptômes et des relations interpersonnelles (66). Ils peuvent également comporter des activités de préparation à la réintégration dans la communauté.

### 3.2.7. Psychothérapies centrées sur la prévention de la violence

Il est important que les usagers puissent bénéficier de thérapies individuelles et de groupes variées, adaptées à leurs besoins.

De plus, de manière complémentaire, il est intéressant de développer dans les services de SPSC des psychothérapies centrées sur la prévention de la violence.

Voici deux exemples :

- *La thérapie comportementale dialectique (ACT)*

L'ACT a déjà fait preuve d'une efficacité dans le traitement des idées suicidaires et aurait également montré des résultats positifs pour la gestion de l'automutilation et des passages à l'acte hétéro agressifs (148,149). Un modèle d'évitement expérientiel de la violence et de l'automutilation postule que

ces actes sont en fait des tentatives d'éviter des expériences telles que des pensées, des sentiments, des sensations somatiques ou d'autres expériences internes inconfortables ou pénibles. L'évitement expérientiel est un concept clé de l'ACT. Ce type de thérapie nécessite l'engagement et la coopération de l'utilisateur et n'est donc pas applicable pour tous mais lorsque les usagers s'y prêtent, ces interventions peuvent constituer un outil supplémentaire utile (148).

- *Psychothérapie assistée par les animaux*

La thérapie assistée par l'animal implique une interaction entre les usagers et un animal dressé dans le but de faciliter les progrès des usagers vers des objectifs thérapeutiques. Ce type de thérapie serait associé à une réduction des niveaux d'anxiété chez les personnes hospitalisées présentant une variété de diagnostics psychiatriques (troubles psychotiques, troubles de l'humeur et autres troubles), en comparaison à une séance d'activité occupationnelle classique qui réduirait l'anxiété uniquement chez les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur (150).

La thérapie assistée par l'animal permettrait de réduire l'anxiété et la dépression et d'améliorer la socialisation des usagers des soins de santé mentale (151).

Le contact avec les animaux de compagnie améliorerait radicalement le bien-être mental. Les relations avec les animaux seraient des étapes importantes pour le rétablissement des relations humaines ainsi que pour le développement de la conscience de soi et de la conscience morale (70).

Les interactions assistées par des chiens sont les plus courantes, elles ont été associées à des réductions immédiates de l'anxiété ou de la dépression, à une amélioration de l'estime de soi, de la symptomatologie psychiatrique et du fonctionnement social mais pas du contrôle des impulsions chez les personnes souffrant de schizophrénie. A l'inverse, les thérapies assistées par les chevaux pourraient être particulièrement thérapeutiques pour les comportements agressifs et régressifs (151).

Une étude contrôlée, portant sur 90 usagers ayant récemment eu un comportement violent à l'hôpital, a étudié les effets de la thérapie assistée par les chevaux et les canidés sur les comportements violents. Les résultats ont montré que la thérapie assistée par les chevaux était associée à une réduction de la violence pendant au

moins plusieurs mois après le début du traitement contrairement à la thérapie canine qui n'a pas montré d'effet sur la violence (151).

Selon les auteurs, ces résultats pourraient provenir de l'interaction avec des animaux physiquement imposants qui semblent tout à fait capable de faire du mal mais qui n'en font pas. Les interactions avec les chevaux pourraient servir de modèle à des stratégies comportementales non violentes ce qui permettrait aux usagers de mieux tolérer les stimuli interpersonnels provocateurs (151).

### 3.2.8. Liens avec l'entourage

Selon la HAS (130), il est souhaitable d'établir un lien de confiance avec l'entourage de l'usager (parents, fratrie, conjoint, personnes de confiance).

Pour cela les recommandations de la HAS sont :

- De mieux accueillir la famille dans « l'univers » de l'hôpital, pouvant être perçu comme un lieu inconnu, inhospitalier et déroutant ;
- de recevoir la famille avec ou sans l'usager, en veillant à recueillir son accord et à lui restituer l'entretien lorsqu'il se déroule sans lui ;
- d'adopter une attitude ouverte, bienveillante et de créer un lien de confiance.

Dans tous les cas l'équipe doit avoir pour préoccupation le maintien ou la restauration de la relation de l'usager avec son entourage (130).

Il est également utile de demander à la famille comment elle a vécu les circonstances de l'hospitalisation, comment elle vit la maladie psychiatrique de l'usager et qu'elles sont ses représentations et attentes de l'hospitalisation (130).

Nous avons vu précédemment que, selon la HAS, la famille de l'usager doit être reçue au moment de l'admission afin de recueillir d'éventuelles informations complémentaires sur l'usager, afin de leur communiquer des informations sur l'hospitalisation, sur les temps de visites et les rencontres avec l'équipe soignante.

Nous avons ensuite vu que l'implication de la famille dans la prise de décision partagée pouvait la faciliter comme constituer un obstacle.

Dans le modèle HIC, l'objectif est de réduire la coercition en se concentrant sur la coopération entre le personnel, les usagers et leur famille. Les auteurs préconisent la

présence des proches de l'utilisateur pour la réunion de planification des soins organisée dans les 24h suivant l'admission.

De même, d'après le modèle *Safewards*, afin d'éviter la survenue de conflits, il est important de ne pas tenir à l'écart l'entourage de l'utilisateur et il peut être nécessaire d'aider les usagers à résoudre d'éventuelles problématiques familiales.

### 3.2.9. Pairs aidants

Selon le programme québécois PAR (Pairs Aidants Réseau), « le pair-aidant, fait référence à un membre du personnel vivant, ou ayant vécu, un trouble de santé mentale. A partir de son expérience de la maladie et de sa compréhension de son propre processus de rétablissement, il aide ses pairs à surmonter les obstacles et à identifier ce qui les aide à se rétablir » (152).

L'emploi de prestataires pairs s'est développé parallèlement à l'acceptation croissante du rétablissement comme principe clé de la politique et de la pratique en matière de santé mentale (153).

La pair-aidance défend l'idée que les usagers en santé mentale, en puisant dans leurs propres ressources, puissent reprendre du pouvoir sur leur vie (notion d'« empowerment ») et lui donner un sens, malgré la maladie (152).

Les pairs aidants, appelés également médiateurs de santé pair, ne doivent pas détenir de diplôme spécifique et peuvent intervenir en tant que bénévole ou en tant que salarié dans des associations mais également dans des unités de psychiatrie de l'hôpital public (152).

Dans le modèle HIC, par exemple, l'équipe collabore avec des pairs aidants. Ils assument une variété de rôles adaptés aux besoins de leurs pairs : faciliter le rétablissement, l'intégration sociale, l'éducation, l'intégration communautaire, le soutien professionnel, le soutien à l'hébergement (153) etc.

Le principe de la pair-aidance est que le « savoir expérientiel », tout en n'étant ni savant, ni académique, ni scientifique, est cependant précieux et permet d'améliorer la qualité des soins. Les pratiques des médiateurs de santé pairs contribuent à diffuser la philosophie du « rétablissement » auprès des usagers. De plus, ils encouragent les usagers à s'exprimer, à poser des questions aux soignants sur les soins, à leur faire part d'éventuels effets secondaires de médicaments qu'ils

supporteraient mal, à parler de leurs projets de vie et des besoins qui en découlent. Ainsi la pair aidance contribue également à la mise en place d'une coconstruction du soin (154).

Dans la littérature, certaines études montrent des résultats significatifs en faveur des interventions des pairs aidants sur le rétablissement des usagers (155), sur le développement d'attitudes positives des soignants à l'égard des possibilités de rétablissement (156) ainsi que sur le recours aux mesures coercitives (156).

A l'inverse, d'autres études ne font pas état de résultats positifs significatifs sur le rétablissement (157)(158).

La collaboration avec des pairs aidants peut donc être judicieuse dans les services de SPSC afin de promouvoir le rétablissement même si de plus amples recherches semblent nécessaires pour le confirmer.

#### 3.2.10. Analyse des pratiques et fixation d'objectifs

Pour promouvoir les bonnes pratiques il est important de systématiser l'analyse des pratiques professionnelles sur l'isolement et la contention et de se fixer des objectifs chiffrés par service (159).

- *Analyse des pratiques professionnelles*

Afin d'analyser les pratiques professionnelles il est important de mettre en place un suivi mensuel des mesures d'isolement et de contention par service et de les analyser (159).

Les incidents d'agression pourraient être enregistrés au moyen de l'échelle SOAS-R (*Staff Observation Aggression Scale - Revised*). Cette échelle couvre les aspects suivants des incidents d'agression : le déclencheur apparent, le type et la cible de l'agression, les conséquences de l'incident et les interventions utilisées par le personnel pour faire face à la violence (135).

Ainsi, le recueil de données doit être amélioré et ces données doivent être exploitées, engendrer des questionnements et des réunions d'équipes. Les facteurs ayant contribué à l'utilisation de mesures coercitives doivent être analysés et les

domaines d'amélioration doivent être identifiés pour aider à prévenir la récurrence de comportements agressifs (159).

La HAS (130) et le modèle 6 core (118) préconisent également une analyse collective approfondie des causes et actions d'amélioration après un évènement coercitif.

Le modèle 6 core propose que plusieurs groupes de discussion puissent être développées pour discuter des changements possibles à mettre en œuvre ainsi que des obstacles potentiels (118).

La HAS propose la mise en place de groupes de suivi des actes de violence en lien avec les représentants des usagers ainsi que des séminaires inter établissements permettant le partage d'expériences (130).

- *Fixation d'objectifs chiffrés*

Il est également important de se fixer des objectifs chiffrés par service (159).

Le modèle 6 core propose que la réduction de la fréquence et du nombre total d'heures de contention puisse être établie comme un objectif formel et être incluse comme indicateur de qualité enregistré par le service (118).

#### 4. Relation thérapeutique individuelle « soignant-usager »

Nous avons vu précédemment que l'attitude du personnel soignant ainsi que sa manière de communiquer avec les usagers, pouvaient avoir un impact émotionnel important sur ces derniers et ainsi contribuer à la survenue de comportements agressifs dans les services de SPSC.

Nous nous intéresserons donc dans un premier temps à l'amélioration de l'attitude du personnel soignant ainsi qu'à l'amélioration de ses compétences communicationnelles afin d'éviter la survenue de comportements agressifs.

Nous nous attarderons ensuite sur des techniques spécifiques à mettre en place pour prévenir la violence et l'utilisation de mesures coercitives en cas de survenue, malgré l'application des mesures précédentes, d'un état de tension chez un usager.

Enfin, nous aborderons la question de la formation et de la supervision du personnel soignant.

##### 4.1. Amélioration de l'attitude du personnel

###### 4.1.1. Respect et empathie comme socle de la relation

L'adoption d'une attitude empathique ainsi que les engagements moraux du personnel soignant comme l'honnêteté, la bravoure, l'égalité, l'humanité et l'absence de jugement auraient un impact sur la survenue et la gestion des conflits (120)(143).

La HAS recommande également que les soignants manifestent de l'intérêt et de la compassion aux usagers par des attitudes de respect et d'empathie comme le fait de frapper à la porte de la chambre avant d'entrer, employer le vouvoiement (130) etc.

Enfin, en cas de survenue d'un incident conduisant à l'utilisation de mesures coercitives, les usagers accorderaient une grande importance à la capacité et à la volonté des professionnels d'interagir et de communiquer respectueusement avec eux. Cela aurait un impact significatif sur le fait qu'ils associent les situations avant, pendant et après la coercition à des impacts positifs ou négatifs (22).

#### 4.1.2. Passer d'une approche basée sur le contrôle à une approche basée sur la négociation

Une étude portant sur une nouvelle USIP axée sur la gestion efficace et non coercitive des comportements perturbateurs a montré une quasi élimination des mesures d'isolement (60).

Dans cette étude, l'approche du personnel est passée du contrôle du comportement des usagers à la négociation. Le personnel utilisait un mode de communication non autoritaire et non punitif permettant aux patients d'exprimer leur colère et leur mécontentement.

### 4.2. Amélioration des compétences communicationnelles du personnel

#### 4.2.1. Augmentation de la fréquence des échanges

Selon l'association *Advocacy France*, « quand des personnes peu habituées à parler seront entendues par des personnes peu habituées à écouter alors de grandes choses pourront arriver » (160).

Les capacités d'écoute active des soignants sont essentielles. Selon le modèle *Safewards*, « le personnel n'a pas besoin d'avoir le dernier mot mais doit être là pour écouter » (120).

Il est important que l'équipe soignante accorde aux usagers des temps d'échanges suffisants. En effet, la qualité et la fréquence des conversations avec les cliniciens influenceraient positivement l'état émotionnel et psychologique des usagers (128).

Nous avons vu précédemment que le fait que le personnel ignore les demandes d'aide d'un usager pouvait être à l'origine de comportements agressifs (120).

Ainsi, même en cas d'indisponibilité des soignants, il est nécessaire d'offrir une réponse aux sollicitations des usagers, au moins une réponse d'attente, reconnaissant la demande de l'utilisateur et assortie d'un délai que l'on respectera (130).

Pour que le personnel soignant soit en mesure d'accorder autant de temps que nécessaire aux usagers il est nécessaire d'augmenter le ratio personnel/usager.

L'amélioration de ce ratio contribuerait à ce que le personnel soit en mesure de fournir des soins plus sensibles et à ce que l'environnement soit plus sûr, tant pour le personnel que pour les usagers (161).

#### 4.2.2. Amélioration de la qualité des échanges

De manière générale, selon le modèle *Safewards*, « la façon dont vous dites quelque chose, en tenant compte du ton de la voix et du langage corporel, signifie beaucoup » (120). Le personnel doit donc être vigilant au ton employé et utiliser un langage collaboratif.

Nous avons vu précédemment que les situations relatives à l'établissement de limites étaient fortement pourvoyeuses de passages à l'acte hétéro-agressif (120).

Ainsi, la façon dont le personnel communique avec les usagers au sujet des règles du service est un élément important à prendre en compte dans la prévention des agressions. L'application des règles dans un style d'intervention empathique présenterait moins de risque de susciter de la colère particulièrement chez les usagers impulsifs (60). Le personnel doit donc être en mesure de gérer avec tact et compassion les moments où il doit formuler une demande ou une interdiction à un usager (120).

De plus, il est primordial que le sens de ces règles soit expliqué aux usagers. En effet, si les usagers comprennent les raisons justifiant l'application de ces règles et s'ils ont la perception qu'elles sont utiles à leur bien-être, ils les accepteront plus facilement (60).

Enfin, l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un usager pouvant également être à l'origine d'un passage à l'acte hétéro-agressif (120), il est nécessaire que le personnel soignant puisse également gérer ce moment avec tact et compassion.

L'objectif est ici de réduire l'impact des points de tension courants et d'offrir un soutien aux usagers.

#### 4.3. Techniques de désescalade

Si malgré la mise en place des mesures précédentes, une situation de tension survient chez un usager, il est important de pouvoir apaiser la situation afin d'éviter la survenue d'un incident agressif et l'utilisation de mesures coercitives.

Les techniques de désescalade visent à réduire les situations de crise et de violence potentielle en clarifiant les problèmes et en trouvant des solutions en collaboration avec l'utilisateur présentant un état de tension (120).

Il s'agit de la principale forme de prévention secondaire de la violence face à une agression imminente qui s'oppose à la prévention primaire, qui implique les mesures précédentes prises pour prévenir ou réduire la probabilité d'un comportement violent (17).

Plante fait partie des premiers auteurs, en 1985, à avoir proposé des stratégies d'intervention pour faire face à l'agressivité. Il a développé une approche de pacification des états de crise aiguë centrée sur le vécu de la personne (21).

Dans une approche de désescalade ce n'est pas le contrôle de l'utilisateur qui importe mais bien le contrôle de la situation afin d'accompagner le patient dans sa crise. L'intervention doit être souple et centrée sur le vécu émotionnel de l'utilisateur plutôt que sur son comportement (21).

Selon Bowers et al. (125), la désescalade est un processus linéaire commençant par :

- La *délimitation* : qui implique de sécuriser la situation en obtenant de l'aide si nécessaire, en déplaçant l'utilisateur ou d'autres usagers vers une zone sûre et en maintenant une distance de sécurité ;
- La *clarification* : par laquelle les raisons de la colère apparente sont établies par une communication efficace ;
- La *résolution* : qui est obtenue en trouvant une solution au problème qui convienne aux deux parties.

Tout au long de ce processus, le « désescaladeur » doit rester calme et contrôler ses émotions, tout en faisant preuve d'empathie et de respect envers l'utilisateur.

En pratique, les techniques de désescalade comprennent un ensemble de compétences et de stratégies verbales et non verbales conçues pour réduire l'agression sans recourir à des pratiques restrictives (17).

Elles comprennent cinq composantes :

- *Communication*

- Établir un lien avec l'utilisateur le plus tôt possible en posant des questions ouvertes et en proposant des choix ou des alternatives ;
- chercher à résoudre les problèmes en identifiant les causes et en proposant des solutions ;
- explorer les possibilités d'accord ;
- reconnaître les sentiments ou la situation de l'agresseur ;
- réorienter la conversation vers un sujet moins chargé ;
- utiliser un langage clair et concis ;
- paraphraser/résumer pour démontrer et assurer la compréhension ;
- utiliser l'humour lorsque cela est approprié ;
- ne pas faire de promesses qui ne peuvent être tenues ;
- éviter de paraître autoritaire, condescendant ou provocateur ;
- transmettre une préoccupation professionnelle ;
- écoute active avec utilisation d'un ton de voix approprié ;
- prendre conscience de son propre langage corporel et adopter une attitude ouverte et non menaçante, établir et maintenir un contact visuel de manière non menaçante, expression faciale neutre ;
- utiliser le toucher pour calmer les usagers lorsque cela est approprié ;
- être vigilant à la congruence entre les actions et les paroles ;
- être également vigilant aux différences culturelles dans les styles de communication verbale et non verbale ;
- utiliser des temps de silence pour donner à l'individu le temps de clarifier ses pensées (17).

- *Autorégulation :*

- Rester calme ;
- éviter de porter des jugements sur l'utilisateur ;
- importance de la régulation émotionnelle, de l'affirmation de soi, de la maîtrise de soi et de la confiance en soi ;

- réflexion personnelle après un incident sur ce qui s'est bien passé ou mal passé et sur ce qui pourrait être amélioré (17).

- *Evaluation :*

- L'état émotionnel de l'utilisateur et la situation immédiate doivent être évalués ainsi que les risques associés aux différentes interventions ;

- observer et reconnaître les signes précurseurs de l'agression, jauger la situation dans le contexte de l'utilisateur en utilisant les connaissances existantes à son sujet ;

- savoir quand intervenir (17).

- *Actions :*

- Utilisation d'activités pour aider l'utilisateur à évacuer sa colère et sa frustration et pour le distraire (en s'appuyant par exemple sur les stratégies d'apaisement identifiées avec lui dans les premiers jours de son admission) ;

- fixation de limites sans confrontation et sur la base du respect ;

- redirection de l'attention de la personne ;

- se lever si la personne est debout, s'asseoir si elle est assise ;

- créer un espace sûr ;

- diminuer les stimuli environnementaux, reconnaître et atténuer les causes de l'agitation ;

- gestion du stress et exercices de relaxation ;

- plan de traitement individualisé (17).

- *Maintien de la sécurité :*

- Approche sûre et prudente de l'agresseur par des mouvements lents et prudents afin d'éviter toute agitation ou surprise supplémentaire ;

- être conscient de l'environnement en planifiant des itinéraires de fuite et en évitant les positions vulnérables et l'isolement ;

- demander de l'aide ou être conscient de l'existence de renforts en cas de besoin ;

- être conscient des armes, des dangers et des déclencheurs potentiels et les éliminer ou les modérer ;
- reconnaître que les personnes agitées peuvent avoir besoin de plus d'espace personnel que d'habitude ;
- débriefing après un incident afin d'identifier les stratégies de désescalade qui pourraient s'avérer utiles lors de crises futures (17).

La plupart des formations à la prévention et à la gestion de l'agression et de la violence comprennent désormais des informations sur les techniques de désescalade (17).

L'essai contrôlé randomisé *Safewards* (119) a montré que les conflits et l'utilisation de mesures coercitives pouvaient être réduits grâce à une série d'interventions, dont la désescalade.

Il s'agit, à ce jour, du seul essai contrôlé randomisé incluant la désescalade qui ai été identifié (17).

Bien que des résultats positifs aient été obtenus, l'essai étant basé sur une gamme d'interventions, il n'a pas été possible de quantifier séparément les effets de la désescalade par rapport aux autres interventions.

#### 4.4. Formation et supervision du personnel soignant

##### 4.4.1. Formation adaptée et continue du personnel soignant

Afin de créer un environnement de soin sûr, propice au rétablissement et le moins coercitif possible, il est nécessaire de permettre au personnel soignant de bénéficier d'une formation intensive et continue (117).

En effet, la capacité du personnel à réguler ses réactions émotionnelles (anxiété, colère) face au comportement perturbateur des usagers aurait un impact sur la survenue et la gestion des conflits tout comme la capacité du personnel à déployer une série d'explications alternatives dérivées de modèles psychologiques pour le comportement difficile des usagers (120).

Ainsi, toute intervention améliorant la compréhension psychologique, la régulation émotionnelle et la maîtrise technique est susceptible de contribuer à la réduction des taux de conflits et d'utilisation de mesures coercitives (120).

Les formations proposées doivent inclure des approches préventives et de désamorçage des situations de crise ainsi que des stratégies d'interventions physiques de dernier recours, proportionnées au risque et respectueuses des personnes (117).

Il serait pertinent que les formations portent sur deux objectifs principaux :

- Le développement des compétences ;
- le changement d'attitude (155).

Voici quelques exemples de formations à proposer au personnel :

- Pour l'évaluation du risque hétéro agressif : *formation sur l'utilisation de la liste de vérification de la violence de Broset.*
- Pour l'apprentissage des techniques de désescalade : *formation Oméga.*

Concernant l'apprentissage des techniques de désescalade, dans le monde francophone, l'approche Oméga est l'une des plus enseignées (162).

La formation a été mise en œuvre auprès de 47 408 travailleurs au Canada depuis sa création en 1999 (données fournies en 2016 par l'organisation gouvernementale responsable du programme) (162).

Les participants apprennent les valeurs fondamentales (respect, professionnalisme, responsabilité et sécurité) et les principes (se protéger, évaluer la situation, prévoir le comportement, prendre le temps nécessaire et se concentrer sur la personne) d'Oméga (162).

Les participants apprennent également une approche de pacification et l'utilisation d'une grille de classification des comportements et des niveaux de dangerosité des individus potentiellement agressifs. Les niveaux de dangerosité comprennent la tension émotionnelle, la coopération conditionnelle, le comportement réfractaire, le comportement destructeur, l'intimidation psychologique, la résistance active, l'agression physique, les agressions graves et les menaces exceptionnelles.

Sept niveaux d'intervention sont classés dans une pyramide d'intervention allant de l'atténuation (c'est-à-dire la résolution de la situation de crise agressive ou de la crise aiguë par une approche axée sur la sécurité de l'utilisateur) à l'intervention physique (c'est-à-dire l'intervention de dernier recours, utilisée lorsque l'utilisateur a imposé un acte de protection ou de contrôle). La formation fournit également les outils nécessaires pour remplir un rapport post-incident (162).

L'étude de Geoffrion et al (162), a montré une réduction de l'incidence et de la durée de l'isolement et de la contention après la mise en œuvre de ce programme au sein d'une unité de soins intensifs psychiatriques.

- Pour la promotion d'un changement d'attitude : *formation sur les 10 interventions du modèle Safewards (120)*.
- Pour promouvoir des soins basés sur le rétablissement : *Formation à la thérapie cognitive axée sur le rétablissement*.

La thérapie cognitive axée sur le rétablissement est une intervention psychosociale qui aide les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique grave à s'engager dans leur propre traitement et à devenir plus actives dans leur vie quotidienne (163).

Dans l'étude de Nadine A. Change et al. (163), les sessions de formation au personnel soignant comportaient un mélange de cours magistraux et d'exercices interactifs.

Par exemple, pour favoriser la compréhension d'une personne souffrant d'hallucinations auditives, un stagiaire devait faire de l'arithmétique pendant qu'un second stagiaire lui murmurait des insultes à l'oreille.

Les stagiaires ont appris à aborder les idées délirantes sans être invalidants et ont appris des stratégies pour gérer la non-adhésion au traitement et aider les usagers à prévenir les rechutes.

Ils ont également acquis des stratégies spécifiques pour aider les usagers à fixer et à atteindre leurs objectifs de rétablissement.

Chaque session de formation se terminait par l'établissement d'un plan d'action permettant à chaque stagiaire de mettre en œuvre la nouvelle compétence avec un usager au cours de la semaine suivante.

Après la formation, une diminution de l'utilisation de mesures d'isolement et de contention a été observée.

#### 4.4.2. Supervision et programme d'amélioration des pratiques professionnelles

Pour que le personnel soignant puisse maintenir et développer ses compétences professionnelles, en plus de la formation, il est nécessaire qu'il bénéficie d'une supervision et d'un suivi avec des évaluations fréquentes de ses compétences (117).

De plus, il est judicieux de mettre en place dans les services un programme d'amélioration des pratiques professionnelles afin d'évaluer la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques (159).

Celui-ci peut comporter :

- La réalisation d'un audit sur dossier concernant les recommandations de bonnes pratiques (grilles HAS) ;
- la réalisation d'une enquête sur le vécu de l'isolement/contention par les usagers ;
- des réflexions sur l'élaboration d'un outil permettant de réaliser un débriefing avec l'équipe après la mise en place d'une mesure coercitive (159).

## **Partie 4 : Recommandations pratiques et discussion**

### 1. Recommandations pratiques

Ce travail a permis d'identifier plusieurs recommandations pour la conception et l'organisation des services de soins psychiatriques sans consentement.

Celles-ci sont synthétisées dans les tableaux suivants (Voir Tableau 1 : Recommandations concernant l'architecture, la gestion et l'aménagement de l'espace, Tableau 2 : Recommandations concernant l'organisation du parcours de soins et Tableau 3 : Recommandations concernant la relation thérapeutique soignant-usager) et sont illustrées d'exemples de projets.

**Tableau 1 :** Recommandations concernant l'architecture, la gestion et l'aménagement de l'espace

Objectif	Recommandations et exemples illustratifs
<b>Réduction du stress lié à la promiscuité</b>	<p style="text-align: center;"><i>Chambre individuelle avec salle de bain privée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porte verrouillable de l'intérieur pouvant être ouverte de l'extérieur uniquement par les soignants</li> <li>- Placard fermé à clef pour entreposer les affaires personnelles</li> <li>- Dispositif d'appel</li> <li>- Mobilier conçu spécifiquement pour éviter d'être utilisé comme une arme ou comme outils d'automutilation</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><i>Un grand espace commun et plusieurs sous espaces plus petits avec des sièges mobiles</i></p>
	<p style="text-align: center;"><i>Des espaces de visites privés garantissant confort et intimité</i></p>
<b>Réduction du stress lié à l'environnement physique</b>	<p style="text-align: center;"><i>Adaptation des niveaux de stimulation sensorielle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conception réduisant le bruit : séparations murales et dalles de plafonds acoustiques ; exemple de projet tiré de la littérature : « programme de réduction sensorielle » de 16h à 19h (TV remplacée par de la musique douce et panneaux indiquant « voix calme » aux entrées de l'unité) ; mise à disposition de bouchons d'oreilles pour dormir</li> <li>- Éclairage doux : éclairage doux indirect et à spectre complet avec une longueur d'onde similaire à celle de la lumière naturelle ; « programme de réduction sensorielle » de 16h à 19h (extinction des plafonniers, faible éclairage par lumière naturelle et lampes de sécurité) ; différentes ambiances lumineuses grâce à des lampes de type LED permettant de moduler l'intensité et la couleur de la lumière (exemple tiré de la « journée d'apaisement ») ; mise à disposition de masques pour les yeux pour dormir</li> <li>- Bonne aération et odeurs neutres</li> <li>- Couleurs murales adaptées : tons chauds et clairs ; utilisation du bois pour un aspect naturel et doux</li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><i>Conception favorisant le contrôle et l'autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle des caractéristiques d'ambiance de la chambre : fenêtre qui peut être partiellement ouverte ; possibilité de moduler l'éclairage et la température de la pièce ; chambres équipées d'une veilleuse (exemple tiré de la « journée d'apaisement »)</li> <li>- Choix du programme de la télévision et choix de livres et magazines</li> <li>- Personnalisation de l'espace personnel : possibilité d'accrocher des photos ou de choisir des œuvres d'art ; chambres équipées d'un tableau avec des aimants permettant d'accrocher photos, dessins, cartes etc. ; possibilité d'amener un objet personnel (par exemple, plaid, taie d'oreiller, peluche) et un parfum d'ambiance (exemples tirés de la « journée d'apaisement »)</li> <li>- Si, par mesure de sécurité, un « pyjama » doit être porté, proposer le choix de la couleur (exemple tiré de la « journée d'apaisement »)</li> <li>- Proposer des chaussons antidérapants et des chaussettes (exemple tiré de la « journée d'apaisement »)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Sentiment de cohérence et lisibilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unité conçue avec précision et simplicité</li> <li>- Points de repères temporels avec horloges indiquant la date et l'heure et mise à disposition de journaux et magazines récents</li> <li>- Points de repères spatiaux avec la présence de pancartes nommant chaque espace</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Diminution des mesures de sécurité ostentatoires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesures de sécurité présentes mais cachées et non provocantes</li> </ul>
<p><b>Réduction du stress grâce aux distractions positives</b></p>	<p style="text-align: center;"><i>Contact avec la nature</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jardin : présence d'un jardin accessible par une porte non verrouillée depuis un espace commun de l'unité ; accès libre toute la journée sans accompagnement ; végétation proéminente ; présence de sièges mobiles et d'endroits pour s'isoler ou permettre les interactions sociales ; possibilité de se mettre à l'ombre ou au soleil</li> <li>- Fenêtres sur la nature : vues sur la nature depuis les chambres et les espaces communs</li> <li>- Art de la nature : présence de photographies ou de peintures représentant la nature dans les chambres et les espaces communs</li> <li>- Plantes : présence de plantes dans les chambres et les espaces communs</li> </ul>

	<i>Exposition à la lumière naturelle</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puits de lumière dans les espaces communs</li> <li>- Grand atrium central</li> <li>- Grandes fenêtres basses dans les chambres et les espaces communs</li> </ul>
	<i>Espace social convivial et aspect anti institutionnel</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tapis et moquette</li> <li>- Fauteuils confortables</li> <li>- Meubles de formes courbes</li> </ul>
<b>Réduction du stress grâce à une bonne visibilité dans le service</b>	<i>Lignes de vues dégagées sans angle mort</i>
	<i>Conception « en étoile » avec des couloirs larges et coniques</i>
	<i>Cloisons vitrées entre les différents espaces</i>
	<i>Caméras de surveillance</i>
<b>Focus sur la réduction du stress dans des espaces spécifiques</b>	<i>Poste de soins et espace pour le personnel</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poste de soins ouvert avec un espace contigu fermé pour préserver la confidentialité des dossiers et le respect du secret médical lors des transmissions</li> <li>- Espace de pause convivial pour le personnel</li> </ul>
	<i>Espace fumeurs</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'un espace fumeurs distinct du jardin dans chaque unité</li> </ul>
	<i>Espace d'apaisement/sensoriel</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espace accessible librement toute la journée en présence d'un membre de l'équipe soignante</li> <li>- Espace chaleureux et accueillant comportant des assises confortables, des objets ressources et du matériel de modulation sensorielle</li> </ul>

	<i>Salle de sport</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espace aménagé au sein du service, accessible librement tout au long de la journée</li> <li>- Matériel adapté ne pouvant être détourné et utilisé comme une arme</li> </ul>
	<i>Chambre d'isolement</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espace entretenu et propre respectant l'intimité et la dignité de l'utilisateur</li> <li>- Accès à des toilettes et à une douche</li> <li>- Équipement de qualité, confortable et ne présentant pas de danger pour l'utilisateur</li> <li>- Présence de repères temporels</li> <li>- Présence d'un dispositif d'appel</li> <li>- Espace bien ventilé et présentant une luminosité naturelle</li> <li>- Murs bleus ou verts</li> <li>- Exemple de projet tiré de la littérature : Écran tactile permettant à l'utilisateur de contrôler les caractéristiques d'ambiance de la pièce ainsi que de jouer à des jeux et de visionner des vidéos relaxantes de scènes de la nature</li> </ul>

**Tableau 2** : Recommandations concernant l'organisation du parcours de soins

Objectif	Recommandations et exemples illustratifs
<b>Accueillir l'utilisateur</b>	<i>Accueillir l'utilisateur dans un espace bien traitant avec empathie et respect</i>
	<i>Recueillir et fournir des informations à l'utilisateur et à sa famille</i>
	<i>Impliquer l'utilisateur dans les décisions dès son admission</i>
<b>Évaluer le risque hétéro agressif</b>	<i>Évaluation du risque hétéro agressif lors du premier contact avec l'utilisateur</i>
	<p style="text-align: center;"><i>Trois facteurs de risque doivent conduire à une évaluation plus approfondie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents de violence et de comportements impulsifs</li> <li>- Trouble psychiatrique sévère</li> <li>- Antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><i>Utilisation de guides d'entretien semi-structuré comme le HCR 20</i></p>
	<p style="text-align: center;"><i>Utilisation d'échelles d'observation spécifiques comme le BVC, l'échelle Kennedy-Axis V, la Brief Psychiatric Rating Scale, l'échelle de dangerosité ou l'échelle de dysfonctionnement social et d'agression</i></p>
	<p style="text-align: center;"><i>Observation attentive et discrète du personnel soignant qui se déplace dans le service pour repérer les signes d'alertes et prévenir les incidents</i></p>
<b>Impliquer l'utilisateur grâce à la prise de décision partagée</b>	<p style="text-align: center;"><i>Les directives anticipées</i></p>
	<p style="text-align: center;"><i>Exemple de projet issu de la littérature : L'intervention « OPeNS » au moment de l'admission</i></p>
	<p style="text-align: center;"><i>Le plan de prévention partagé (encore appelé plan de prévention individualisé, plan de sécurité ou plan de crise)</i></p>
	<p style="text-align: center;"><i>Exemple de projet issu de la littérature : Le plan « SMART » en cas d'isolement</i></p>

<b>Organiser des débriefings après la survenue d'un incident agressif afin d'en limiter les conséquences négatives pour les usagers et le personnel</b>	<i>Débriefing post coercition en présence de l'utilisateur concerné par la mesure</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un débriefing post événement immédiat</li> <li>- Un débriefing formel plusieurs jours après l'évènement</li> </ul>
	<i>Débriefing post passage à l'acte hétéro agressif</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse situationnelle à chaud</li> <li>- Débriefing en équipe élargie à froid dans les 72h</li> </ul>
<b>Rendre accessibles les informations sur la structure interne de l'unité</b>	<i>Afficher les horaires d'activités</i>
	<i>Présenter l'équipe soignante sur un tableau d'affichage</i>
<b>Assouplir les règles du service afin de favoriser un sentiment d'autonomie</b>	<i>Choix élargis concernant les repas et les horaires de repas et de sommeil</i>
<b>Organiser des temps de rencontres afin d'améliorer les interactions sociales</b>	<i>« Réunions d'entraide » (intervention Safewards)</i>
	<i>« Temps pour se connaître mutuellement » (intervention Safewards)</i>
	<i>« Messages de sorties » (intervention Safewards)</i>
	<i>« Horaires de distribution d'eau chaude » (exemple tiré de la « journée d'apaisement »)</i>
	<i>Réunions soignants-soignés</i>
<b>Mettre en place des activités thérapeutiques adaptées permettant une réduction du stress</b>	<i>Activités occupationnelles ou distractions positives</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités manuelles : art thérapie, jardinage, cuisine, etc.</li> <li>- Activités sportives collectives : tennis de table, badminton, football, danse, etc.</li> <li>- Activités sportives individuelles : musculation, course, etc.</li> <li>- Jeux de société</li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><i>Activités individuelles de gestion du stress</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaxation</li> <li>- Activité sportive individuelle</li> <li>- Modulation sensorielle : en salle de modulation sensorielle à l'aide d'un plan sensoriel et d'un kit sensoriel individualisé</li> <li>- Musicothérapie : exemple du projet « Psyson »</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><i>Activités psycho éducatives</i></p> <p>Exemples tirés de la littérature :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme d'éducation des usagers à la résolution des conflits</li> <li>- Programmes éducatifs axés sur le rétablissement</li> </ul>
<b>Mettre en place des psychothérapies centrées sur la prévention de la violence</b>	<i>La thérapie comportementale dialectique (exemple tiré de la littérature)</i>
	<i>La psychothérapie assistée par les chevaux (exemple tiré de la littérature)</i>
<b>Établir un lien de confiance avec l'entourage</b>	<i>Adopter une attitude ouverte et bienveillante</i>
	<i>S'intéresser au vécu de l'entourage par rapport à l'hospitalisation</i>
	<i>Recevoir l'entourage au moment de l'admission puis planifier des temps d'échanges fréquents au cours de l'hospitalisation</i>
	<i>Aider les usagers à résoudre d'éventuelles problématiques familiales</i>
<b>Collaborer avec des pairs aidants afin de promouvoir le rétablissement des usagers</b>	<i>Organiser des temps d'interventions de pairs aidants dans l'unité</i>

<b>Systematiser l'analyse des pratiques professionnelles sur les mesures coercitives et se fixer des objectifs chiffrés par service afin de promouvoir les bonnes pratiques</b>	<i>Incidents d'agression enregistrés au moyen de l'échelle SOAS-R</i>
	<i>Suivi et analyse mensuelle des mesures d'isolement et de contention</i>
	<i>Groupes de discussion sur les changements à mettre en œuvre ainsi que les obstacles potentiels</i>
	<i>Objectifs chiffrés par service</i>
	<i>Objectif de réduction des mesures coercitives inclus comme indicateur de qualité enregistré par le service</i>

**Tableau 3** : Recommandations concernant la relation thérapeutique soignant-usager

Objectif	Recommandations et exemples illustratifs
Travailler sur l'attitude du personnel soignant	<i>Faire du respect et de l'empathie le socle de la relation soignant-soigné</i>
	<i>Passer d'une approche basée sur le contrôle à une approche basée sur la négociation</i>
Améliorer les compétences communicationnelles du personnel soignant	<p style="text-align: center;"><i>Augmentation de la fréquence des échanges :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accorder aux usagers des temps d'échanges suffisants</li> <li>- En cas d'indisponibilité des soignants, offrir une réponse d'attente assortie d'un délai qui sera respecté</li> <li>- Augmenter le ratio personnel soignant/usagers</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><i>Amélioration de la qualité des échanges :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être vigilant au langage corporel et au ton de la voix</li> <li>- Utilisation d'un langage collaboratif</li> <li>- Gérer avec tact et compassion l'annonce d'une mauvaise nouvelle et les moments relatifs à l'établissement de limites</li> </ul>
Utiliser les techniques de désescalade en cas de survenue d'un état de tension chez un usager	<p style="text-align: center;"><i>Cinq composantes principales :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication</li> <li>- Autorégulation</li> <li>- Évaluation</li> <li>- Actions</li> <li>- Maintien de la sécurité</li> </ul>
Former et superviser le personnel soignant	<p style="text-align: center;"><i>Formation adaptée et continue du personnel soignant</i></p> <p>Exemples de formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation sur l'utilisation du BVC</li> <li>- Formation Oméga sur les techniques de désescalade</li> <li>- Formation sur les « 10 interventions » du modèle <i>Safewards</i></li> <li>- Formation à la thérapie cognitive axée sur le rétablissement</li> </ul>
	<i>Supervision et évaluations fréquentes des compétences du personnel soignant</i>

## 2. Limites de ce travail de recherche

Les résultats présentés doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de plusieurs limites.

Tout d'abord, sur le plan méthodologique, le caractère non systématique de cette revue de la littérature doit être souligné. Il est possible que certains articles pertinents de la littérature internationale n'aient pas été inclus dans cette revue narrative. Toutefois, la méthodologie de revue narrative présente plusieurs avantages : la problématique est moins spécifique que dans le cadre d'une revue systématique ce qui permet un contexte d'application plus large des résultats. De plus, une revue narrative permet de cerner des sujets complexes qui ne sont pas ou ne peuvent être investigués au travers d'essais randomisés.

Par ailleurs, les études sur lesquelles s'appuient nos résultats présentent une qualité méthodologique variable. En particulier, les études présentant des résultats quantitatifs s'appuient en grande majorité sur une méthode d'évaluation avant-après des effets d'une intervention sans groupe de contrôle ni randomisation. Toutefois, la réalisation d'essais contrôlés randomisés dans le champ des alternatives aux mesures ségréatives en psychiatrie présente des obstacles méthodologiques considérables.

Enfin, peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux usagers des services de SPSC. Plusieurs études, notamment sur les bienfaits de la nature, ont été réalisées dans des hôpitaux non psychiatriques, ou alors dans des hôpitaux psychiatriques sur des populations spécifiques d'usagers telles que les personnes âgées. Il faut donc être prudent lors de l'interprétation des résultats.

## 3. Perspectives de recherches futures

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour guider les cliniciens, les administrateurs et les décideurs sur la meilleure façon de prévenir et de désamorcer

les comportements agressifs dans les services de SPSC dans l'objectif de permettre une réduction de l'utilisation des mesures coercitives.

Une lacune majeure est le manque d'essais contrôlés randomisés, considérés comme le modèle de recherche le plus solide, suffisamment puissants et correctement analysés. Il serait donc intéressant que des études de ce type portant sur la conception des services de SPSC ainsi que sur l'organisation des soins soient réalisées afin d'en tirer des recommandations solides.

#### 4. Conclusion

Afin de permettre une diminution de l'utilisation des mesures coercitives dans les services de SPSC, il faut trouver un équilibre entre la satisfaction des besoins en matière de sécurité et la création d'un environnement agréable dans lequel les usagers se voient offrir un certain niveau d'autonomie dans la prise de décision. Il est également important de promouvoir des soins axés sur le rétablissement, grâce notamment à la prise de décision partagée et à un choix d'activités attrayantes et adaptées. Les soins axés sur le rétablissement s'appuient sur une culture du partenariat qui constitue en soi une culture préventive de la violence. Il est essentiel d'aborder les usagers d'une manière responsabilisante et humaine en partant du principe que chaque personne possède un potentiel de maturation si elle bénéficie d'un environnement qui préserve sa dignité, favorise le respect et l'acceptation mutuelle.

## **Annexes**

**Annexe 1** : The Historical Clinical Risk Management 20 item scale (HCR-20)

### Échelle historique

- H1 Violence antérieure
- H2 Jeune âge au moment du premier incident de violence
- H3 Instabilité relationnelle
- H4 Problèmes d'emploi
- H5 Problèmes de toxicomanie
- H6 Maladie mentale grave
- H7 Psychopathie
- H8 Inadaptation précoce
- H9 Trouble de la personnalité
- H10 Échec de la supervision antérieure

### Échelle clinique

- C1 Manque de perspicacité
- C2 Attitudes négatives
- C3 Symptômes actifs de maladie mentale majeure
- C4 Impulsivité
- C5 Absence de réaction au traitement

### Échelle de gestion des risques

- R1 Manque de faisabilité des plans
- R2 Exposition aux déstabilisants
- R3 Manque de soutien personnel
- R4 Non-respect des tentatives de remédiation
- R5 Stress

## **Annexe 2** : The Broset Violence Checklist (BVC)

### Six items : comportements prédictifs d'incidents violents

Confusion	L'utilisateur apparaît de façon évidente confus et désorienté. Il n'est plus conscient de l'heure, du lieu et des personnes.
Irritabilité	L'utilisateur est facilement énervé ou en colère. Il est incapable de tolérer la présence des autres.
Comportement « remuant »	Comportement ouvertement bruyant. Par exemple, l'utilisateur claque les portes, crie lorsqu'il parle.
Menaces physiques	Lorsqu'il y a une intention délibérée de menacer physiquement une autre personne. Par exemple la prise d'une position agressive. Le fait d'accrocher les vêtements d'une autre personne, de lever le bras ou le poing, de lancer la jambe, ou mimer un coup de tête vers quelqu'un.
Menaces verbales	Un déchainement verbal qui n'est pas seulement une élévation du ton de la voix ; et lorsqu'il y a une intention délibérée d'intimider ou de menacer une autre personne. Par exemple des attaques verbales, des abus, des appels par le nom, des commentaires neutres exprimés d'une

	manière agressive ou hargneuse.
Attaques d'objet	Une attaque dirigée vers un objet et non un individu. Par exemple le fait de lancer un objet sans discernement. Claquer ou fermer fort des fenêtres, donner un coup de pied à un objet, claquer un objet, donner un coup de tête à un objet, ou briser du matériel.

Interprétation du score:

- Score = 0 : Le risque de violence est faible.
- Score = 1-2 : Le risque de violence est modéré. Des mesures préventives devraient être prises.
- Score > 2 : Le risque de violence est très élevé. Des mesures préventives devraient être prises. De plus, une conduite à tenir devrait être mise en place pour gérer la violence potentielle.

### Annexe 3 : Échelles d'évaluation du risque hétéro-agressif

#### Kennedy Axis V (version courte)

Niveau des forces et des risques du patient en matière de fonctionnement sur les quatre premiers items du Kennedy Axis V, couvrant :

(a) troubles psychologiques

(b) aptitudes sociales

€ violence

(d) activités de la vie quotidienne – compétences professionnelles

#### Kennedy Axis V (version complète)

Les huit premières sous-échelles, couvrant :

(a) troubles psychologiques

(b) aptitudes sociales

€ violence

(d) activités de la vie quotidienne – compétences professionnelles

€ abus de substances

(f) déficience médicale

(g) déficience auxiliaire

(h) motivation.

#### Brief Psychiatric Rating Scale

Couvrant le contenu et la sévérité de 26 symptômes psychiatriques sur quatre dimensions : troubles de la pensée, anergie, affect et désorganisation.

#### Échelle de dangerosité

Niveaux de dangerosité sur la base de huit items, dont la négligence de soi, l'automutilation, la rupture sociale, la violence envers autrui ou le fait d'être victime d'autrui.

#### Échelle de dysfonctionnement social et d'agression

Échelle de 11 items contenant 11 problèmes comportementaux dirigés et non dirigés, allant de l'agression envers soi-même à l'agression extérieure.

## Références bibliographiques

1. Consentement - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 24 août 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/consentement>
2. Neilson G, Chaimowitz G. Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* avr 2015;60(4):1-12.
3. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
4. GHU Paris psychiatrie & neurosciences [Internet]. 2022 [cité 12 juill 2023]. PODCAST - Métamorphoses, journal d'une thèse en histoire de la psychiatrie. Disponible sur: <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/podcast-metamorphoses-journal-dune-these-en-histoire-de-la-psychiatrie>
5. Sauramps Medical [Internet]. [cité 12 juill 2023]. HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE. Disponible sur : <https://www.livres-medicaux.com/histoire-de-la-medecine/51030-histoire-de-la-psychiatrie.html>
6. LOI no 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1). 90-527 juin 27, 1990.
7. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1). 2011-803 juill 5, 2011.
8. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1) - Légifrance [Internet]. [cité 12 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027996629/2020-09-13/>
9. M C, C G, S de R. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Quest Déconomie Santé Irdes* [Internet]. 15 juin 2022 [cité 13 juill 2023] ;(269). Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.html>
10. Guide pratique pour les soins psychiatriques sans consentement [Internet]. 2019 [cité 13 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/guide-pratique-pour-les-soins-psychiatriques-sans-consentement>
11. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 juill 2023]. Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2837675/fr/aide-a-la-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-)

redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures

12. Utilisateur S. INTERNET CPO ALENCON. [cité 13 juill 2023]. Audience devant le juge des libertés et de la détention. Disponible sur : <https://www.cpo-alencon.fr/index.php/audience-devant-le-juge-des-libertes-et-de-la-detention>
13. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci.* déc 2019;28(6):605-12.
14. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and Understanding Exclusion - Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. 2018 janv.
15. Saya A, Brugnoli C, Piazzini G, Liberato D, Di Ciaccia G, Niolu C, et al. Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review. *Front Psychiatry.* 2019;10:271.
16. Franceinfo [Internet]. 2019 [cité 14 juill 2023]. Le déni des maladies mentales en Afrique. Disponible sur : [https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/libye/le-deni-des-maladies-mentales-en-afrique\\_3708627.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/libye/le-deni-des-maladies-mentales-en-afrique_3708627.html)
17. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *Int J Nurs Stud.* oct 2017;75:10-20.
18. L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) : chiffres clés du rapport 2022 [Internet]. 2022 [cité 13 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2022>
19. Lozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One.* 2015;10(6):e0128536.
20. Violence against NHS staff: read the full report | HSJ Interactive | Health Service Journal [Internet]. [cité 13 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.hsj.co.uk/workforce/violence-against-nhs-staff-read-the-full-report/7022168.article>
21. Groleau R, Da Silva Guerreiro J. Agression en milieu psychiatrique fermé : identification des déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants. *Rev Psychoéducation.* 2019;48(1):45-68.
22. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. « Treat me with respect ». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* nov 2017;24(9-10):681-98.
23. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Isolement et contention

en psychiatrie générale. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale)

24. Völlm B, Nedopil N. The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. Legal, Ethical and Practical Challenges. 2016.
25. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2010;45(9):889-97.
26. Morisset J. Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. *Rech Soins Infirm*. 2018;132(1):78-90.
27. Staggs VS. Trends in Use of Seclusion and Restraint in Response to Injurious Assault in Psychiatric Units in U.S. Hospitals, 2007-2013. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 déc 2015;66(12):1369-72.
28. 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.
29. 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*. févr 2014;14(2):131-41.
30. Compton MT, Craw J, Rudisch BE. Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital. *Psychiatr Q*. 2006;77(2):173-88.
31. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries | PLOS ONE [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168720>
32. Prinsloo B, Noonan A. Use of seclusion in a general hospital acute psychiatric unit. *Ir J Psychol Med*. déc 2010;27(4):184-8.
33. Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juill 2012;47(7):1169-79.
34. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. déc 2010;19(6):416-27.
35. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int*. août 2017;14(3):59-61.

36. Paksarian D, Mojtabai R, Kotov R, Cullen B, Nugent KL, Bromet EJ. Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 févr 2014;65(2):266-9.
37. Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. « It's unbelievably humiliating'-Patients » expressions of negative effects of coercion in mental health care. *Int J Law Psychiatry*. 2016;49(Pt A):147-53.
38. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arzteblatt Int*. janv 2012;109(3):27-32.
39. Hem MH, Gjerberg E, Husum TL, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nurs Ethics*. févr 2018;25(1):92-110.
40. Masson E. EM-Consulte. [cité 16 juill 2023]. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/835061/usage-de-la-contention-en-psychiatrie-vécu-soigna>
41. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes - PULSFORD - 2013 - *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x>
42. Dickens G, Piccirillo M, Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *Int J Ment Health Nurs*. déc 2013;22(6):532-44.
43. Psychologie environnementale, Design et Bien être : Millenaire 3, Soutenabilité [Internet]. [cité 15 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.millenaire3.com/ressources/Psychologie-environnementale-Design-et-Bien-etre>
44. Ulrich RS, Berry LL, Quan X, Parish JT. A conceptual framework for the domain of evidence-based design. *HERD*. 2010;4(1):95-114.
45. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 27 avr 1984;224(4647):420-1.
46. Huisman ERCM, Morales E, van Hoof J, Kort HSM. Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Build Environ*. 1 déc 2012;58:70-80.
47. TechHopital - Articles [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.techopital.com/Story?id=6601>
48. GHU Paris psychiatrie & neurosciences [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Le lab-ah. Disponible sur: <https://www.ghu-paris.fr/fr/le-lab-ah>

49. GHU Paris psychiatrie & neurosciences [Internet]. 2022 [cité 10 juill 2023]. Journée d'étude « De l'art d'apaiser et de s'apaiser en psychiatrie ». Disponible sur: <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/journee-detude-de-lart-dapaiser-et-de-sapaiser-en-psychiatrie>
50. Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie. 2022-1264 sept 28, 2022.
51. Lundin S. Can Healing Architecture Increase Safety in the Design of Psychiatric Wards? *HERD*. janv 2021;14(1):106-17.
52. Tyson GA, Lambert G, Beattie L. The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *Int J Ment Health Nurs*. juin 2002;11(2):94-102.
53. Novotná G, Urbanoski KA, Rush BR. Client-centered design of residential addiction and mental health care facilities: staff perceptions of their work environment. *Qual Health Res*. nov 2011;21(11):1527-38.
54. A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://ps-psychiatryonline-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/epdf/10.1176/ps.50.6.832>
55. GHU Paris psychiatrie & neurosciences [Internet]. 2019 [cité 11 juill 2023]. Art & design, entre hostilité et hospitalité dans les lieux de soin. Disponible sur: <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/art-design-entre-hostilite-et-hospitalite-dans-les-lieux-de-soin>
56. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior - ScienceDirect [Internet]. [cité 10 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494418303955>
57. Weber C, Monero Flores V, Wheele TP, Miedema E, White EV. Patients' Health & Well-Being in Inpatient Mental Health-Care Facilities: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:758039.
58. Karlin BE, Zeiss RA. Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2006;57(10):1376-8.
59. Stolker JJ, Nijman HLI, Zwanikken PH. Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward? *Arch Psychiatr Nurs*. déc 2006;20(6):282-7.
60. Georgieva I, Haan G de, Smith W, Mulder CL. Successful reduction of seclusion in a newly developed psychiatric intensive care unit. *J Psychiatr Intensive Care*. juin 2010;6(1):31-8.

61. Faerden A, Rosenqvist C, Håkansson M, Strøm-Gundersen E, Stav Å, Svartsund J, et al. Environmental Transformations Enhancing Dignity in an Acute Psychiatric Ward: Outcome of a User-Driven Service Design Project. *HERD*. avr 2023;16(2):55-72.
62. 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*. févr 2013;202:142-9.
63. Papoulias C, Csipke E, Rose D, McKellar S, Wykes T. The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. sept 2014;205(3):171-6.
64. Bayramzadeh S. An Assessment of Levels of Safety in Psychiatric Units. *HERD*. janv 2017;10(2):66-80.
65. Due C, Connellan K, Riggs DW. Surveillance, Security and Violence in a Mental Health Ward: An Ethnographic Case-Study of a Purpose-Built Unit in Australia. *Surveill Soc*. 28 nov 2012;10(3/4):292-302.
66. Rohe T, Dresler T, Stuhlinger M, Weber M, Strittmatter T, Fallgatter AJ. [Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures]. *Nervenarzt*. janv 2017;88(1):70-7.
67. Yakov S, Birur B, Bearden MF, Aguilar B, Ghelani KJ, Fargason RE. Sensory Reduction on the General Milieu of a High-Acuity Inpatient Psychiatric Unit to Prevent Use of Physical Restraints: A Successful Open Quality Improvement Trial. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2018;24(2):133-44.
68. Andersen C, Kolmos A, Andersen K, Sippel V, Stenager E. Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nord J Psychiatry*. oct 2017;71(7):525-8.
69. Wandering and the Physical Environment - Donna L. Algase, Elizabeth R. A. Beattie, Cathy Antonakos, Cynthia A. Beel-Bates, Lan Yao, 2010 [Internet]. [cité 21 juin 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1533317510365342>
70. Golembiewski J. Start making sense Applying a salutogenic model to architectural design for psychiatric care. *Facilities*. 1 mars 2010;28:100-17.
71. Ben-Zeev D, Scherer EA, Brian RM, Mistler LA, Campbell AT, Wang R. Use of Multimodal Technology to Identify Digital Correlates of Violence Among Inpatients With Serious Mental Illness: A Pilot Study. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 oct 2017;68(10):1088-92.
72. Hagerman I, Rasmanis G, Blomkvist V, Ulrich R, Eriksen CA, Theorell T. Influence of intensive coronary care acoustics on the quality of care and physiological state of patients. *Int J Cardiol*. 15 févr 2005;98(2):267-70.

73. Hsu T, Ryherd E, Persson Waye K. Noise pollution in hospitals: Impact on patients. *J Clin Outcomes Manag JCOM*. 1 juill 2012;19:301-9.
74. MacLeod M, Dunn J, Busch-Vishniac IJ, West JE, Reedy A. Quieting Weinberg 5C: a case study in hospital noise control. *J Acoust Soc Am*. juin 2007;121(6):3501-8.
75. MaisonPerchée [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Homepage de La Maison Perchée. Disponible sur: <https://maisonperchee.org/>
76. 5 Apaisement, une approche expérientielle [Internet]. 2022 [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=9IP-DC4OTjc>
77. Mehrotra S, Basukala S, Devarakonda S. Effective Lighting Design Standards Impacting Patient Care: A Systems Approach. *J Biosci Med*. 5 nov 2015;3(11):54-61.
78. 9 Une recherche collaborative [Internet]. 2022 [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=41boxATAeqY>
79. Jenkin G, Quigg S, Paap H, Cooney E, Peterson D, Every-Palmer S. Places of safety? Fear and violence in acute mental health facilities: A large qualitative study of staff and service user perspectives. *PloS One*. 2022;17(5):e0266935.
80. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2011;62(5):477-83.
81. sroecklein. The Center for Health Design. The Center for Health Design; 2018 [cité 7 juill 2023]. The Design of a Psychiatric Clinic in Borås Sweden Strives to Create a « Healing » Environment, an interview with Stefan Lundin and Cristiana Caira. Disponible sur: <https://www.healthdesign.org/insights-solutions/design-psychiatric-clinic-bor%C3%A5s-sweden-strives-create-healing-environment>
82. Ulrich RS, Simons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA, Zelson M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *J Environ Psychol*. 1 sept 1991;11(3):201-30.
83. Ulrich R. Effects of gardens on health outcomes: theory and research. *Heal Gard Ther Benefits Des Recomm*. 1 janv 1999;27:27-86.
84. Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review - PubMed [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34233981/>
85. 7 Espace soigné, espace soignant [Internet]. 2022 [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=XVLYUIo-HSM>
86. Marcus C. Healing Gardens in Hospitals. *Interdiscip Des Res E-J*. 1 janv 2005;1.

87. Ulrich R, Simons R. Recovery from stress during exposure to everyday outdoor environments. *Costs Knowing*. 1 janv 1986;115-22.
88. Ulrich R, Simons R, Miles M. Effects of environmental simulations and television on blood donor stress. *J Archit Plan Res*. 1 mars 2003;20:38-47.
89. Twedt E, Rainey RM, Proffitt DR. Designed Natural Spaces: Informal Gardens Are Perceived to Be More Restorative than Formal Gardens. *Front Psychol*. 11 févr 2016;7:88.
90. Diette GB, Lechtzin N, Haponik E, Devrotes A, Rubin HR. Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: a complementary approach to routine analgesia. *Chest*. mars 2003;123(3):941-8.
91. Beukeboom CJ, Langeveld D, Tanja-Dijkstra K. Stress-reducing effects of real and artificial nature in a hospital waiting room. *J Altern Complement Med N Y N*. avr 2012;18(4):329-33.
92. Gardens In Healthcare Facilities: Uses, Therapeutic Benefits, And Design Recommendations [Internet]. [cité 1 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.slideshare.net/angeliaGeo/gardens-in-healthcare-facilities-uses-therapeutic-benefits-and-design-recommendations>
93. Sachs N, Marcus C. *Therapeutic Landscapes: An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces*. 2014.
94. Brown DK, Barton JL, Gladwell VF. Viewing Nature Scenes Positively Affects Recovery of Autonomic Function Following Acute-Mental Stress. *Environ Sci Technol*. 4 juin 2013;47(11):5562-9.
95. Lottrup L, Stigsdotter UK, Meilby H, Claudi AG. The Workplace Window View: A Determinant of Office Workers' Work Ability and Job Satisfaction. *Landsc Res*. 2 janv 2015;40(1):57-75.
96. Fernandez D, Wilkins AJ. Uncomfortable Images in Art and Nature. *Perception*. 1 juill 2008;37(7):1098-113.
97. Nanda U, Eisen S, Zadeh RS, Owen D. Effect of visual art on patient anxiety and agitation in a mental health facility and implications for the business case. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. juin 2011;18(5):386-93.
98. Kweon BS, Ulrich R, Walker V, Tassinary L. Anger and Stress The Role of Landscape Posters in an Office Setting. *Environ Behav*. 1 mai 2008;40:355-81.
99. Ulrich R. Ulrich.2009.Effects of art on health outcomes. In 2020. p. 129-49.
100. Koh Y, Rashid H, Khaw S, Nasis A. Artificial FLOWering plants in Reducing Anxiety and depressive symptoms following Acute Coronary Syndromes (A-FLORA-ACS): a randomised controlled trial. *Heart Vessels*. juin 2019;34(6):888-97.

101. Beauchemin KM, Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *J R Soc Med.* juill 1998;91(7):352-4.
102. Walch JM, Rabin BS, Day R, Williams JN, Choi K, Kang JD. The Effect of Sunlight on Postoperative Analgesic Medication Use: A Prospective Study of Patients Undergoing Spinal Surgery. *Psychosom Med.* févr 2005;67(1):156.
103. Benedetti F, Colombo C, Barbini B, Campori E, Smeraldi E. Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *J Affect Disord.* févr 2001;62(3):221-3.
104. Alimoglu M, Donmez L. Daylight exposure and other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *Int J Nurs Stud.* 1 août 2005;42:549-55.
105. Vaaler AE, Morken G, Linaker OM. Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nord J Psychiatry.* 2005;59(1):19-24.
106. Edwards J, Hults MS. « Open » nursing stations on psychiatric wards. *Perspect Psychiatr Care.* 1970;8(5):209-17.
107. Guide Tabagisme & santé mentale – RESPADD [Internet]. [cité 1 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/blog/2020/05/15/guide-tabagisme-sante-mentale/>
108. Wood VJ, Curtis SE, Gesler W, Spencer IH, Close HJ, Mason JM, et al. Spaces for smoking in a psychiatric hospital: Social capital, resistance to control, and significance for 'therapeutic landscapes'. *Soc Sci Med.* 1 nov 2013;97:104-11.
109. Masson E. EM-Consulte. [cité 28 juin 2023]. Espaces et techniques d'apaisement en psychiatrie. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1599069>
110. Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch F, Ward PB, Richards J, Mugisha J, et al. Cardiorespiratory Fitness in Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med Auckl NZ.* févr 2017;47(2):343-52.
111. Chen LJ, Stubbs B, Chien IC, Lan TH, Chung MS, Lee HL, et al. Associations between daily steps and cognitive function among inpatients with schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 4 févr 2022;22(1):87.
112. van der Venne CGJM, van Meijel B, Deen M, Olf M, Mulder CL. Seclusion in an enriched environment versus seclusion as usual: A quasi-experimental study using mixed methods. *PLoS ONE.* 11 nov 2021;16(11):e0259620.
113. Sanz-Osorio MT, Sastre-Rus M, Monistrol O, Pérez Criado M, Vallès V, Escobar-Bravo MA. Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* avr 2023;30(2):162-81.

114. Westphal V. Santé Mentale. 2022 [cité 20 juill 2023]. Six stratégies pour un moindre recours aux pratiques coercitives. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2022/11/six-strategies-pour-un-moindre-recours-aux-pratiques-coercitives/>
115. Six Core Strategies to Reduce Seclusion and Restraint Use | National Association of State Mental Health Program Directors [Internet]. [cité 10 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>
116. Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, et al. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* mai 2016;22(3):233-41.
117. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, Stewart D, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* sept 2015;52(9):1412-22.
118. Safewards [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Safewards. Disponible sur: <https://www.safewards.net/>
119. Fletcher J, Spittal M, Brophy L, Tibble H, Kinner S, Elsom S, et al. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *Int J Ment Health Nurs.* 2017;26(5):461-71.
120. Fletcher J, Hamilton B, Kinner SA, Brophy L. Safewards Impact in Inpatient Mental Health Units in Victoria, Australia: Staff Perspectives. *Front Psychiatry.* 2019;10:462.
121. Fletcher J, Buchanan-Hagen S, Brophy L, Kinner SA, Hamilton B. Consumer Perspectives of Safewards Impact in Acute Inpatient Mental Health Wards in Victoria, Australia. *Front Psychiatry.* 2019;10:461.
122. Voskes Y, van Melle AL, Widdershoven GAM, van Mierlo AFMM, Bovenberg FJM, Mulder CL. High and Intensive Care in Psychiatry: A New Model for Acute Inpatient Care. *Psychiatr Serv Wash DC.* 1 avr 2021;72(4):475-7.
123. Voskes Y, Widdershoven G a. M, van Melle AL. [Coercion and urge from a care ethics perspective]. *Tijdschr Voor Psychiatr.* 2021;63(10):745-9.
124. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* août 2014;21(6):499-508.
125. Bjørkly S. A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scand J Psychol.* 1999;40(1):57-63.
126. Daffern M, Howells K, Ogloff J. Interaction between individual characteristic and the function of aggression in forensic psychiatric inpatients. *Psychiatry Psychol Law.* 2007;14(1):17-25.

127. Lamanna D, Ninkovic D, Vijayarathnam V, Balderson K, Spivak H, Brook S, et al. Aggression in psychiatric hospitalizations: a qualitative study of patient and provider perspectives. *J Ment Health Abingdon Engl.* déc 2016;25(6):536-42.
128. L'hôpital Titeca veut incarner la psychiatrie 2.0, plus ouverte et lumineuse [Internet]. [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://fr.linkedin.com/pulse/lh%C3%B4pital-titeca-veut-incarner-la-psychiatrie-20-plus-ouverte-kirkove>
129. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie)
130. Clinical Risk Management - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cité 12 août 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/clinical-risk-management>
131. Brathovde A. Improving the Standard of Care in the Management of Agitation in the Acute Psychiatric Setting. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2021;27(3):251-8.
132. Woods P, Almvik R. The Brøset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2002;(412):103-5.
133. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 2008;193(1):44-50.
134. van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* déc 2011;199(6):473-8.
135. Elzubeir K, Dye S. Can amount and duration of seclusion be reduced in psychiatric intensive care units by agreeing SMART goals with patients? *J Psychiatr Intensive Care.* 1 sept 2017;13.
136. Giacco D, Mavromara L, Gamblen J, Conneely M, Priebe S. Shared decision-making with involuntary hospital patients: a qualitative study of barriers and facilitators. *BJPsych Open.* mai 2018;4(3):113-8.
137. Burn E, Conneely M, Leverton M, Giacco D. Giving Patients Choices During Involuntary Admission: A New Intervention. *Front Psychiatry.* 2019;10:433.
138. Stovell D, Morrison AP, Panayiotou M, Hutton P. Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 2016;209(1):23-8.
139. Maître E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al.

[Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints]. *L'Encephale*. sept 2013;39(4):244-51.

140. Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 2002;181:513-9.

141. Henderson C, Lee R, Herman D, Dragatsi D. From psychiatric advance directives to the joint crisis plan. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2009;60(10):1390-1.

142. Sullivan AM, Bezmen J, Barron CT, Rivera J, Curley-Casey L, Marino D. Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service--utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatr Q*. 2005;76(1):51-65.

143. Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*. févr 2019;28(1):209-25.

144. Goulet MH, Lessard-Deschênes C. [The Model of Prevention of Seclusion and Restraint Use in Mental Health: An Integrative Review]. *Sante Ment Que*. 2022;47(1):151-80.

145. Espinosa L, Harris B, Frank J, Armstrong-Muth J, Brous E, Moran J, et al. Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: the long and winding road of culture change. *Arch Psychiatr Nurs*. août 2015;29(4):202-7.

146. RTBF [Internet]. [cité 16 août 2023]. Le Centre Hospitalier Jean Titeca se modernise pour mieux accueillir la souffrance psychiatrique - rtbf.be. Disponible sur: <https://www.rtbef.be/article/le-centre-hospitalier-jean-titeca-se-modernise-pour-mieux-accueillir-la-souffrance-psychiatrique-10885161>

147. 11 Psyson, une expérience d'écoute musicale pour s'apaiser en psychiatrie - YouTube [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=mDslItUn9eY>

148. Razzaque R. An acceptance and commitment therapy based protocol for the management of acute self-harm and violence in severe mental illness. *J Psychiatr Intensive Care*. 1 août 2013;9.

149. Zarling A, Lawrence E, Marchman J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *J Consult Clin Psychol*. févr 2015;83(1):199-212.

150. Barker SB, Dawson KS. The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatr Serv Wash DC*. juin 1998;49(6):797-801.

151. Nurenberg JR, Schleifer SJ, Shaffer TM, Yellin M, Desai PJ, Amin R, et al.

- Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 janv 2015;66(1):80-6.
152. Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique [Internet]. [cité 20 août 2023]. Les Pairs aidants. Disponible sur: <http://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/les-pairs-aidants/>
153. Zeng G, McNamara B. Strategies Used to Support Peer Provision in Mental Health: A Scoping Review. *Adm Policy Ment Health*. nov 2021;48(6):1034-45.
154. Demailly L. Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*. 2020;75-76(1-2):37-46.
155. Scanlan JN, Hancock N, Honey A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry*. 24 août 2017;17:307.
156. Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2008;59(10):1198-202.
157. Rogers ES, Maru M, Johnson G, Cohee J, Hinkel J, Hashemi L. A randomized trial of individual peer support for adults with psychiatric disabilities undergoing civil commitment. *Psychiatr Rehabil J*. sept 2016;39(3):248-55.
158. Rabenschlag F, Hoffmann H, Conca A, Schusterschitz C. Who benefits from peer support in psychiatric institutions? *Psychiatr Q*. juin 2012;83(2):209-20.
159. 4 Quelle politique de moindre contrainte au GHU Paris ? [Internet]. 2022 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=qqn0FVUe8Vw>
160. 3 Facteurs d'apaisement et de rétablissement, facteurs de stress, d'escalade et de rejet [Internet]. 2022 [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=GgueOm5VJWg>
161. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. oct 2007;191:298-303.
162. Geoffrion S, Goncalves J, Giguère CÉ, Guay S. Impact of a Program for the Management of Aggressive Behaviors on Seclusion and Restraint Use in Two High-Risk Units of a Mental Health Institute. *Psychiatr Q*. mars 2018;89(1):95-102.
163. Chang NA, Grant PM, Luther L, Beck AT. Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint. *Community Ment Health J*. mai 2014;50(4):415-21.

**AUTEUR : Nom :** LEHEMBRE

**Prénom :** Pauline

**Date de soutenance :** 27 septembre 2023

**Titre de la thèse :** Réduire le recours aux mesures coercitives dans les services de soins psychiatriques sans consentement : une revue narrative de la littérature

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + FST/option :** DES Psychiatrie + FST Addictologie

**Mots-clés :** psychiatric involuntary care unit, aggression, restraint, seclusion, healing environments, well-being

**Résumé :**

**Introduction :** Les mesures coercitives d'isolement et de contention sont fréquemment utilisées dans les services de soins psychiatriques sans consentement en réponse aux épisodes de violence. Or, le recours à de telles mesures crée un impact négatif majeur sur les usagers et les soignants. L'objectif de ce travail de thèse est donc d'identifier les différents moyens permettant de diminuer les épisodes de violence dans les services de soins psychiatriques sans consentement, ce qui permettrait en conséquence de diminuer le recours aux mesures coercitives.

**Méthode :** Une revue narrative de la littérature a été menée en s'appuyant sur la littérature scientifique disponible sur le sujet ainsi que sur des entretiens menés avec des experts de la thématique.

**Résultats :** Le premier domaine d'optimisation des services de soins psychiatriques sans consentement s'intéresse à un environnement architectural de qualité permettant une diminution des facteurs de stress environnementaux, proposant de nombreuses distractions positives et une bonne visibilité. Le deuxième domaine concerne une organisation du parcours de soins axée sur le rétablissement renforçant l'autonomie des usagers grâce à la prise de décision partagée, un assouplissement des règles du service et un choix d'activités thérapeutiques attrayantes et adaptées. Ces soins s'appuient sur une culture préventive, avec une évaluation précoce et régulière du risque hétéro agressif, et sur une culture du partenariat, en intégrant les proches des usagers dans le parcours de soins dès le temps d'accueil. Le troisième domaine abordé concerne l'importance d'une relation soignant-usager basée sur le respect et l'empathie, sur la négociation plutôt que sur le contrôle et sur l'utilisation des techniques de désescalade.

**Conclusion :** Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour guider les cliniciens, les administrateurs et les décideurs sur la meilleure façon de prévenir et de désamorcer les comportements agressifs dans les services de soins psychiatriques sans consentement dans l'objectif de permettre une réduction de l'utilisation des mesures coercitives.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Ali AMAD

**Assesseur :** Madame le Docteur Maxime WATTEAU

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Thomas FOVET