



FACULTÉ
DE SANTÉ



Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management des
Organisations Soignantes »

PROJET MANAGERIAL

De la privation de liberté à la recherche d'alternatives de soins en
Santé Mentale Adulte.

Comment accompagner une équipe dans ce changement de
paradigme ?

ECUE 7.2

Mr Abdenour KHELIL

Barbara FERJANI

Année 2023/2024

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

*« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre.
Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple ».*

Antoine de Saint-Exupéry

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je remercie Mr Khelil Abdenour et Mr Farnault Patrick pour leurs conseils et leur accompagnement dans la rédaction de mon projet managérial ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ESM – Formation & Recherche en Soins. J'adresse également mes remerciements aux différents intervenants pour la richesse de leurs apports théoriques et pédagogiques et leur accompagnement durant cette année intense de Master 2.

Je remercie chacune des personnes de cette promotion exceptionnelle dont le partage, la solidarité et la bienveillance resteront gravés. Nos retrouvailles tant attendues chaque mois ont œuvré comme une petite bulle d'oxygène durant toute cette année éprouvante. Une dédicace toute particulière pour le groupe des « provinciaux » et nos regroupements festifs et ressourçants du jeudi soir.

Je remercie Olivier, mon binôme de cette aventure, sans qui la mise en œuvre de ce projet se serait révélée bien plus complexe pour ne pas dire très compliquée. Merci pour nos échanges et nos questionnements qui ont agi comme un véritable moteur dans ma réflexion et mes actions. Merci pour son soutien sans faille et surtout son engagement à mes côtés.

Merci à Jean-Louis pour sa confiance à toute épreuve et pour m'avoir suivie dans ma « folie douce ».

Merci à l'équipe pluridisciplinaire du service de psychiatrie générale pour sa motivation, son investissement et son esprit créatif. Notre coopération est inspirante et stimulante. « *Tout est possible à qui rêve, ose, travaille et n'abandonne jamais* » (Xavier Dolan).

Merci à mes relecteurs, pour le temps qu'ils m'ont accordé et leurs précieux conseils pour finaliser mon travail.

Merci à ma meilleure amie, Charlotte, pour son écoute, ses encouragements et ses mots rassurants.

Enfin, une dédicace toute particulière pour mon mari qui m'a encouragée dans cette reprise d'études. Je le remercie ainsi que mes filles pour leur patience, leur compréhension et leur soutien.

SOMMAIRE

Introduction	6
1 Le Centre Hospitalier Général Victor Jousselin (CHGVJ).....	7
1.1 Présentation générale.....	7
1.2 Le Pôle Santé Mentale Adulte (SMA)	8
1.2.1 Historique de l'organisation de la psychiatrie drouaise	8
1.2.2 Configuration actuelle du pôle SMA :	8
➤ L'offre de soins intra-hospitalière.....	9
➤ Le Centre Ambulatoire de Psychiatrie	11
1.3 Le service de psychiatrie générale.....	13
1.3.1 Ressources humaines.....	13
1.3.2 Présentation du service	14
1.3.3 Modalités d'hospitalisation.....	14
1.3.4 Procédure d'admission et parcours de soins	15
1.3.5 Missions générales	15
1.3.6 Spécificité : les soins sans consentement	16
1.3.7 Analyse de l'activité	17
2 Cadre conceptuel.....	21
2.1 Évolution du contexte législatif des soins sans consentement.....	21
2.1.1 La loi « Esquirol » du 30 juin 1838	21
2.1.2 La loi Évin du 27 juin 1990.....	21
2.1.3 La loi du 5 juillet 2011	22
2.1.4 La loi du 27 septembre 2013	22
2.1.5 La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.....	23
2.1.6 La loi de financement de la Sécurité Sociale du 14 décembre 2020.....	23
2.1.7 La loi du 22 janvier 2022.....	23
2.2 Privation de liberté et soins sans consentement.....	24
2.2.1 Libertés et droits fondamentaux	24
2.2.2 Privation de liberté.....	25
2.2.3 Évolution vers le concept « zéro contention »	26
2.3 La notion d'équipe	27
2.3.1 Définitions.....	27
2.3.2 D'équipe à dynamique d'équipe.....	28
2.3.3 L'équipe : enjeu et ressource pour l'encadrement.....	29
2.4 Accompagnement du changement	29
2.4.1 Théories du changement	29
2.4.2 Différents types de transformations.....	33
2.4.3 Impact du changement au sein d'une équipe.....	35

3	Projet managérial.....	37
3.1	Contexte d'émergence	37
3.2	Rôle de l'encadrement	41
3.2.1	La communication.....	41
3.2.2	La confiance au service de l'intelligence collective	43
3.2.3	Une posture de leadership.....	44
3.2.4	Le management bienveillant et participatif au service du changement.....	45
3.3	Description du projet managérial	47
3.3.4	Rétro planning : diagramme de GANTT	50
3.3.7	Indicateurs de suivi.....	67
3.4	Perspectives	67
	Conclusion.....	69
	Bibliographie	70
	Annexes	

LISTE DES ABREVIATIONS

A

AEPS · Association d'entraide psycho-sociale
ANAES · Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APP · Analyse de pratiques professionnelles
ARS · Agence régionale de santé
AS · Aide-soignant
ASH · Agent de service hospitalier
ATIH · Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

C

CAC · Centre d'accueil et de crise
CAP · Centre ambulatoire de psychiatrie
CAROSM · Cellule d'appui à la régulation et l'orientation en santé mentale
CC · Conseil constitutionnel
CDU · Commission des usagers
CeGIDD · Centre gratuit, d'information, de dépistage et de diagnostic
CGLPL · Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH · Centre hospitalier
CHGVJ · Centre hospitalier général Victor Jousselin
CME · Commission médicale d'établissement
CMP · Centre médico-psychologique
CNRTL · Centre national de ressources textuelles et lexicales
COPIL · Comité de pilotage
CSAPA · Centre de soins d'accompagnement de prévention des addictions
CSE · Conseil de surveillance de l'établissement
CSP · Code de la santé publique

D

DAF · Directeur des affaires financières
DIM · Département d'information médicale
DSI · Dossier de soins informatisé, Directrice des soins

E

EMA · Equipe mobile d'appui
EMPP · Equipe mobile précarité psychiatrie
EMPPATHIC · Equipe mobile psychiatrie précarité d'appui aux thérapeutiques handicap et intervention de crise
EMSS · Equipe mobile de soins somatiques

F

FHF · Fédération hospitalière de France

H

HAS · Haute autorité de santé
HDJ · Hôpital de jour

HDT · Hospitalisation sur la demande d'un tiers
HL · Hospitalisation libre
HO · Hospitalisation d'office
HTCD · Hospitalisation de très courte durée

I

IDE · Infirmier diplômé d'Etat
IFPP · Institut de formation des professions paramédicales
INSEE · Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES · Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRESP · Institut pour la recherche en santé publique

J

JLD · Juge des libertés et de la détention

L

LFSS · Loi de financement de la sécurité sociale

M

MCO · Médecine, chirurgie, obstétrique
MSI · Module de soins intensifs
MSP · Médiateur santé-pair

P

PMA · Procréation médicale assistée

Q

QPC · Question prioritaire de constitutionnalité
QVT · Qualité de vie au travail

R

RPS · Réhabilitation psycho-sociale, Risques psycho-sociaux

S

SAMU · Service d'aide médicale urgente
SAU · Service d'accueil des urgences
SMA · Santé mentale adulte
SPDRE · Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat
SPDT · Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPDTU · Soins psychiatriques sur la demande d'un tiers en urgence
SPL · Soins psychiatriques libres
SPPI · Soins psychiatriques en cas de péril imminent
SSR · Soins de suite et de réadaptation

T

TDB · Tableau de bord

U

UA · Unité d'alcoologie

UCDP · Unité de courte durée programmée

USLD · Unité de soins de longue durée

V

VIH · Virus de l'immunodéficience humaine, Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

« J'ai toujours les souvenirs de ces contentions, de ces sangles serrées sur ma peau. Après ma dernière hospitalisation de 2021, j'avais accumulé un bon stock de traumas dus aux violences psychiatriques. Retrouver une place confortable dans un lit normal me paraissait compliqué. Souvent, je me tortillais plusieurs fois avant de dormir pour trouver une position confortable, et j'avais des flash-backs remontant à ces expériences. Je m'endormais parfois plus recroquevillée qu'un fœtus. La nuit, je bougeais tellement que ma tête se retrouvait au pied du lit. Depuis 2016, pas un seul jour ne passe sans que j'y pense [...]. Il est dur de garder le silence après avoir vécu de telles choses et, surtout, de dormir sur ses deux oreilles en sachant que d'autres vivent encore ces horreurs dignes du Moyen-Âge dans la France d'aujourd'hui. »

Cet extrait est tiré du livre de Mathieu BELLAHSEN¹ « Abolir la contention. Sortir de la culture de l'entrave », paru en 2023. Il s'agit du témoignage d'une personne ayant été contentonnée dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement psychiatrique.

Il reflète malheureusement le vécu traumatique de nombreux patients dans notre pays, pour lesquels le recours à des mesures coercitives a dû être employé dans le cadre de soins sans consentement.

« En 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie : 37 % sont concernées par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes »². Ces pratiques entravantes et restrictives de liberté pour les personnes apparaissent de plus en plus encadrées sur le plan législatif afin d'éviter les abus et en réduire le recours. Elles ne peuvent être utilisées que lorsque le patient représente un danger immédiat pour lui-même ou pour autrui et que toutes les autres alternatives de soins ont échoué.

La privation de liberté que ces pratiques engendrent vient en opposition avec le respect des droits des personnes et n'est pas sans susciter des questionnements éthiques au sein des équipes soignantes. Les professionnels sont traversés par un dilemme entre prévention du risque « zéro » et humanité dans les soins. Ils se trouvent parfois démunis pour gérer les situations de crise aiguë. Si la perspective d'entraver les personnes et de les priver de leur liberté d'aller et venir n'est satisfaisante pour aucun soignant, la possibilité d'un « faire autrement » ne va pas de soi d'autant que la pression sociale par rapport au risque que représentent les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne facilite pas une forme d'ouverture dans les soins. Elle crée un carcan dont il est difficile pour les dirigeants d'établissements de santé et les soignants de se défaire pour penser différemment.

Le passage d'une logique de privation de liberté vers une recherche d'alternatives de soins plus respectueuses apparaît comme un virage culturel dans notre abord du patient hospitalisé en soins sans consentement. Il vient bousculer les codes habituels qui régissent nos pratiques de soins. Cette innovation pose la question de « comment accompagner une équipe dans ce changement de paradigme ».

C'est cette interrogation qui guidera mon cheminement de pensée et ma démarche en tant que chef projet dans la mise en œuvre de mon projet managérial. Pour y répondre, je m'attacherai dans un premier temps à vous présenter l'établissement et plus précisément le service dans lequel j'exerce mes fonctions de cadre de proximité. Ensuite, je poursuivrai en étayant ma réflexion avec les concepts clés entourant ma thématique. Enfin, je clôturerai mon travail par la description de ma démarche pour la concrétisation de mon projet managérial.

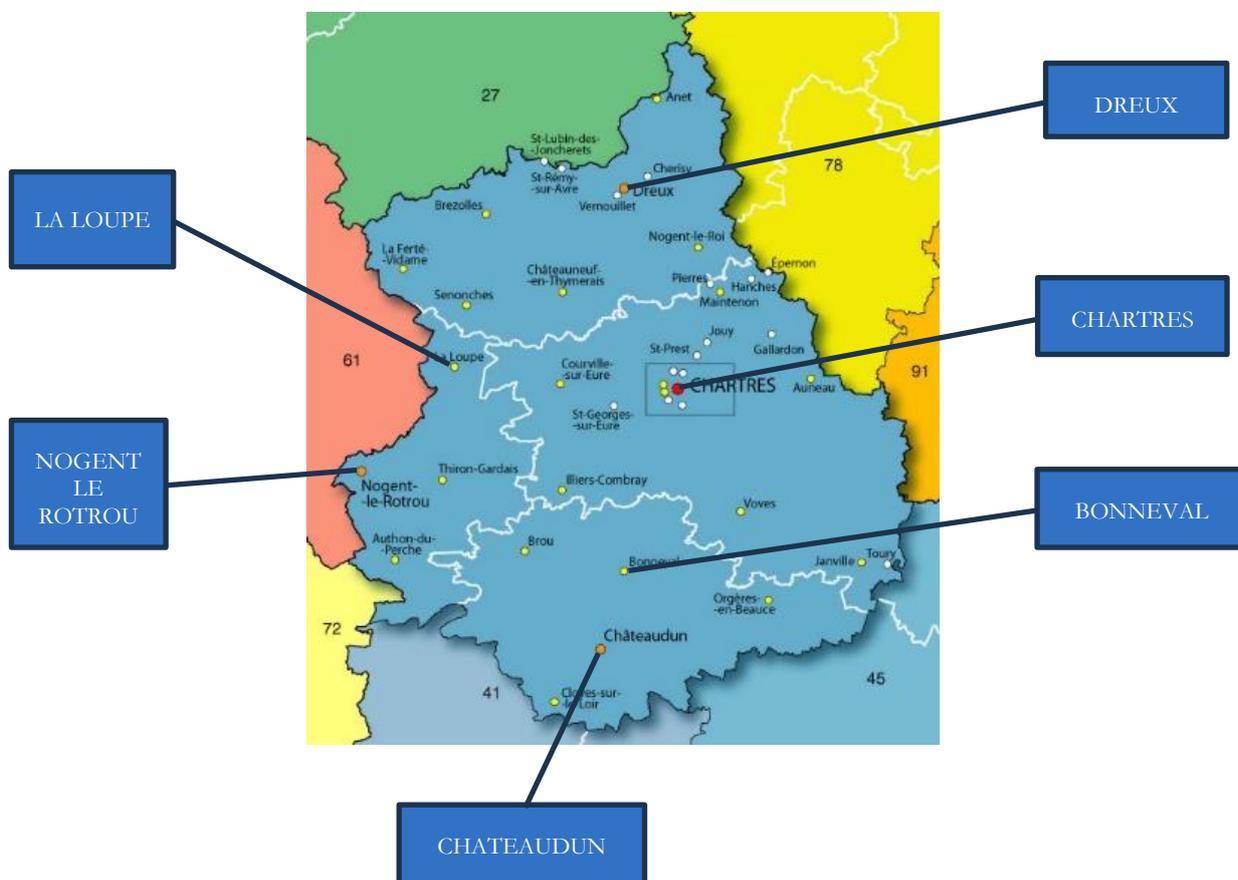
¹ Mathieu Bellahsen est psychiatre. « Il est l'auteur de La Santé mentale (La Fabrique, 2013) et a coécrit avec Rachel Knaebel La Révolte de la psychiatrie (La Découverte, 2020). Pendant le premier confinement, il a lancé l'alerte concernant des enfermements abusifs dans l'établissement où il était médecin chef de pôle. Le collectif de soins a ensuite subi la répression hospitalière du corps psychiatrique. »

² [Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements \(irdes.fr\)](https://irdes.fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022-un-panorama-inedit-de-la-population-concernee-et-des-disparites-dusage-entre-etablissements)

1 Le Centre Hospitalier Général Victor Jousselin (CHGVJ)

1.1 Présentation générale

Le Centre Hospitalier Général Victor Jousselin de Dreux est un établissement public de santé construit en 1973. Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire « Hôpitaux Euréliens » (GHT HOPE). Ce dernier se compose de six établissements situés respectivement à Dreux, Bonneval, Châteaudun, Nogent le Rotrou, la Loupe et Chartres, ce dernier étant l'établissement support.



Le CHGVJ regroupe les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les soins de suite et de réadaptation (SSR), des unités de soins de longue durée (USLD) et de santé mentale. Il assure les soins en hospitalisation complète et en ambulatoire. Ses activités se coordonnent avec les différents acteurs des secteurs du sanitaire et du médico-social du département. Il s'inscrit dans le développement de la télémédecine pour faciliter l'accès aux soins pour les usagers.

Il est le siège du service d'aide médicale urgente (SAMU) au niveau départemental mais également du Centre gratuit, d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), des infections sexuellement transmissibles et des hépatites virales ainsi que de la procréation médicale assistée (PMA).

Cet établissement de proximité s'organise autour de neuf pôles d'activités :

- Médecine de spécialités
- Admissions non programmées
- Chirurgie
- Personnes Âgées
- Parents-Enfants
- Santé Mentale Adulte

- Médico-technique
- Santé Publique
- Psychiatrie Infanto-Juvénile

L'objet de mon projet managérial s'attachant à ma fonction de cadre de santé au sein du pôle de Santé Mentale Adulte (SMA), je me propose de recentrer la présentation de l'établissement sur ce dernier et de vous détailler plus spécifiquement son organisation.

1.2 Le Pôle Santé Mentale Adulte (SMA)

1.2.1 Historique de l'organisation de la psychiatrie drouaise

L'offre de soins psychiatriques sur le bassin de population drouais a considérablement évolué en quelques décennies. Plusieurs étapes ponctuent cette évolution.

En 1978, une unité intra-hospitalière d'un capacitaire de vingt-trois lits est créée au sein du CHGVJ. Ce service fermé propose des soins en hospitalisation complète, il est alors situé au huitième étage du bâtiment principal (8^e Nord). Les soins ambulatoires, quant à eux, sont dispensés dans un centre médico-psychologique (CMP) adossé à l'ancien hôpital de Dreux et implanté en centre-ville depuis les années 50. Plus tard, un hôpital de jour (HDJ) s'ouvre au sein de l'hôpital au niveau du cinquième étage.

En 1988, suite à la démolition du premier hôpital drouais, l'ensemble des soins psychiatriques est regroupé sur le site du nouvel hôpital. Le CMP et l'HDJ sont installés dans une structure préfabriquée au sein du parc hospitalier.

En 1994, une deuxième unité intra-hospitalière est ouverte sur le même palier que la précédente (8^e Sud), elle peut accueillir jusqu'à vingt patients.

L'année 1998 marque l'entrée dans une nouvelle ère pour la psychiatrie drouaise avec l'édification d'un nouveau bâtiment regroupant toute l'offre de soins intra-hospitalière (cf annexe 3). Celui-ci est désormais indépendant de la structure principale de l'hôpital général mais relié par une passerelle assurant une liaison directe avec le service des urgences et les plateaux techniques d'imagerie fonctionnelle.

L'objectif recherché avec ce projet architectural est d'améliorer la qualité des soins pour les patients mais aussi de s'inscrire dans une vision novatrice du soin en psychiatrie. La conception de ce nouveau bâtiment s'appuie sur le croisement de deux domaines, celui de l'architecture et celui du soin. Le principe qui sous-tend ce double point de vue est l'idée que la structure de l'hôpital est en elle-même « *un instrument de soins* » (cf article : « l'exemple du nouveau service de psychiatrie de Dreux »). Ce projet vient en réponse à l'évolution des pratiques soignantes et la volonté d'une ouverture des soins psychiatriques sur la ville. Désormais, la tendance est en faveur du développement des soins dispensés en proximité des usagers.

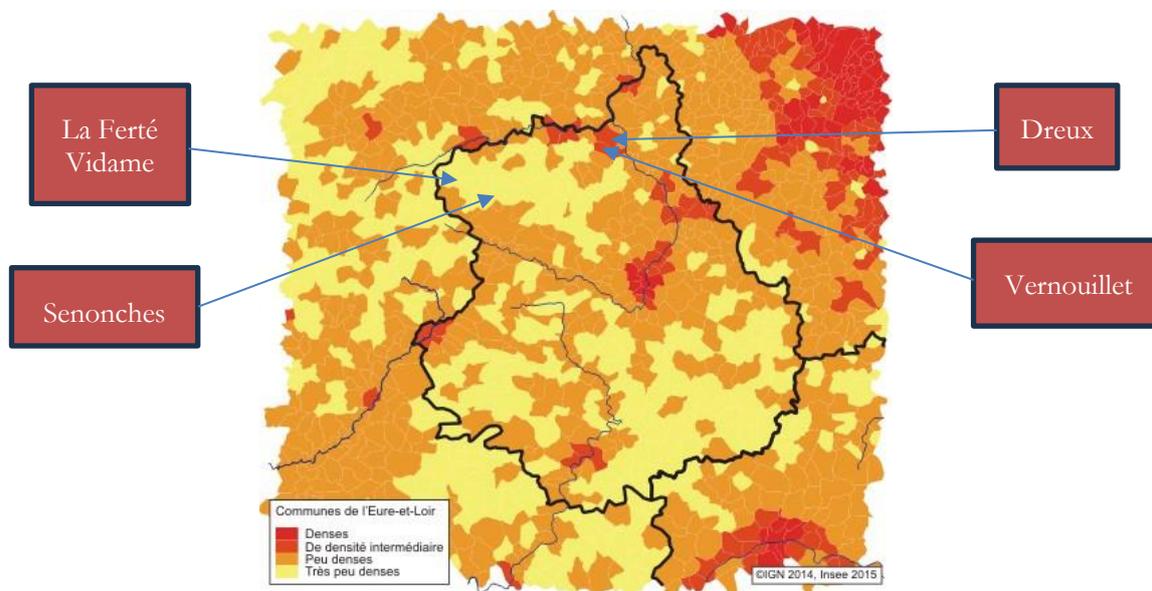
Enfin, l'année 2009 est marquée par le regroupement des soins ambulatoires au sein d'un centre ambulatoire de psychiatrie (CAP). Depuis, sa configuration est restée inchangée.

1.2.2 Configuration actuelle du pôle SMA :

Avant de décrire plus précisément la configuration de ce pôle, quelques éléments de contexte sur l'offre de soins psychiatriques sur le bassin drouais paraissent pertinents pour une meilleure compréhension.

Elle s'étend sur deux secteurs de psychiatrie : 28G04 et 28G05, soit l'équivalent de 131758 habitants au 1^{er} janvier 2020 selon le recensement de la population publié par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Elle fonctionne de façon sectorisée en application de la loi sur la sectorisation psychiatrique du 25 juillet 1985.

La densité de population est très hétérogène. Très importante dans les villes de Vernouillet et de Dreux, elle apparaît au contraire beaucoup plus faible dans les zones plus rurales, en particulier à l'extrémité sud-ouest du département représentées par les villes de Senonches et la Ferté Vidame.



Souffrant d'un déficit majeur en termes d'acteurs du soin sur le secteur, entre autres de médecins libéraux et de psychothérapeutes, le service de psychiatrie du CHGVJ assume pratiquement l'entièreté de l'offre des soins psychiatriques à disposition des usagers.

Il a dû adapter son offre de soins aux particularités sanitaires, démographiques et socio-économiques du bassin de population drouais.

L'offre de soins au sein du pôle SMA s'organise entre les soins en hospitalisation complète et les soins ambulatoires. Les différentes unités, s'articulant chacune autour d'un projet de service spécifique, proposent des soins ajustés et individualisés aux personnes présentant des troubles psychiques. De la gestion de la crise aiguë à l'accompagnement vers la réinsertion et l'autonomie, toutes les étapes du parcours de soins des usagers sont représentées.

➤ L'offre de soins intra-hospitalière

Le fonctionnement et l'organisation des unités de soins reposent sur une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, cadres de santé, secrétaires, infirmiers diplômés d'État (IDE), aides-soignants (AS), agents de service hospitalier (ASH), assistants sociaux, ergothérapeutes, psychologues, médiateurs santé-pair (MSP).

Les AS, les ASH, l'assistante sociale et les MSP travaillent en transversalité sur l'intra-hospitalier

La proposition de soins intra-hospitalière s'organise autour des unités suivantes :

🏠 Le Centre d'Accueil et de Crise (CAC) :

Cette unité peut accueillir jusqu'à six patients. L'équipe se compose de douze infirmiers et d'un cadre de santé qui est en transversalité sur une autre unité : l'unité de courte durée programmée (UCDP). L'évaluation médicale est assurée par cinq médecins qui se relaient sur l'unité.

Véritable porte d'entrée pour les soins aigus, cette unité accueille en continu les personnes en souffrance psychique. Elle a pour missions l'accueil, l'évaluation et l'orientation. Pour ce faire, des consultations sont assurées par des infirmiers et des médecins. Les patients peuvent se présenter spontanément ou être orientés par des partenaires extérieures (médecins de ville, institutions...).

À l'issue de l'évaluation, plusieurs réponses sont envisageables. Si l'état clinique de la personne ne présente pas de critère d'hospitalisation, un suivi en ambulatoire avec l'instauration d'un traitement et des consultations avec des professionnels de santé est proposé. À contrario, en cas de détresse psychique majeure, une hospitalisation peut être conseillée, voire imposée si le patient n'a pas tout son discernement. Dans cette perspective, il est orienté vers l'unité la plus adaptée à son profil et à ses troubles. Le CAC peut proposer une hospitalisation de 24 à 72 heures avant cette orientation.

L'équipe du CAC assure la psychiatrie de liaison sur les différents services de l'établissement et est amenée à se déplacer au niveau du service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital et de l'hospitalisation de très courte durée (HTCD) pour assurer des évaluations.

Adossées au CAC, deux autres entités de soins ont été créées pour développer et faire évoluer l'offre de soins et répondre aux nouveaux besoins exprimés par la population de secteur.

L'Équipe Mobile d'Appui (EMA) :

Créée en 2019, cette équipe composée de deux IDE et d'un médecin référent, assure une activité d'évaluation, de conseil et d'orientation auprès des institutions du département. Elle est sollicitée pour la gestion de situations complexes en lien avec le handicap, la précarité et le logement.

L'EMA s'est récemment associée à l'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP) pour devenir une nouvelle entité renommée équipe mobile psychiatrie précarité d'appui aux thérapeutiques handicap et intervention de crise (EMPPATHIC).

La Cellule d'Appui à la Régulation et l'Orientation en Santé Mentale (CAROSM) :

Cette cellule de régulation téléphonique spécifique à la santé mentale est directement intégrée au CAC et assurée par la même équipe. Ce dispositif départemental a été mis en place en 2020. Il dispose d'un numéro unique sur lequel peuvent s'adresser les personnes en détresse psychique ainsi que leur entourage mais également les professionnels.

L'Unité Courte Durée Programmée (UCDP) :

Cette unité a un capacitaire de onze lits. L'équipe pluridisciplinaire se compose de six infirmiers, un ergothérapeute à 50%, un art-thérapeute, un psychologue, deux psychiatres et un cadre de santé (en transversalité).

Les patients accueillis présentent des pathologies psychiatriques diverses nécessitant une prise en soins en hospitalisation complète. Cette dernière peut être proposée dans la continuité de l'évaluation initiée au CAC et permettre l'instauration d'une prise en charge spécifique autour d'outils de médiation. Des hospitalisations programmées sont également possibles, notamment pour des sevrages alcooliques simples ou en perspective d'intégrer une post-cure.

L'Unité de Psychiatrie Générale :

Elle accueille des patients en souffrance psychique aiguë. Ils sont atteints de pathologies psychiatriques diverses : troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement, de l'humeur, décompensation psychotique... Des soins spécifiques et individualisés sont proposés (entretiens, activités thérapeutiques, psychothérapie).

L'équipe pluriprofessionnelle se compose de trois médecins psychiatres dont un à 80%, dix-sept IDE, deux ergothérapeutes dont un sur un temps partagé, un psychologue, une assistante sociale, deux secrétaires et un cadre de santé.

Le service de psychiatrie générale comprend trente-deux lits. Il est ouvert sur l'extérieur excepté cinq chambres individuelles qui sont situées dans une unité fermée, appelé module de soins intensifs (MSI). Dans cet espace de soins sont hospitalisés des patients en décompensation psychique qui nécessitent une contenance et une surveillance plus accrues. Leur état clinique n'est pas compatible avec des soins en service ouvert.

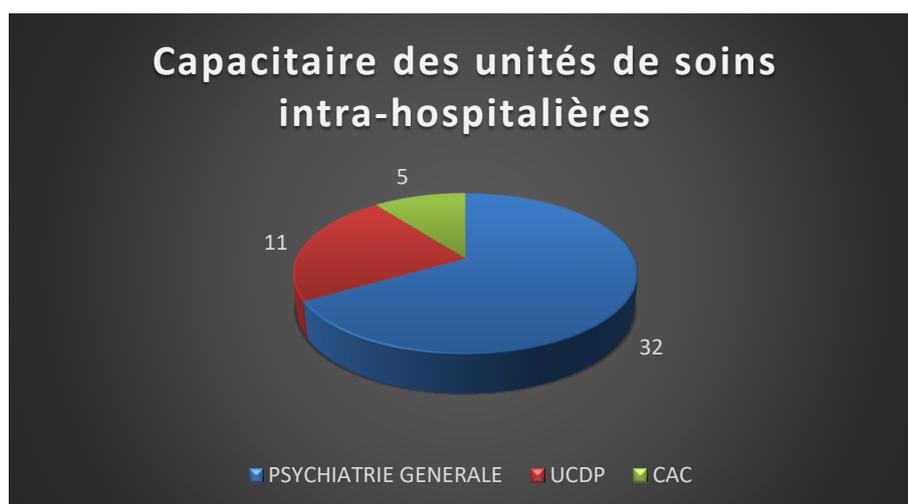
L'unité de psychiatrie générale reçoit les patients en hospitalisation libre (HL) programmée ou non, en contrat de soin ou en hospitalisation sous contrainte : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) ou en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE).

L'Équipe Mobile de Soins Somatiques (EMSS) :

L'EMSS est une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin généraliste et de 2 infirmier(ère)s. Créée en 2021, elle est destinée à assurer une évaluation des soins somatiques des patient(e)s pris(es) en charge par le pôle SMA, une orientation vers des spécialistes et un suivi somatique.

Cette équipe mobile spécifique permet de répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la prise en charge des patients en soins sans consentement. L'évaluation et le suivi

somatiques sont des indicateurs de qualité et sont repérés comme des critères impératifs dans la démarche de certification.



➤ Le Centre Ambulatoire de Psychiatrie

Les soins ambulatoires sont regroupés dans un bâtiment situé dans l'enceinte du CHGVJ. Il s'agit du CAP.

✚ L'Hôpital de Jour Adulte (HDJA) :

Situé au rez de chaussée du CAP, il a un capacitaire de quinze patients. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un psychiatre, un cadre de santé qui est aussi en transversalité sur l'unité pour adolescents et adultes jeunes (ADAJ), six IDE, deux ergothérapeutes, un psychologue, un neuropsychologue, une ASH et une secrétaire médicale.

L'HDJA accueille les patients du lundi au vendredi entre 9h30 et 16h30 selon un planning réalisé au regard du projet de soins individualisé de chacun. Les objectifs principaux de ce dispositif sont :

- Travailler sur l'adhésion aux soins afin d'éviter les ruptures de prise en charge et sur l'éducation thérapeutique des patients
- Travailler sur la symptomatologie pour stabiliser l'état clinique des patients
- Accompagner les patients dans un travail de réinsertion sociale et socio-professionnelle
- Améliorer la qualité de vie en travaillant sur la chronicité et l'isolement social et/ou familial

Pour répondre à ces objectifs, les professionnels réalisent différentes actions de soins : la préparation de piluliers, des entretiens infirmiers, ergothérapeutiques et médicaux, des accompagnements et/ou visites à domicile, des activités thérapeutiques et des ateliers d'éducation thérapeutique sur prescription médicale. Ils organisent des synthèses cliniques et s'inscrivent dans un travail de réseau tant avec les unités d'intra-hospitalier que la ville pour favoriser la continuité des soins et faciliter le parcours patient.

✚ La Réhabilitation Psycho-Sociale (RPS) :

Elle est adossée à l'HDJA. L'équipe en charge de la RPS est composée de professionnels issus en partie de l'HDJA et travaillant en transversalité. Le projet est qu'elle devienne une unité fonctionnelle à part entière avec une équipe dédiée. Elle regroupe un cadre de santé, un psychiatre, une coordinatrice, une assistante sociale, une IDE, un neuropsychologue et un ergothérapeute

À travers ce dispositif, les professionnels de santé accompagnent le patient vers le rétablissement en construisant avec lui son projet de vie. L'objectif de cette entreprise est de s'appuyer sur les capacités préservées du patient pour pallier et/ou s'adapter aux situations de handicap engendrées par la symptomatologie liée à sa pathologie. Effectivement, des difficultés peuvent persister malgré l'instauration des traitements médicamenteux et nécessitent des actions de soins complémentaires. Ces difficultés peuvent concerner certains champs cognitifs comme la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, mais aussi la cognition sociale, l'insight ou encore l'autonomie de la personne.

L'enjeu de la RPS est de limiter l'impact de ces difficultés dans le quotidien des patients. Pour ce faire, cette démarche de soins s'appuie sur un processus structuré allant de l'évaluation à la mise en œuvre d'un plan d'actions de soins et un travail de réseau important.

L'unité pour Adolescents et Adultes Jeunes (ADAJ) :

Cette unité s'inscrit dans la filière départementale « Adolescent ». Initialement, elle accueillait en hospitalisation de semaine les adolescents en souffrance psychique et proposait des soins ambulatoires en hôpital de jour. La crise sanitaire, ayant fortement impactée les organisations, a eu pour conséquence la fermeture de l'unité d'hospitalisation de semaine. L'offre de soins s'est recentrée sur l'ambulatoire à travers le développement de l'hôpital de jour qui prend en charge des adolescents de 16 à 18 ans sur le département.

L'équipe pluridisciplinaire se compose d'un cadre de santé (en transversalité sur l'HDJA), d'un médecin référent, de cinq IDE, d'une ergothérapeute et d'un psychologue.

Pour accompagner ces adolescents en mal-être psychique, plusieurs propositions thérapeutiques existent. Les professionnels ont recours à des entretiens (médicaux, infirmiers, psychologiques), des activités thérapeutiques (art-thérapie, ergothérapie, yoga...), des accompagnements dans des démarches à l'extérieur de l'hôpital et des synthèses individuelles. Un travail psychothérapeutique avec les parents est engagé durant la prise en soins, la thérapie familiale est l'un des dispositifs utilisés.

L'équipe travaille de concert avec les partenaires extérieurs (milieu scolaire, CAP Emploi)

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) :

L'équipe pluri-professionnelle se compose d'un cadre de santé (en transversalité sur plusieurs unités du CAP), de neuf médecins qui partagent leur temps avec les unités de soins sur lesquelles ils interviennent, d'une infirmière en pratique avancée (IPA), de six IDE, de trois psychologues, d'une assistante sociale, un ASH et de trois secrétaires dont une à temps partiel en poste aménagé.

Le CMP a pour mission de proposer des soins ambulatoires. L'équipe assure l'accueil, l'évaluation et le suivi de personnes dans le cadre de soins non urgents. Elle répond à des demandes s'inscrivant soit dans la continuité d'une prise en soins initiée en intra-hospitalier, soit à des premières demandes pour évaluation et/ou instauration d'un suivi. Les professionnels de cette unité gèrent les traitements avec les patients (préparation de piluliers, injections retard), proposent des consultations et des entretiens, effectuent des visites à domicile et participent à des synthèses individuelles.

Le CMP s'inscrit dans un travail de réseau avec différents partenaires de la ville (lieux d'hébergements sociaux, CAP Emploi, Établissement et Service d'Aide par le Travail...), des équipes mobiles (Équipe Mobile de Géro-nto-Psychiatrie, EMPP) et des institutions médico-sociales.

L'Équipe Mobile de Géro-nto-Psychiatrie (EMGP) :

L'équipe pluridisciplinaire comporte un médecin psychiatre référent, trois IDE et un cadre de santé (en transversalité).

Elle travaille en partenariat avec les institutions et structures d'hébergement pour favoriser le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie. En s'appuyant sur leur expertise psychiatrique, les professionnels assurent une mission de prévention et interviennent le plus précocement possible pour éviter et limiter les hospitalisations. Ils ont un rôle d'évaluation et d'orientation. Ils viennent en soutien des équipes de soins pour les conseiller, les sensibiliser et les informer.

Le Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention des Addictions (CSAPA) :

Le CSAPA, bien qu'intégré au sein du CAP, est une unité indépendante issue du secteur médico-social. Il fonctionne de façon non sectorisée, il assure le suivi des patients du département d'Eure et Loir et de ceux limitrophes.

L'équipe se structure autour d'un cadre de santé (en transversalité), un médecin psychiatre addictologue, de deux infirmiers ainsi que d'une psychologue et d'une assistante sociale sur des temps mutualisés avec les autres unités du CAP.

Ce centre s'adresse aux personnes souffrant d'addictions de différentes natures avec ou sans produits. Il a un rôle d'accueil, d'évaluation et d'orientation. Pour mener leurs missions, les professionnels proposent des entretiens (médicaux, infirmiers, psychothérapeutiques) pour les patients mais ils accompagnent également

l'entourage. Ils peuvent prescrire des traitements de substitution et en assurent le suivi. Dans le cadre d'une demande de sevrage, ils accompagnent les patients dans leur projet en coordonnant des hospitalisations pour une mise à distance des addictions. Dans cette perspective, l'équipe travaille en lien avec les services de l'intra-hospitalier et les centres spécialisés. Elle s'inscrit également au sein du réseau de la ville. Elle assure des missions de prévention et collabore avec les médecins de ville, les services sociaux et différentes institutions, notamment scolaires.

L'Unité d'Alcoologie (UA) :

Cette unité se compose d'un IDE ainsi que d'un médecin psychiatre addictologue, une psychologue, une assistante sociale et d'un cadre de santé sur des temps partagés.

Elle prend en soins en ambulatoire des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool. Elle assure un rôle d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi à travers des entretiens.

Pour ce faire, l'équipe travaille en lien avec les services de l'intra-hospitalier et les centres spécialisés. Elle s'inscrit également au sein du réseau de la ville. Elle assure des missions de prévention et collabore avec les médecins de ville, les services sociaux.

La description détaillée des différentes unités composant le pôle SMA permet une perception plus claire de son organisation générale. À présent, je vous propose de focaliser notre attention sur le fonctionnement de l'une d'entre elles, à savoir le service de psychiatrie générale dont je suis le cadre de santé. C'est au cœur de cette unité que se déroule le projet managérial à suivre.

1.3 Le service de psychiatrie générale

J'assure l'encadrement de ce service depuis près de cinq ans, d'abord en tant que faisant fonction pendant deux ans. Au sortir de mon diplôme de cadre de santé en août 2021, j'ai souhaité réintégrer le pôle SMA. J'ai repris mes missions au sein de ce même service que je poursuis encore à présent.

La psychiatrie générale est un service passionnant et en perpétuel mouvement. Il est traversé par de multiples projets. La collaboration pluridisciplinaire très riche est certainement l'une des ressources de cette unité, souvent confrontée à la gestion de situations complexes. Une confiance réciproque s'est instaurée entre l'équipe et moi durant mon exercice en tant que faisant fonction. Celle-ci a été gage non seulement d'efficacité dans le travail mais également d'épanouissement professionnel pour chacun et de bien-être pour les patients. L'engagement des professionnels, le souhait exprimé de faire évoluer les pratiques de soins et l'émergence de nouveaux projets ont stimulé mon retour au sein de cette équipe pour poursuivre le chemin engagé.

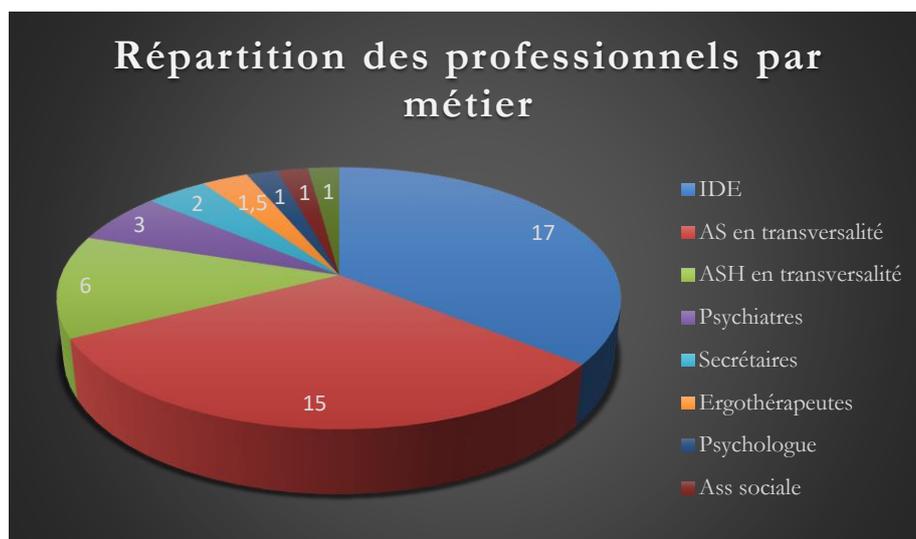


1.3.1 Ressources humaines

J'ai la responsabilité des infirmiers, des aides-soignants et des ergothérapeutes qui travaillent dans cette équipe. Les IDE sont au nombre de dix-sept et sont rattachés exclusivement à l'unité de psychiatrie générale. L'équipe aide-soignante, quant à elle, comptabilise quinze professionnels qui travaillent en transversalité sur l'ensemble des unités intra-hospitalières. Les ergothérapeutes se répartissent de la façon suivante : un équivalent temps plein (ETP) et un ETP partagé entre la psychiatrie générale (50%) et l'UCDP (50%).

D'autres professionnels œuvrent au sein de l'équipe pluridisciplinaire que j'encadre mais ne relèvent pas directement de ma responsabilité. Il s'agit des psychiatres, du psychologue, de l'assistante sociale, de deux secrétaires, de la médiatrice santé-pair et des agents des services hospitaliers.

Depuis ma prise de poste, la configuration de l'équipe s'est modifiée, en particulier la composition des IDE. D'un certain équilibre entre professionnels expérimentés et jeunes diplômés, l'équipe a progressivement vu partir les plus « anciens » pour évoluer vers d'autres missions au sein du pôle. À ce jour, l'ancienneté médiane est de deux ans et quatre mois.



1.3.2 Présentation du service

Composé de dix-huit chambres (individuelles et doubles), de cinq chambres de soins intensifs et deux espaces d'isolement, le service de psychiatrie générale est l'unité la plus importante en termes de capacité de lit, soit trente-deux lits. Cette unité se décompose en deux parties : d'un côté le service ouvert ou libre et de l'autre côté le secteur fermé, appelé module de soins intensifs.

Le service libre est composé de dix-huit chambres dont neuf chambres seules, soit 27 lits. Cette partie du service accueille des patients en soins libres ou des patients en hospitalisation sous contrainte dont l'état clinique et l'amorce d'adhésion aux soins permettent une surveillance moins restrictive.

Le service fermé se compose de cinq chambres individuelles. Il accueille des patients dont l'état clinique nécessite une contenance et une surveillance plus importantes. Les patients hospitalisés dans ce secteur de soins ont, pour la quasi-majorité, une mesure de placement sous contrainte.

1.3.3 Modalités d'hospitalisation

En psychiatrie les patients peuvent être hospitalisés selon différentes modalités en fonction de leur état clinique mais également de leur consentement ou non aux soins. Il existe plusieurs modes d'hospitalisation, dont voici les plus fréquemment rencontrées :

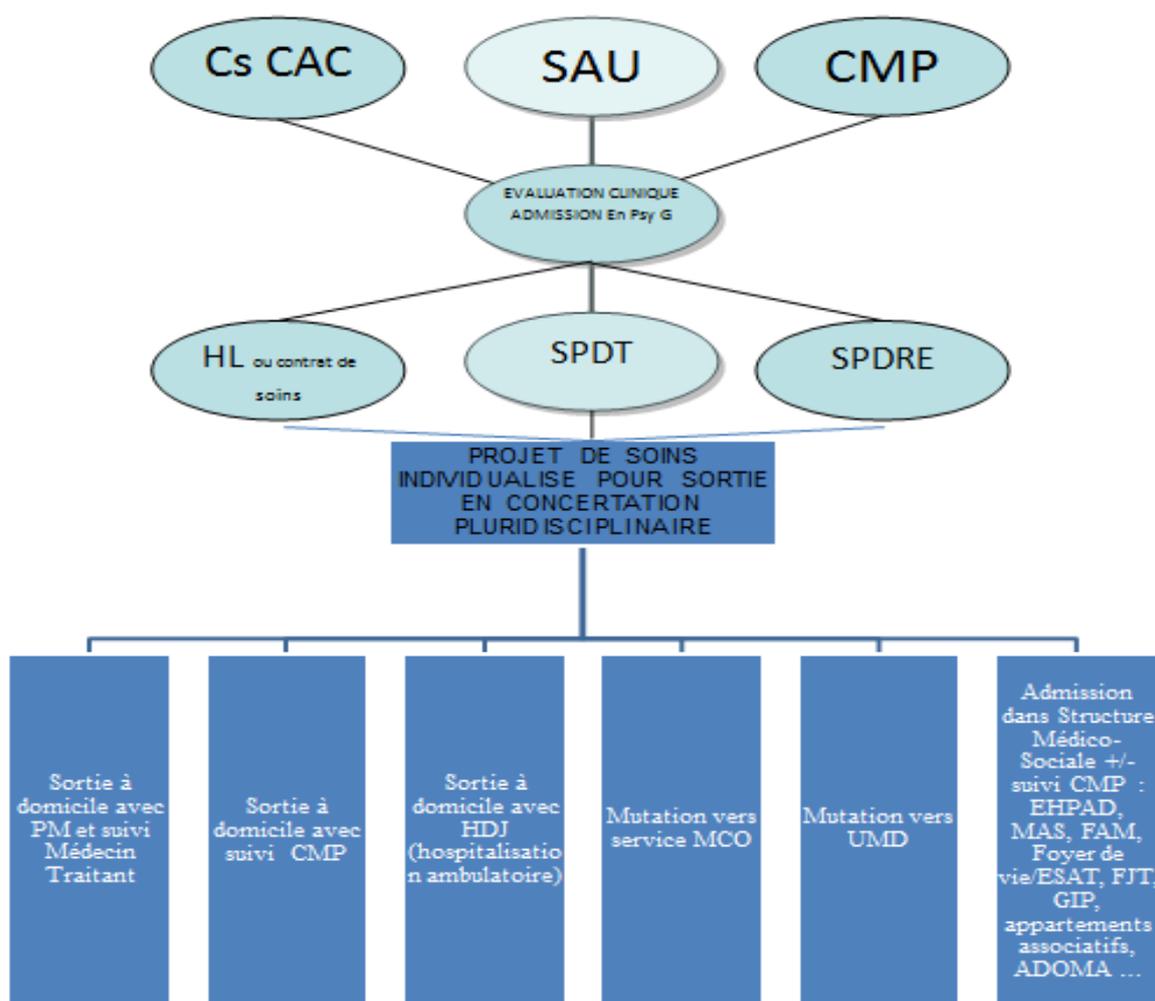
- Les soins psychiatriques libres (SPL) : l'état clinique de la personne nécessite des soins psychiatriques pour lesquels elle donne son consentement.
- Les Soins Psychiatriques sur la Demande d'un Tiers, en Urgence ou non (SPDTU ou SPDT) : la personne, de par son état clinique, représente un danger potentiel pour elle-même ou pour autrui mais elle est dans le refus des soins (déli ou trouble du jugement).
- Les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) : cette modalité a un caractère exceptionnel et s'applique en l'absence de proches pouvant faire la demande de tiers et d'un danger immédiat pour la personne pour sa santé ou sa vie.
- Les Soins Psychiatriques sur décision d'un Représentant de l'État (SPDRE) : ils s'appliquent aux usagers présentant des troubles mentaux qui ne leur permettant pas de consentir aux soins et dont les comportements engendrés portent « atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public ».

1.3.4 Procédure d'admission et parcours de soins

L'admission des patients sur l'unité de psychiatrie générale peut se faire selon plusieurs modalités. Ils peuvent être adressés via le CAC suite à une évaluation médicale si la personne relève d'une hospitalisation complète. Le SAU est une autre porte d'entrée, en particulier pour les patients relevant de soins sans consentement. Les personnes suivies en ambulatoire peuvent également être orientées sur cette unité au décours d'une consultation si leur état clinique nécessite des soins plus intensifs.

La durée moyenne de séjour en psychiatrie générale est de 21,5 jours. A noter que comparativement la durée moyenne de séjour en psychiatrie sur le plan national est de 25 jours³.

Une fois leur état clinique stabilisé, la sortie des patients peut être envisagée. Une concertation pluridisciplinaire permet d'en organiser les modalités avec l'entourage et de faire le lien avec les partenaires intervenant dans la suite de la prise en charge.



1.3.5 Missions générales

Véritable plaque tournante au sein du pôle SMA, le service de psychiatrie générale a pour mission principale d'accueillir des patients en état de crise et de décompensation aiguë dans les pathologies prévalentes que sont la psychose, les troubles bi et unipolaires.

³ [L'hôpital psychiatrique | Fil santé jeunes \(filsantejeunes.com\)](http://L'hôpital psychiatrique | Fil santé jeunes (filsantejeunes.com))

De plus, suite à la disparition de l'unité de réinsertion en 2009 le service de psychiatrie générale a dû développer ses missions et son champ d'action, notamment autour de projets de réinsertion et de réhabilitation sociale pour bon nombre de ses patients.

1.3.6 Spécificité : les soins sans consentement

Outre les missions générales, l'unité de psychiatrie générale se distingue par certaines spécificités. Elle accueille des patients en soins libres mais également en soins sans consentement.

Quand ils sont hospitalisés dans le service de psychiatrie générale, les patients relevant de soins sous contraintes sont pour la plupart pris en charge dans le MSI ou l'espace d'isolement. Effectivement, à leur entrée, le consentement aux soins et la conscience des troubles étant absents, l'alliance thérapeutique se révèle difficile à ce stade. Le service ouvert n'apparaît alors pas assez contenant psychiquement et physiquement pour garantir des soins de qualité et en toute sécurité pour le patient et autrui.

Dans ces espaces de soins, les personnes se trouvent momentanément privées de leur liberté. Cette dimension restrictive est encadrée sur le plan réglementaire et soumise en interne à des protocoles sécurisant les pratiques soignantes. Toute restriction de liberté doit être médicalement justifiée, limitée dans le temps et réévaluée régulièrement. Elle doit être adaptée et proportionnée à l'état clinique du patient et se révéler respectueuse de sa dignité et de son intimité.

Par ailleurs, la loi du 5 juillet 2011 relative aux hospitalisations sous contrainte impose, entre autres, que le patient rencontre le juge des libertés et de la détention (JLD) afin de garantir le respect de ses droits lors d'une privation de liberté. Autorisée dans un premier temps sous la forme d'une visio-conférence, cette façon de procéder s'est vue interdite suite à l'application d'un décret au 1^{er} septembre 2014. De fait, les soignants doivent désormais accompagner les patients sous contrainte au tribunal situé dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique du Coudray, situé à quarante minutes de Dreux, désigné par l'agence régionale de santé (ARS) pour l'audience devant le JLD.

Un examen somatique systématique est pratiqué à l'entrée du patient. Des visites médicales et paramédicales régulières sont organisées. Elles sont l'occasion de travailler avec le patient sur la conscience des troubles et l'adhésion aux soins. Le but recherché est de l'associer tant que possible à son projet de soins et ce, à chaque étape de son parcours de soins.

Les mesures d'isolement et de contention représentent une gradation ultime de privation de liberté au sein de l'unité. Elles sont utilisées en dernier recours afin « *de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* » et s'intègrent dans la prise en charge globale du patient. Leur mise en œuvre se fait dans des lieux dédiés au sein de l'unité que sont les espaces d'isolement ou le MSI. La contention mécanique est toujours associée à une mesure d'isolement. Ces pratiques sont très contrôlées dans leur application. Un registre permet de consigner l'ensemble des mesures d'isolement et de contention. Ce dernier est obligatoire pour tout établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. En parallèle, un rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention doit être rédigé. Il est présenté devant le conseil de surveillance de l'établissement et mis à disposition de la commission des usagers (CDU).

La mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention ne peut se faire que sur décision médicale en concertation avec l'équipe soignante. Cette dernière est consignée dans le dossier de soins informatisé (DSI). Le patient reçoit alors une information claire et adaptée sur son état de santé, la durée prévisible de la mesure et les voies de recours possibles. La famille est également informée.

Les professionnels de santé de l'unité assurent la surveillance régulière du patient, surveillance qu'ils tracent sur un document dédié à cet usage et inclus dans son DSI. Le patient bénéficie d'au moins quatre visites soignantes par vingt-quatre heures, dont deux en présence du médecin. L'indication initiale des mesures d'isolement et de contention est limitée respectivement à douze heures et six heures. Après réévaluation de l'état clinique du patient, elles peuvent être renouvelées si nécessaire par le biais d'une décision médicale motivée. Dans le cas contraire, la mesure de privation de liberté peut être levée de façon graduée jusqu'au passage du patient en service ouvert.

À l'issue de chaque séquence où le patient se trouve privé ou restreint dans sa liberté, nous lui proposons un entretien pour recueillir son ressenti par rapport à l'expérience qu'il vient de vivre. Ce retour d'expérience nous est apparu important pour resituer ce moment dans le parcours de soins du patient et tenter de lui donner du sens. Cette démarche vient du constat que de nombreux patients ayant été soumis à une privation de liberté y associaient un vécu traumatique difficilement intégrable sur un plan thérapeutique.

1.3.7 Analyse de l'activité

Nous prendrons comme référence pour l'analyse de l'activité les années 2019, 2020, 2021 et 2022 à partir desquelles nous opérerons un comparatif.

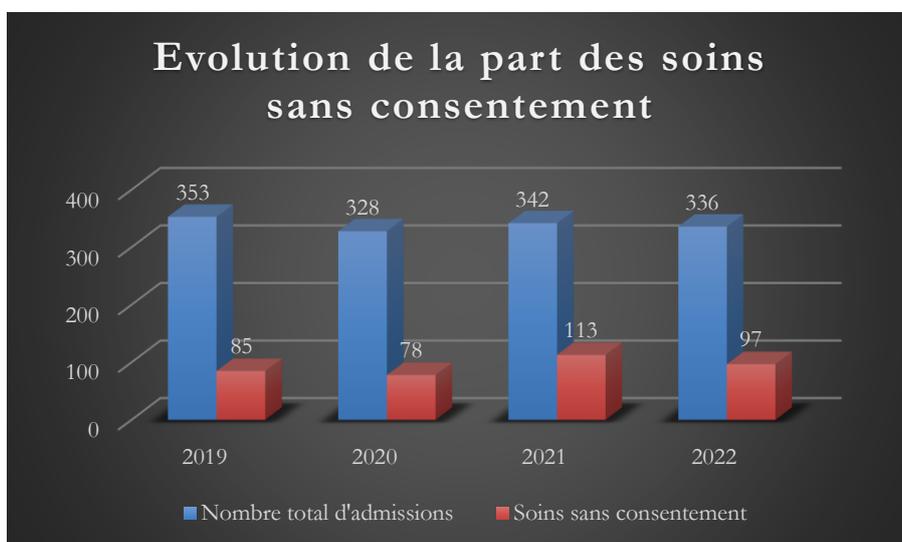
✚ Évolution des admissions en psychiatrie générale :

Au sein de l'unité de psychiatrie générale, entre 2019 et 2020, l'activité a baissé de 7% passant de 353 admissions à 328, tout mode d'hospitalisation confondu. Elle enregistre ensuite une hausse en 2021 de 4%. Puis, l'activité tend à se stabiliser sur l'ensemble des hospitalisations entre 2021 et 2022. Nous comptabilisons 342 admissions en 2021 et 336 en 2022. La durée moyenne de séjour en 2022 est, quant à elle de 21,5 jours.

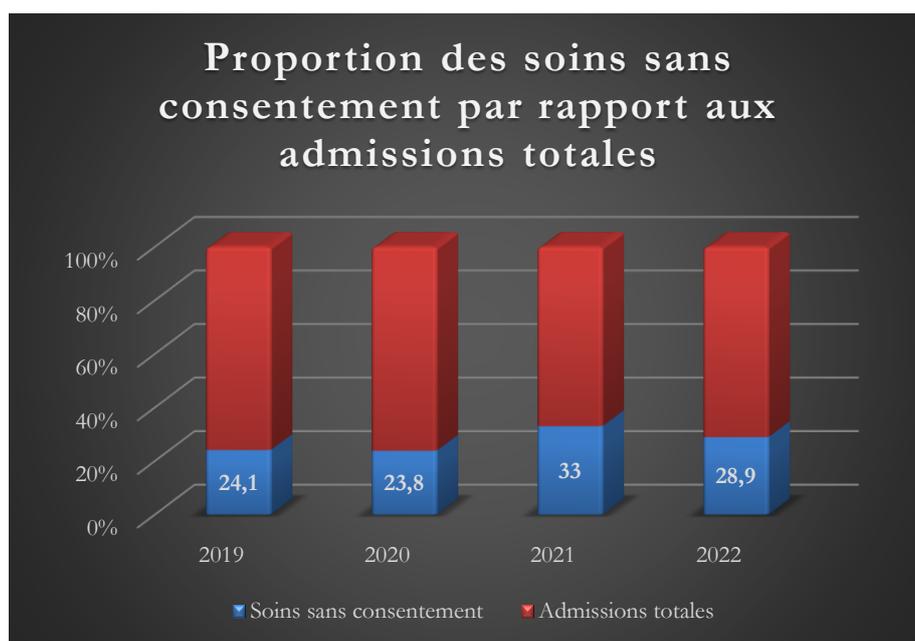


✚ Évolution de la part des hospitalisations en soins sans consentement :

Concernant les soins sans consentement, le rapport annuel de 2020 sur les pratiques d'isolement et de contention fait état d'un légère diminution par rapport à 2019. Le nombre d'hospitalisation en soins sans consentement est passé de 85 en 2019 à 78 en 2020, soit une diminution de 8%. À contrario, l'année 2021 voit le nombre d'admissions en hospitalisation sous contrainte flamber et augmenter de 31%, passant de 78 à 113. L'année 2022 inverse à nouveau la tendance en enregistrant cette fois une baisse de 14%, ce qui correspond à 97 admissions.



En termes de ratio par rapport au nombre total d'admissions sur une année, voici l'évolution de la part des soins sans consentement de 2019 à 2022 au sein du service de psychiatrie générale.



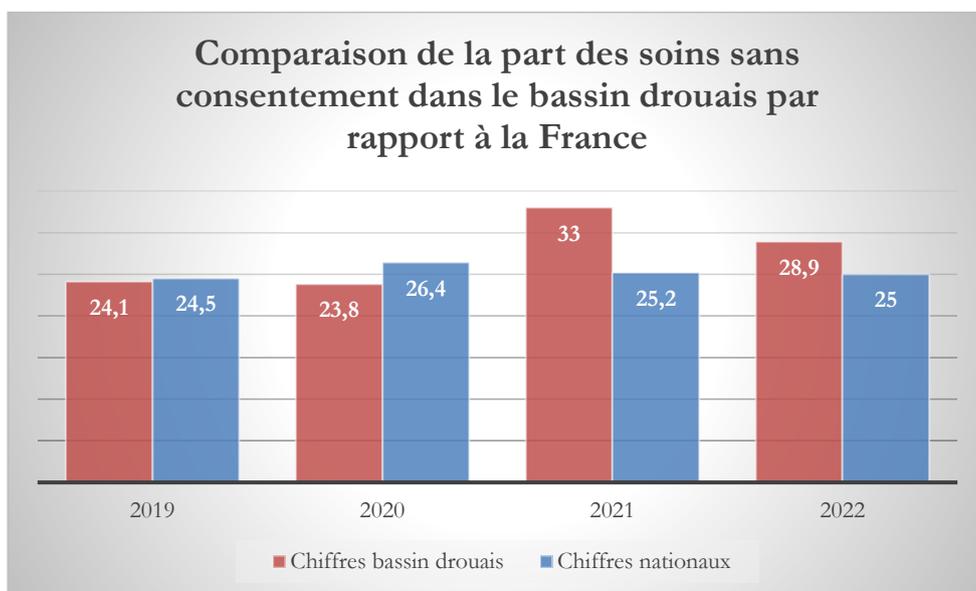
Au regard des éléments que nous venons d'énoncer, l'année 2020 se révèle comme un moment charnière dans l'évolution du nombre d'admissions total en psychiatrie générale comme dans celle des hospitalisations en soins sans consentement. Cette période coïncide avec la crise sanitaire de COVID-19. Les deux indicateurs enregistrent sensiblement le même pourcentage de baisse au niveau de l'activité avant la pandémie pour repartir ensuite à la hausse en 2021. Par contre, cette augmentation ne se fait pas de façon proportionnelle, elle apparaît nettement plus significative pour les admissions en soins sous contrainte au rapport du nombre total d'admissions sur l'unité.

Ces résultats peuvent refléter en partie l'impact du COVID-19 sur la santé mentale des citoyens français. Les deux confinements successifs à quelques mois d'intervalle, les couvre-feux ainsi que les mesures de distanciation ont entraîné des conséquences sociales considérables, notamment chez les adolescents. De nombreuses personnes se sont trouvées isolées. Cette crise sanitaire sans précédent a engendré des répercussions sur l'accès aux soins que ce soit sur le plan somatique, psychologique ou psychiatrique. Celles-ci se sont traduites par des retards de prises en charges et/ou des ruptures de soins.

À présent que nous avons analysé l'évolution des soins sans consentement par rapport au nombre total d'admissions en hospitalisation complète à l'échelle de notre service, il semble intéressant de comparer ces résultats aux chiffres nationaux. Pour ce faire, j'ai puisé mes sources sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation⁴ (ATIH).

	2019	2020	2021	2022
Nombre de patients hospitalisés à temps complet	331 000	303 000	310 000	312 000
Nombre de patients hospitalisés en soins sans consentement	81 000 (24,5%)	80 000 (26,4%)	78 000 (25,2%)	78 000 (25%)

⁴ « L'ATIH est un pôle d'expertise qui joue un rôle clé dans la collecte et l'analyse des données médico-économiques des établissements de santé. Elle gère également les dispositifs de financement des établissements, publie des études sur les coûts hospitaliers et est chargée de l'élaboration et de la maintenance de santé ». [Agence technique de l'information sur l'hospitalisation \(ATIH\) | G. NIUS \(esante.gouv.fr\)](https://www.esante.gouv.fr/Agence-technique-de-l-information-sur-l-hospitalisation)

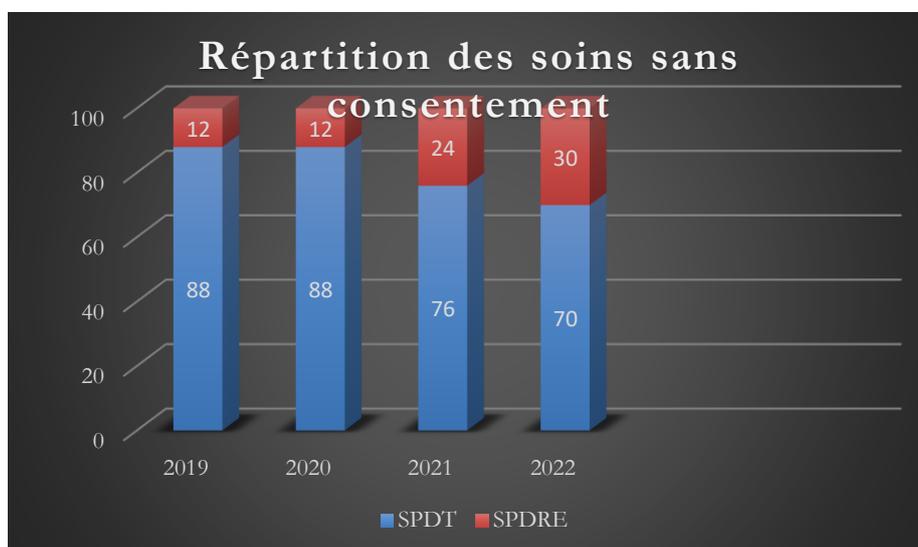


La comparaison opérée sur la part des soins sans consentement entre le bassin drouais et la France montre une proportion à peu près équivalente en 2019. À partir de l'année 2020, un contraste commence à s'observer. Alors que sur le plan national, ce quota tend à diminuer (-0,8%) à partir de 2020 avant de se stabiliser entre 2021 et 2022 aux alentours de 25%, la psychiatrie générale sur le CHGVJ enregistre une augmentation significative de 10,8% entre 2020 et 2021 avant de baisser à nouveau en 2022 (-4,1%).

À noter que cette comparaison apparaît comme un élément indicatif permettant de situer à l'échelle nationale l'évolution des soins sans consentement au sein de notre service. Elle ne fera pas l'objet d'une analyse dans le cadre de ce travail de recherche.

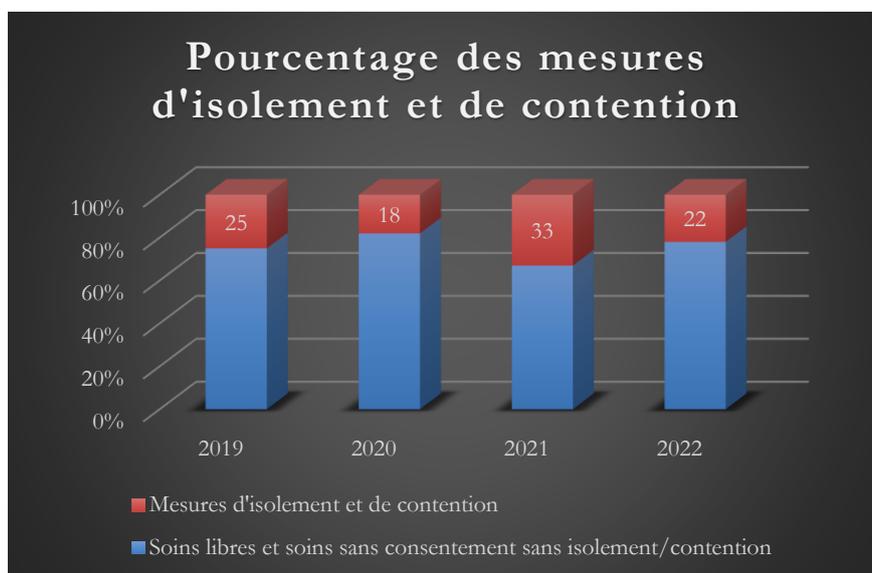
✚ Évolution de la répartition des soins sans consentement :

Recentrons à présent l'analyse de l'activité sur les soins sans consentements, les chiffres montrent des disparités entre les différentes modalités d'hospitalisation. Après un palier entre 2019 et 2020 à 88%, les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) sont en baisse constante sur les années suivantes, ils représentent 76% en 2021 et 70% en 2022. À contrario, les SPDRE se révèlent en augmentation passant de 12% sur les années 2019 et 2020 à 24% en 2021 et à 30% en 2022. Ces chiffres seront à comparer avec ceux de 2023 pour voir si cette tendance se poursuit.



✚ Évolution des mesures d'isolement et de contention :

Sur le nombre total d'admissions en psychiatrie générale en 2019, le pourcentage de recours à des mesures coercitives était de 25%. Ce résultat enregistre une baisse en 2020, il est alors de 18% avant de voir sa valeur augmenter en 2021 pour atteindre 33%. En 2022, nous observons à nouveau une diminution, les mesures d'isolement et de contention mécanique concerne 22% des hospitalisations au sein de l'unité. D'une façon générale, le recours à des mesures coercitives concerne presque essentiellement des patients hospitalisés en soins sans consentement. À titre comparatif sur cette même année, notons qu'à l'échelle nationale, le pourcentage de patients hospitalisés pour lesquels le recours à l'isolement et/ou la contention a été utilisé est de 9,7%, tout type d'hospitalisation confondu⁵.



Parmi les patients ayant nécessité une mesure coercitive à type d'isolement et/ou de contention, regardons plus précisément le type de mesure utilisée.

En 2022, 60 personnes ont bénéficié d'une mesure d'isolement seule dans un endroit dédié comme le recommande la HAS. Le recours à la contention mécanique au sein des espaces d'isolement concerne, quant à lui, 14 personnes. Ces chiffres sont en net recul par rapport à l'année 2021 où nous relevions 94 mesures d'isolement et 19 mesures de contention mécanique. Comme pour les résultats précédents, l'année 2020 marque un tournant, elle se caractérise par une diminution des deux types de mesures, passant de 9 à 7 mesures de contention mécanique et de 78 à 51 pour l'isolement.

⁵ [Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements \(irdes.fr\)](https://www.irdes.fr/publications/isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022-un-panorama-inedit-de-la-population-concernee-et-des-disparites-dusage-entre-etablissements)

2 Cadre conceptuel

2.1 Évolution du contexte législatif des soins sans consentement

Concernant les soins psychiatriques, et notamment ceux sans consentement, les différentes modalités de prise en charge sont assujetties à la réglementation dans leur organisation. Plusieurs lois et réformes se sont succédées depuis la loi du 30 juin 1838, dite « loi Esquirol » sur les aliénés. Nous nous attarderons de façon non exhaustive sur les plus significatives.

2.1.1 La loi « Esquirol » du 30 juin 1838

Le XIX^{ème} siècle marque un tournant dans l'appréhension de la folie au sein de la société. L'aliénation est désormais associée à une maladie mentale. L'une des figures clés ayant initié ce changement de paradigme sociétal est Philippe PINEL, médecin aliéniste reconnu comme l'un des précurseur de la psychiatrie. Il a permis une vision plus humanisée de la folie. Dans son sillage, Jean-Etienne Dominique ESQUIROL dénonce à son tour la condition des aliénés et la nécessité d'une approche plus humaniste. *« Je les ai vus, grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus n'ayant que de la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus livrés à de véritables géoliers, abandonnés à leur brutale surveillance [...] Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infectes, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces [...]. Voilà ce que j'ai vu presque partout en France, voilà comme sont traités les aliénés presque partout en Europe »*. Il inspirera la loi du 30 juin 1838.

Avec cette loi, les « fous » ou « insensés » ne sont plus seulement écartés de la société pour garantir l'ordre public, ils sont considérés comme des malades qu'il est nécessaire de traiter. Chaque département se doit d'avoir un établissement public ou asile pour assurer cette mission d'accueil et de soin des aliénés.

La loi « Esquirol » détermine les modalités d'internement et fonde les jalons de la prise en charge des insensés. Elle met en évidence deux modalités possibles : « l'internement volontaire et l'internement d'office ». Dans le premier cas de figure, la personne est internée à la demande des parents ou de l'entourage proche, dans le second, l'internement est à l'initiative de l'autorité publique représentée par le préfet. Cette loi permet aux médecins de priver de libertés les personnes accueillies dans les asiles sans avoir recours à une décision du législateur⁶.

Cette loi représente une véritable avancée en termes de droits des aliénés en diminuant le caractère arbitraire des enfermements. Cependant, elle apparaît vite critiquée et remise en question dans son efficacité. Après la promulgation de celle-ci, les internements, en particulier d'office, augmentent de façon considérable entraînant une surpopulation dans les lieux spécialisés pour accueillir les aliénés. Les médecins de l'époque remettent en question l'organisation des asiles en déplorant cet entassement des individus et le constat d'une absence de véritable traitement.

Bien que controversée, cette loi restera pratiquement inchangée dans son essence pendant près de cent cinquante ans avant d'être réformée par la loi Évin du 27 juin 1990.

Notons tout de même quelques modifications dans sa pratique à travers notamment les circulaires RUCART du 10 octobre 1937 et du 8 décembre 1938. Ces dernières viennent officialiser l'ouverture de « services libres », la possibilité d'un passage de l'internement d'office au placement volontaire et l'apparition des sorties d'essai. L'ordonnance royale du 18 décembre 1839 donnera, quant à elle, un cadre juridique aux organisations internes des asiles et permettra ainsi l'instauration d'un traitement de la folie.

2.1.2 La loi Évin du 27 juin 1990

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » vient réformer la loi « Esquirol ».

Cette loi explicite les droits des malades et introduit la notion de contrôle des conditions d'hospitalisation afin de protéger les personnes d'éventuelles hospitalisations arbitraires.

Elle institue l'hospitalisation libre comme étant la règle générale concernant la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques et leur confère les mêmes droits que tout autre patient. Pour autant, elle

⁶ Couturier, L. L'enfermement des aliénés : l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin, 1835-1860) et la loi de 1838. Revue d'histoire de la protection sociale, 2014 Janv., n°7 ; p 58-79.

maintient les deux modalités d'hospitalisation sans consentement, à savoir celle sur demande d'un tiers (HDT) et celle d'office (HO).

La loi Évin permet de renforcer la compétence médicale dans la procédure des hospitalisations sans consentement. Des certificats médicaux viennent désormais appuyer les décisions administratives d'admission et de sortie d'hospitalisation.

2.1.3 La loi du 5 juillet 2011

La loi du 5 juillet 2011, relative aux hospitalisations sous contrainte, remplace celle de 1990. Elle introduit la notion de « soins psychiatriques » en remplacement du terme « hospitalisation ». Ainsi, l'HDT est appelée SPDT et l'HO se transforme en SDRE.

Cette subtilité de langage énonce l'idée d'une obligation de soins qui peut prendre la forme de programmes de soin. De cette façon, elle permet de sécuriser la poursuite des soins au-delà de l'hospitalisation complète, dans un cadre ambulatoire.

Cette nouvelle loi introduit un autre modalité de soins sans consentement : les SPPI. Celle-ci est utilisée en l'absence de tiers, dans le cas de personnes isolées et désocialisées.

Elle impose une période d'observation « légale » de 72 heures maximum. Cette durée permet d'évaluer la pertinence de la modalité des soins engagés par rapport à l'état clinique du patient.

Elle oblige également que le patient rencontre le JLD dans les quinze jours suivants son admission afin de garantir le respect de ses droits lors d'une privation de liberté.

Les patients se trouvent désormais informés de leurs droits et les voies de recours leur sont signifiées. Ils sont interrogés sur les décisions prises par rapport à leur état de santé à travers le recueil de leurs observations.

La compétence médicale se voit consolidée, notamment par le biais du renforcement des certificats médicaux. À travers ce renforcement du pouvoir médical, la loi garantit le respect des droits fondamentaux du patient et limiterait, selon le législateur, la part arbitraire des soins sans consentement. Pour autant, l'application de ces nouvelles modalités engendre des procédures lourdes qui apparaissent décriées par les professionnels de santé, en particulier les psychiatres. Ils dénoncent une lourdeur administrative chronophage les entravant dans l'exercice premier de leur métier, celui du soin.

Sous la loi du 5 juillet 2011, certains articles du code de la santé publique (CSP) sont contestés. Ils sont interrogés dans leur conformité par rapport à la Constitution et vont faire l'objet de plusieurs questions prioritaires de constitutionnalité (QPC). Ainsi, l'article L.3212-7 du CSP se trouve remis en question et annulé suite à la QPC du 26 novembre 2010. En question dans cet article : le maintien possible d'une personne en soins sans consentement à la demande d'un tiers au-delà de quinze jours sans qu'un juge ne statue sur sa situation. Les articles L.3213-1 et L.3213-4 du CSP sont discutés lors de la QPC du 9 juin 2011. Le litige concerne le contrôle judiciaire considéré comme insuffisant dans le cas des HO. Il est demandé un alignement des droits des patients en HO avec ceux en HDT en vertu de l'égalité des droits.

Au regard des différentes QPC, la loi du 5 juillet se voit officiellement modifiée dans certaines de ses dispositions par la loi du 27 septembre 2013.

2.1.4 La loi du 27 septembre 2013

La loi du 27 septembre 2013 vient renforcer les droits des patients en soins sans consentement ainsi que les garanties légales régissant leur mode d'hospitalisation. Quelques mesures traduisent cette avancée pour les patients.

Le délai de saisine du JLD est désormais de huit jours pour une décision rendue dans les douze jours à partir de la décision d'admission de la personne en soins sans consentement.

L'audience des patients par le JLD est réalisée, soit au sein de l'établissement où ils sont hospitalisés, soit dans ceux désignés par l'ARS en cas de mutualisation. Le juge se déplace désormais à l'hôpital pour distinguer la nature de ses audiences de celles relevant du judiciaire.

La visioconférence est supprimée au regard du principe que la relation humaine est primordiale pour les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Lors de leur audience devant le JLD, les patients sont obligatoirement assistés d'un avocat qui vérifie la conformité de la procédure.

Les sorties d'essai sont réintroduites ; elles avaient disparu avec la loi du 5 juillet 2011.

2.1.5 La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016

La loi de modernisation continue de renforcer le cadre des soins sans consentement, notamment des mesures d'isolement et de contention. L'article 72 précise que ces dernières doivent être considérées comme des pratiques de dernier recours. Elles ne peuvent s'exercer que pour « prévenir d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui »⁷.

Ces mesures font l'objet d'une prescription médicale pour une durée limitée dans le temps. Elles imposent une surveillance régulière par les professionnels en charge du patient.

Cet article prévoit également la tenue d'un registre dans lequel sont consignées les mesures d'isolement et de contention. Il recense les éléments suivants : le nom du psychiatre à l'origine de la mesure, celui des soignants présents lors de sa mise en œuvre, la date, l'heure et la durée. Ce registre est susceptible d'être présenté, entre autres, au contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et à la commission départementale des soins psychiatriques.

Un rapport annuel sur l'isolement et la contention est rédigé par les établissements autorisés par l'ARS pour dispenser des soins psychiatriques sans consentement. Il présente le bilan des mesures pratiquées ainsi que la politique mise en place pour diminuer leurs recours. Ce rapport est présenté au CSE ainsi qu'à la CDU.

2.1.6 La loi de financement de la Sécurité Sociale du 14 décembre 2020

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) présentée cette année-là comporte un article atypique portant sur la révision de « *l'encadrement légal des mesures d'isolement et de contention lors des hospitalisations sans consentement en psychiatrie* ». Cette demande de révision découle de la QPC du 19 juin 2020 et entraîne la modification de l'article 3222-5-1 du CSP issu de la loi de 2016. Celui-ci est considéré comme anticonstitutionnel en l'état. Les évolutions décrétées concernent la mise en place des mesures d'isolement et de contention, leur durée et leur contrôle.

Les personnes concernées par ces mesures doivent impérativement être en hospitalisation complète sans consentement. Le motif justifiant le recours à ces pratiques doit être explicité par le psychiatre. Une surveillance psychiatrique assortie d'une surveillance somatique est obligatoire et tracée dans le dossier de soins du patient.

Concernant la durée des mesures d'isolement et de contention, elle se voit précisée. Elle ne doit pas excéder 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention. Lorsque le délai prévu par le texte de loi est atteint, le renouvellement de ces mesures fait l'objet d'une information auprès du JLD. Suite à cette information, ce dernier a la possibilité de s'auto saisir, il peut également être saisi par le patient, l'un de ses proches ou le Procureur de la République. Dans ce cas, le juge dispose de 24 heures pour statuer sur leur maintien ou non. Il n'est pas prévu d'audience mais le patient peut demander à rencontrer le JLD.

2.1.7 La loi du 22 janvier 2022

L'article 17 de cette loi, « *renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique*⁹ », constitue la troisième réforme de l'article 3222-5-1 du CSP. Les modifications concernent plus particulièrement le contrôle des mesures d'isolement et de contention.

Jusqu'à-là, l'information au JLD de leur renouvellement était assurée par le psychiatre. À présent, c'est au directeur de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé qu'il appartient de faire cette démarche.

La saisine du juge, 24 heures après l'information faite au JLD si les mesures se poursuivent, devient obligatoire. À noter que le JLD a également la possibilité de s'auto saisir dès qu'il est informé du renouvellement. Il vérifie la conformité de la procédure au regard de la loi. Il dispose d'un délai maximum

⁷ [Nouvelle loi isolement et contentions : que faut-il savoir ? – Affep](#)

⁸ [Nouvelle loi isolement et contentions : que faut-il savoir ? – Affep](#)

⁹ Article 17 - Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

de 24 heures pour statuer sur le maintien ou non de la mesure. En cas de mainlevée, aucune nouvelle mesure ne peut être mise en œuvre avant un délai de 48 heures, sauf dans le cas d'une situation d'urgence. Le JLD doit alors être informé sans délai par le directeur de l'établissement.

La famille est obligatoirement informée dans la perspective d'un renouvellement de la mesure. Cette démarche incombe au psychiatre.

Les modalités de prise en charge des patients en soins sans consentement ont incontestablement évolué depuis le XIX^{ème} siècle. La traduction sémantique de cette progression se ressent dans les termes employés au décours de l'histoire. Elle nous transporte de la notion d'enfermement à celle du soin. Si ce fait est avéré, il n'en demeure pas moins la persistance de points sombres questionnant l'éthique du soin. Les mesures d'isolement et de contention en font partie. À travers elles, le respect des droits fondamentaux des patients continue d'être interrogé encore aujourd'hui. Le durcissement de la loi quant à la mise en œuvre et le contrôle de ces pratiques vient très certainement en écho à ce dilemme. La complexité réglementaire et administrative des procédures qui entourent les mesures d'isolement et de contention incite les professionnels à trouver des alternatives plus respectueuses des droits des usagers.

2.2 Privation de liberté et soins sans consentement

2.2.1 Libertés et droits fondamentaux

Les droits fondamentaux, dont les droits-libertés représentent une composante, sont des principes juridiques garantis constitutionnellement. Ils prennent leur essence à travers des textes fondateurs comme la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 repris dans le préambule de la Constitution de 1958, la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme de 1950, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne en 2000 ou encore la Charte de l'environnement de mars 2005. Parmi ces principes nous retrouvons de façon non-exhaustive : la liberté d'expression, la liberté de religion, le droit à la vie privée, le droit à la liberté et à la sécurité personnelle... Le respect de ces droits fondamentaux a pour objectif de protéger les citoyens individuellement et collectivement et de préserver leur liberté et leur dignité.

Dans la hiérarchie des normes modélisée par la pyramide de KELSEN, la Constitution apparait comme la norme la plus importante. Le principe qui sous-tend cette hiérarchie est que les normes respectent nécessairement celles qui leur sont directement supérieures, in fine la Constitution. De fait, les lois doivent respecter les droits et libertés garantis par la Constitution. Le Conseil Constitutionnel (CC) est le garant de leur conformité avec la Constitution.



La liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale garantie par la Constitution. Or, dans le domaine de la santé mentale, certaines modalités d'hospitalisation peuvent constituer une entrave au respect de celle-ci. C'est le cas des soins sans consentement.

En effet, quand une personne présente une altération du jugement et que son état de santé présente un danger potentiel pour elle-même ou autrui, quand son comportement entrave l'ordre public, elle peut se trouver contrainte à des soins. Dans cette perspective, des mesures restrictives, pouvant conduire jusqu'à la privation de liberté, se révèlent parfois nécessaires pour contenir ce débordement de la folie.

2.2.2 Privation de liberté

Si les mesures coercitives en matière de soin sont largement dénoncées depuis plusieurs années, il est à noter qu'elles n'ont pourtant pas toujours été à l'œuvre. Un détour par l'histoire permet de mettre en évidence deux périodes au cours desquelles des alternatives semblaient possibles pour réguler les expressions d'agressivité et de violence des patients.

Les années 1950-1960 constituent la première. Cette évolution dans les mentalités soignantes s'inscrit dans l'héritage des travaux de Philippe PINEL et s'appuie également sur ceux de psychiatres de cette époque, à savoir Philippe PAUMELLE et François TOSQUELLES.

Les années 1990-2000 marquent la seconde période. Ce mouvement est le fruit de contributions très diverses. Parmi elles, citons les apports de Lucien BONAFE ou encore la thèse de médecine d'Isabelle PEPIER en 1992, tous deux psychiatres. L'Audit national sur l'utilisation des chambres d'isolement réalisé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1993 sur la demande de Simone VEIL, alors ministre des Affaires sociales de la santé et de la ville, est une autre source d'inspiration. Il est à l'origine en 1998 du référentiel de la Haute autorité de santé (HAS, ancienne ANAES) qui est toujours d'actualité aujourd'hui. Notons également l'importance des travaux de la sociologue Madeleine MONCEAU sur le sujet.

Ce contraste avec les pratiques contemporaines questionne. Dominique FRIARD, infirmier de secteur psychiatrique et superviseur d'équipes, y voit une régression sourde engendrée par la pression sociétale. « *La société réclame une psychiatrie sans cesse plus sécurisée, sécuritaire, où toujours plus d'enfermement prime sur le soin. Imprégnés par ces représentations de la folie, les soignants peuvent-ils faire autrement qu'attacher les malades "fous à lier" »*¹⁰.

Bien que nous constatons un rebond dans le recours aux mesures coercitives depuis les années 2000, les pratiques de privation de liberté soulèvent cependant des questions éthiques complexes pour ses acteurs. Ces interrogations concernent les droits individuels et la nécessité de trouver un équilibre entre la protection et le respect des droits fondamentaux.

C'est dans cette perspective que le CGLPL a vu le jour avec la loi du 30 octobre 2007. Cette nouvelle institution, qualifiée « d'autorité administrative indépendante »¹¹ a pour mission de vérifier au sein des lieux de privation de liberté que les droits fondamentaux des personnes sont respectés. Sont notamment concernés par cette démarche les établissements pénitentiaires, les locaux de garde à vue, les centres éducatifs fermés... Parmi les lieux contrôlés, nous retrouvons également les établissements de santé, publics comme privés, lorsqu'ils accueillent des personnes sans leur consentement et s'ils comportent des espaces fermés.

Pour ce faire, le CGLPL effectue des visites à l'issue desquelles il établit un rapport et d'éventuelles recommandations ou avis aux établissements. Quand il constate certaines atteintes au respect des droits fondamentaux, il peut décider de saisir le Procureur de la République. Le CGLPL peut également être interpellé par « toute personne physique ou morale » ayant une suspicion concernant la non-application des droits d'une personne dans un lieu de privation de liberté. « *Depuis sa création, le CGLPL a effectué près de 1 550 visites d'établissements et a traité plus de 35 500 saisines (chiffres au 31 décembre 2018) »*¹².

Cependant, Adeline HAZAN, CGLPL sur la période de 2014 à 2020, regrettait un manque d'opérationnalité sur le terrain des recommandations énoncées. Elle soulignait, certes, de nombreuses avancées grâce à l'instauration du contrôle du respect des droits fondamentaux. Mais elle constatait dans son rapport annuel rendu en mars 2019 que les atteintes sur l'année précédente n'avaient guère diminué et ce, en lien avec un contexte sociétal de plus en plus sécuritaire.

Il est à préciser que le renforcement du contexte sécuritaire est à l'œuvre depuis plusieurs années. Le point d'orgue de ce durcissement provient en partie du discours de Nicolas SARKOZY, alors Président de la République française, à Anthony en décembre 2008. Pour rappel, cette déclaration faisait suite au meurtre d'un jeune homme de 26 ans, à Grenoble, par un patient hospitalisé en hôpital psychiatrique qui était en

¹⁰ Friard D. Dossier. Isolement et contention : Faire autrement ? Santé Mentale, 2021 Sept. n°260 ; p 29-33.

¹¹ [Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, le CGLPL | vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr)

¹² [Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, le CGLPL | vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr)

fugue. Cet évènement dramatique rappelant d'autres faits tout aussi horribles plonge l'administration hospitalière dans la crainte et accentue la stigmatisation de la maladie mentale. Nicolas SARKOZY annonce alors un plan de sécurisation des hôpitaux avec un contrôle accru des entrées et des sorties des patients et la prévention des fugues. Les réformes énoncées s'appuieront, entre autres, sur la création d'unités fermées et d'une augmentation du nombre de chambres sécurisées d'isolement.

Il ressort de ce virage politique une attention toute particulière portée à la prise en charge des patients considérés à risque et le resserrement des mesures restrictives et coercitives. Au sein des hôpitaux psychiatriques, l'isolement et la contention en sont des exemples forts mais elles peuvent également concerner la politique d'ouverture ou de fermeture des portes, le port du pyjama ou encore les règles concernant l'accès aux effets personnels. En tout état de cause, quelle que soit la forme qu'elles revêtent, ces mesures sont très souvent associées par le patient à une privation de liberté et engendrent un sentiment d'enfermement et d'injustice.

Partant de ce ressenti extrait de l'expérience patient¹³ mais aussi de l'absence de preuve avérée dans les études concernant la portée thérapeutique des mesures coercitives dans le soin, les mentalités soignantes semblent à nouveau évoluer. Cette transformation dans la culture soignante est en faveur d'un moindre recours aux pratiques de restriction de liberté. Sur le terrain en France, elle se traduit à travers l'émergence du concept « zéro contention ».

2.2.3 Évolution vers le concept « zéro contention »

En France, 15% des établissements de santé habilités à prendre en charge des patients en soins sans consentement affirment ne plus avoir recours, ou de façon exceptionnelle, à la contention. Rapportée au nombre d'établissements de santé sur le territoire national, la proportion est de « 31 sur 219 établissements ».

Cette nouvelle tendance vers une psychiatrie moins coercitive est mise en lumière à travers le projet de recherche « Plaid-Care ». Ce dernier, financé par l'Institut pour la recherche en santé publique (IRESP) s'est déroulé de novembre 2021 à octobre 2023. Cette étude a été menée par une équipe pluriprofessionnelle et avait pour objectif de comprendre le fonctionnement de ces établissements de santé.

Il ressort de ce celle-ci une grande disparité dans les pratiques entourant les soins sans consentement. Quelques chiffres sur le contexte épidémiologique en 2021 viennent étayer leur propos. Ils révèlent que 14% des patients hospitalisés en soins sans consentement sont concernés par une mesure d'isolement. Ce pourcentage représente une moyenne, notons que dans onze établissements de santé le recours à l'isolement touche jusqu'à 30% des personnes en soins sous contrainte. La contention mécanique, quant à elle, est un recours utilisé pour 4% des patients hospitalisés. Dans quinze structures, elle atteint 10%.

Les résultats issus du projet de recherche « Plaid-Care » se trouvent en partie confirmés par ceux d'une récente étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), parue en février 2024 dans le numéro 286 des « Questions d'économie de la Santé ». Cette étude menée par Esther TOUTOU-BURCKARD, Coralie GANDRÉ, Magali COLDEFY, en collaboration avec Anis ELLINI, Sébastien SAETTA et le consortium Plaid-Care concerne le recours aux mesures d'isolement et de contention en France. Elle confirme les différences de pratiques entre les établissements de santé autorisés pour les soins sans consentement et témoignent d'un usage encore conséquent. « En 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie : 37 % sont concernées par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes »¹⁴. Ce constat apparaît d'autant plus questionnant que la réduction de ces mesures coercitives est inscrite sur la feuille de route ministérielle depuis 2018. En outre, cette étude décrit également des pratiques hétérogènes au sein de l'Union Européenne.

À l'issue du projet « Plaid-Care » et de leur analyse, les chercheurs ont pu mettre en évidence des leviers favorisant cette nouvelle politique. Ils citent le cadre réglementaire comme une opportunité dont se saisissent les équipes de soins pour faire évoluer leurs pratiques. La distillation d'une culture en interne de moindre recours à des mesures coercitives et le développement des compétences des professionnels sont aussi soulignés. Parmi les éléments repérés, nous retrouvons également l'investissement de la direction pour

¹³ [L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques - ScienceDirect](#)

¹⁴ [Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements \(irdes.fr\)](#)

accompagner cette démarche. De même, l'environnement architectural et paysager est avancé comme un élément important. Enfin, l'expérience patient est certainement l'un des points d'orgue de cette transition.

Parmi les établissements de santé plébiscitant cette culture de bienveillance envers les patients, en visant notamment la réduction des mesures de coercition, le centre hospitalier (CH) de Valvert à Marseille est cité en exemple. Ses pratiques soignantes en la matière ont été saluées dans un rapport rédigé par le CGLPL en 2018.

Pour mener à bien sa politique de « zéro contention », l'hôpital de Valvert insiste sur deux points. L'un concerne la non-accessibilité à des moyens de contention. Effectivement aucun matériel n'est mis à disposition des professionnels. Ce choix est assumé par le chef de pôle de psychiatrie générale, le Dr Sophie CARRIER, qui explique que « *la non-contention a été posée comme fondamentale, une valeur socle qui permet aux patients et soignants de s'y référer* ». Par ailleurs, le fait de ne pas avoir à disposition de matériel de contention réduirait considérablement le recours à cette mesure. L'absence de ce dispositif oblige les professionnels à penser et mettre en œuvre des alternatives plus éthiques. Le Dr Christian VEDIE, président de la commission médicale d'établissement (CME) parle d'un effet de structure pour expliquer cette réalité : « *... on observe que lorsqu'il y a des liens, on s'en sert* ».

L'autre élément mis en avant tient à l'engagement institutionnel et le soutien de la direction dans cette démarche éthique dans les soins sans consentement. Au CH de Valvert, ce principe de non-contention est inscrit dans le projet d'établissement 2016-2020. Pour autant, il nécessite une volonté collective, un investissement fort et une attention permanente pour maintenir cette exigence dans les pratiques soignantes.

La réussite d'une telle entreprise passe par le pouvoir créatif des équipes de soins pour se réinventer dans leurs actions. La recherche et la mise en œuvre d'alternatives que suppose le respect de cette voie non coercitive se révèle coûteuse en termes d'engagement professionnel. À ce propos, Alain DIBON, psychologue dans l'établissement, précise que cela « *suppose une vigilance continue quant à la capacité donnée aux équipes de supporter l'anxiété et la violence psychique des patients* » et « *d'essayer de travailler dans l'hôpital de telle façon que l'on n'ait pas besoin de cette contention* ». Afin de favoriser l'instauration d'une contenance psychique par les professionnels, ceux-ci doivent être accompagnés pour gérer les aléas de cette relation soignant-soigné parfois éprouvante. Les actions de formation, les analyses de pratiques et la transmission des savoirs et des compétences entre pairs sont autant de leviers pour ancrer et rendre possible ces pratiques novatrices et bienveillantes pour les patients.

Cependant, l'engagement et l'exposition plus directe des soignants auprès du patient pour tenter de le contenir et l'apaiser représentent une prise de risque plus importante. Admettons effectivement, que les pratiques restrictives, quel que soit leur nature, ont pour objectif de sécuriser le patient au regard de son comportement clinique mais elles ont également pour visée de protéger les professionnels. Aller dans le sens de davantage d'ouverture revient à s'exposer à une part d'imprévisibilité qui inquiète. L'époque sécuritaire marquée par un renforcement des contrôles et la culture du risque « zéro » complexifie la réduction du recours à des mesures de contrainte pour le patient.

Dans cette perspective, le changement dans les pratiques soignantes que suppose l'intégration de cette vision plus novatrice du soin, nécessite d'être soutenu et accompagné. Sébastien SAETTA, ingénieur et chercheur au CHU de Saint-Etienne explique que « *l'évocation d'établissements sans contention suscite souvent l'incrédulité* ». En modifiant le cadre de référence habituel, il plonge les professionnels dans une part d'inconnu. La perte de maîtrise engendrée peut être source d'inquiétude et susciter chez certains des formes de résistances. La dynamique d'équipe peut s'en trouver impactée.

Pour mieux appréhender l'impact du changement sur une équipe et comment l'accompagner, il semble nécessaire de s'attarder sur le concept même d'équipe.

2.3 La notion d'équipe

2.3.1 Définitions

Le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) définit le mot « équipe » comme « *un groupe plus ou moins structuré ayant une finalité commune* ». Selon Olivier DEVILLARD, « *l'équipe est un mode spécifique d'organisation, avec ses règles, ses rites et ses caractéristiques, qui rassemble des personnes tendues vers un objectif commun et qui opèrent de manière parfaitement établie. Elle se définit comme un groupe d'individus, organisés ensemble, conduit par un*

leader et œuvrant pour un même objectif». Ces propositions ont en commun d'être centrées sur la dimension humaine et la concrétisation d'un objectif conjoint.

La notion de groupe est convoquée dans toutes les définitions et pose la question de la distinction entre les termes « groupe » et « équipe ». Selon Olivier DEVILLARD, une équipe diffère d'un groupe en ce sens qu'elle s'intéresse non seulement à ses membres mais également à la tâche qu'elle poursuit. Chacun œuvre pour atteindre l'objectif commun tout en considérant ses partenaires. Ce double intérêt lui confère toute sa dynamique et lui permet de répondre aux défis permanents qui lui sont lancés. Ce modèle de fonctionnement, ajouté aux modes d'organisations pluriels, garantit une réactivité et une capacité d'adaptation de la part de l'équipe face aux imprévus. « *C'est un mode d'organisation conçu pour « l'aventure », une façon de répondre à ce qui advient, avec la meilleure réactivité*¹⁵».

Si les différentes définitions du mot « équipe » s'accordent sur son fondement et ses composantes, il n'en demeure pas moins que cette notion revêt des réalités plus singulières en fonction de sa spécificité. L'équipe de soin est celle qui retiendra notre attention dans ce propos. Attardons-nous donc sur cette notion telle qu'elle est définie aujourd'hui dans le CSP suite à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. « *L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ses actes* »¹⁶.

2.3.2 D'équipe à dynamique d'équipe

La notion d'équipe recouvre de nombreuses réalités. L'intégration et l'évolution en son sein peut se révéler tantôt comme un moteur, tantôt comme un frein. Une équipe tient en partie sa raison d'être de l'objectif qu'elle cherche à atteindre. Par objectif, nous pouvons entendre vision partagée. De cette finalité dépend le jugement de sa performance.

De nombreux facteurs participent à son efficacité : ses constituants, son fonctionnement, sa dynamique. Le fait est que l'équipe est en mouvement perpétuel et que tous ces éléments sont étroitement intriqués, de sorte que l'action de l'un imprime un changement chez l'autre. Ceci explique la nouvelle orientation du management qui s'appuie sur une analyse systémique de l'organisation. Cette dernière s'intéresse aux liens d'interdépendance entre les individus d'un groupe et l'impact du contexte sur leurs actions. Chaque composante de cet ensemble joue un rôle spécifique, une action déterminée et doit être reconnue comme une entité à part entière. Mais c'est de leur combinaison que naît l'alchimie qui se traduit par la dynamique d'une équipe. Bien plus que la traduction d'une bonne entente entre ses membres ou l'expression de compétences individuelles, elle est une force. L'équipe représente une ressource aussi bien sur le plan individuel que collectif mais également pour son leader qui peut s'appuyer sur sa force à travers un « agir ensemble ». À ce titre, la connaissance de son fonctionnement et des mouvements qui la traversent apparaît fondamentale.

Pour Olivier DEVILLARD, « *l'esprit d'équipe ne se fonde pas sur un renoncement à des valeurs ou à des satisfactions personnelles mais sur l'occasion donnée à l'équipier d'appartenir, c'est-à-dire de vivre socialement, ou de participer à une action qui dépasse sa capacité individuelle*¹⁷ ». Chaque collaborateur au sein d'une équipe détient en lui-même une part de la réussite du projet. Le dessein collectif ne doit pas nier les individualités, inversement les compétences individuelles doivent servir l'objectif commun tout en favorisant un épanouissement et une satisfaction personnelle.

Toujours selon Olivier DEVILLARD, la dynamique d'équipe se construit à travers la combinaison de plusieurs facteurs. En cela, elle se révèle unique et difficile à transposer. L'analyse des sciences humaines a permis de décrypter ce phénomène. Il en ressort des éléments fondateurs.

Il y a tout d'abord « *la stimulation par la coaction*¹⁸ ». La coaction caractérise le fonctionnement d'une équipe. Elle se révèle souvent stimulante pour des individus engagés ensemble dans une tâche et source de productivité.

¹⁵ Devillard O. Ce qui fait « équipe ». In : Dynamiques d'équipes ; 3^{ème} Edition ; Éditions d'Organisation ; 2005 Fév. ; p 7.

¹⁶ Code de la santé publique

¹⁷ Devillard O. Ce qui fait « équipe ». In : Dynamiques d'équipes ; 3^{ème} Edition ; Éditions d'Organisation ; 2005 Fév. ; p 20.

¹⁸ Devillard O. Ce qui fait « équipe ». In : Dynamiques d'équipes ; 3^{ème} Edition ; Éditions d'Organisation ; 2005 Fév. ; p 8.

Ensuite, nous avons « *l'influence réciproque des processus humains et opérationnels*¹⁹ ». Toute relation entre des individus qui agissent ensemble est traversée par une dimension objective, centrée sur la tâche et une plus subjective en lien avec les personnes et leur contexte. La première est concrète et mesurable. La seconde apparaît plus complexe. Elle dépend du ressenti de chaque individu et de ses interactions avec les autres mais aussi de l'environnement dans lequel il évolue. L'effet dynamique dépend de l'interaction entre ces deux processus, l'un influençant l'autre et vice et versa. Le management d'une équipe doit considérer ces deux aspects pour être efficace et performant.

« *La combinaison des trois logiques du fonctionnement collectif*²⁰ » apparaît comme le troisième élément sur lequel repose la dynamique d'équipe. La clé de la performance d'une équipe repose effectivement sur trois logiques. La première, territoriale, implique la division des tâches et la distinction des fonctions et des rôles de chacun. L'addition des actions individuelles permet d'atteindre l'objectif final. La seconde, coopérative, s'appuie sur la collaboration des uns avec les autres au regard de la situation. Elle assure une adaptation de l'équipe aux imprévus en amenant les individus à sortir de leur rôle initialement prévu. La troisième, synergique, conduit à l'intelligence collective. Elle suppose que chacun aille au-delà de ses missions pour coopérer avec l'autre au regard de ses compétences et de la conscience de ses faiblesses. Elle repose sur la cohésion du groupe et la connaissance mutuelle des ressources de chacun de ses membres. Les résultats sont décuplés du fait de la combinaison des forces individuelles au service du collectif. Enfin autre élément, il s'agit de la motivation de l'individu dans sa résonance avec les autres.

2.3.3 L'équipe : enjeu et ressource pour l'encadrement

Le travail est au cœur des institutions et il est l'essence même des organisations. Son corollaire est souvent la performance. Quel que soit le domaine d'activité, cette dernière est une préoccupation grandissante imprimée par les politiques de santé. Les hommes et les femmes au travail sont les artisans de celle-ci. Regroupés ensemble pour œuvrer, ils constituent une équipe dont la dynamique est le ressort de l'efficacité. L'équipe se révèle comme un levier du management.

Dans un contexte sanitaire contraint économiquement et traversé par la crise, le risque est une perte de sens et de motivation des professionnels. La dynamique d'équipe peut être perturbée et devenir complexe à gérer sur le plan managérial. La maîtrise des enjeux qui la conditionnent relève du cadre. L'objectif, au-delà du résultat, est d'accompagner les mouvements qui animent les équipes pour les comprendre, développer leurs compétences individuelles et collectives et les motiver.

Le management d'une équipe, pour être efficace, doit considérer sa nature pluridimensionnelle pour mieux appréhender sa complexité et la faire performer. Une vision plus humaniste privilégiant la coopération, la solidarité et l'engagement semble favoriser la motivation et l'intelligence collective. Plus que l'autorité et le pouvoir exercés par un chef, l'équipe apparaît comme le vrai pilote de la performance au sein des organisations. Le sociologue François DUPUY défend cette vision dans son ouvrage intitulé « On ne change pas les entreprises par décret. Lost in management 3 ». Il souligne que lorsque l'expression de l'intelligence des acteurs se trouve légitimée par la gouvernance, les bénéficiaires ne tardent pas à se faire sentir. Un équilibre est alors trouvé au sein d'un système gagnant-gagnant.

La dynamique insufflée et le management incarné par le cadre de santé et/ou le cadre supérieur conditionnent la nature de la relation qui se crée avec l'équipe. Ces éléments sont déterminants dans la réponse de l'équipe aux évolutions et son rapport au travail.

2.4 Accompagnement du changement

2.4.1 Théories du changement

La façon d'appréhender le changement a évolué au fil du temps. Depuis les années 1950, plusieurs courants se sont succédés. Leurs approches diffèrent sur certains points mais se révèlent complémentaires en s'ajustant progressivement aux évolutions du monde et les nouveaux enjeux traversés par les entreprises.

¹⁹ Devillard O. Ce qui fait « équipe ». In : Dynamiques d'équipes ; 3^{ème} Edition ; Éditions d'Organisation ; 2005 Fév. ; p 9.

²⁰ Devillard O. Ce qui fait « équipe ». In : Dynamiques d'équipes ; 3^{ème} Edition ; Éditions d'Organisation ; 2005 Fév. ; p 15.

Parmi les théories du changement, je me propose de développer plus particulièrement trois modèles, à savoir celui initié par Kurt LEWIN, celui décrit par John KOTTER et celui proposé par David AUTISSIER.

🚦 **Modèle de Kurt LEWIN :**

Kurt LEWIN, psychologue américain spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme, apparaît comme un pionnier dans ce domaine. Il a contribué de façon significative à la compréhension du changement dans les groupes sociaux et les organisations. Il aborde la notion de changement selon une approche systémique et met l'accent sur le rôle de l'individu. Le procédé sur lequel il s'appuie est celui de la persuasion pour susciter un changement de comportement chez l'individu. L'expérience des « Focus Groupes » met en évidence ce principe. L'idée est de faire débattre ensemble les acteurs du changement sur ses modalités d'application pour lever les résistances exprimées et convaincre de son intérêt.

Kurt LEWIN décrit le changement sous la forme d'un processus s'organisant autour de trois étapes :

➤ **Étape 1 : « unfreeze », soit en français « dégel »**

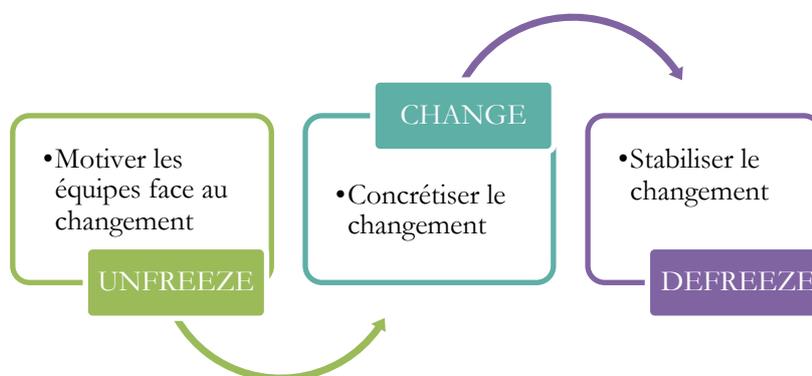
Elle consiste à faire prendre conscience aux professionnels de l'intérêt fondamental du changement, voire de son caractère d'urgence. Cette étape préparatoire implique de rompre avec les schémas de pensée et les pratiques antérieurs. Elle nécessite de surmonter les résistances au changement et de créer une motivation pour le changement. Le changement pour être intégré par une équipe doit être porteur de sens.

➤ **Étape 2 : « change » (« changement »)**

Elle se caractérise par la concrétisation du changement et de son opérationnalité sur le terrain. Kurt LEWIN souligne l'importance de la participation active des membres du groupe ou de l'organisation dans ce processus. Il insiste également sur l'influence de la communication claire et de la coopération pour le mettre en œuvre.

➤ **Étape 3 : « defreeze », c'est-à-dire « gel »**

Kurt LEWIN, à travers elle, relève l'importance de stabiliser la nouvelle organisation afin de garantir la réussite du processus de transformation et sa pérennisation.



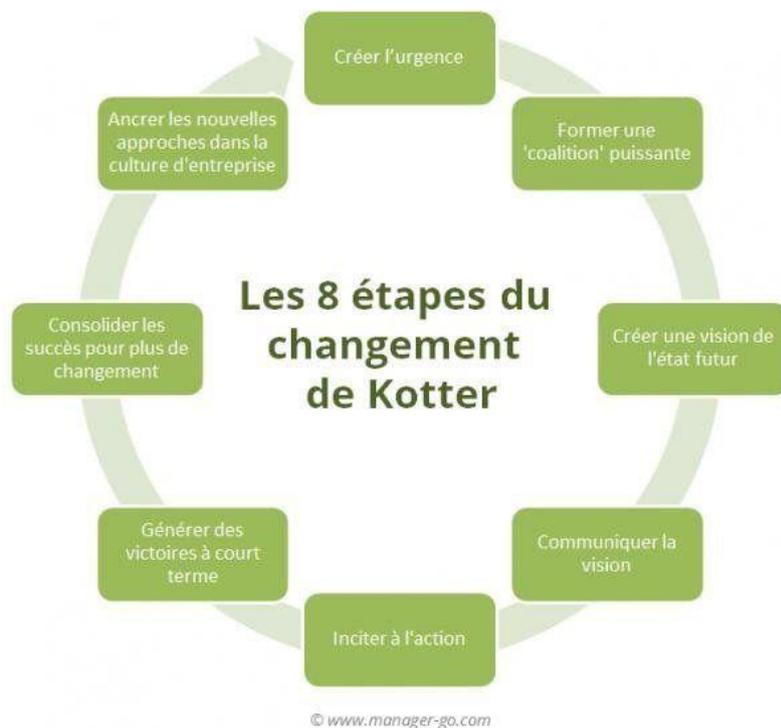
Pour les auteurs de ce courant introduit par Kurt LEWIN, « l'organisation est un système en équilibre quasi stationnaire. Le changement est considéré comme un événement particulier de la vie de l'organisation qui déstabilise celle-ci pour la conduire vers un nouvel état d'équilibre quasi-stationnaire²¹ ».

🚦 **Modèle de John KOTTER :**

Dans les années 1990-2000, une autre approche se fait jour, celle de John KOTTER. Il considère que les échecs constatés dans l'ancien modèle pour conduire le changement proviennent d'un manque d'accompagnement méthodologique. Pour lui, la clé de la réussite réside dans l'engagement des managers. Selon lui, ces derniers ont « un rôle de relais mais aussi de co-constructeur du changement avec les collaborateurs ».

²¹ Autissier, D, Metais-Wiersch, E. Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 2018 Fév., n°21 ; p 45-54.

Le modèle de John KOTTER pour décrire le processus de changement se compose de huit étapes :



➤ **Étape 1 : Créer l'urgence**

L'objectif est de mettre en avant l'intérêt du changement et son caractère d'urgence en communiquant sur les problèmes rencontrés et les opportunités qu'il ouvre.

➤ **Étape 2 : Former une coalition puissante**

À travers son leadership, le manager a une posture d'influence. Il doit réussir à entraîner les acteurs dans ce changement. S'en suit la constitution d'équipes qui vont servir de modèle influent pour le transposer plus largement au sein de l'organisation.

➤ **Étape 3 : Créer une vision du futur**

Un changement est source de stress et d'incertitudes. De fait, l'explicitation des modifications qu'il va engendrer dans le quotidien des acteurs est importante. La visibilité sur ce que sera l'organisation de demain permet de les rassurer et de lever les résistances.

➤ **Étape 4 : Communiquer la vision**

Les raisons du changement ainsi que les objectifs poursuivis doivent être clairement communiqués et rappelés tout au long de la démarche d'accompagnement.

➤ **Étape 5 : Inciter à l'action**

Le manager encourage les équipes impliquées dans le changement à passer par des expérimentations sur le terrain afin d'identifier les obstacles et envisager des ajustements possibles. Il accompagne cette démarche en donnant les ressources nécessaires aux acteurs pour rendre ce changement opérationnel.

➤ **Étape 6 : Générer des victoires à court terme**

Le processus de changement doit se mener par étapes pour stimuler l'engagement des acteurs. La réalisation de jalons intermédiaires permet d'encourager les personnes et de les convaincre de la réussite du projet.

➤ **Étape 7 : Consolider les succès et produire davantage de changement**

Les succès rencontrés à chaque expérimentation peuvent prendre valeur d'exemple. Ils permettent d'envisager le déploiement du processus de façon plus large au sein de l'entreprise.

➤ **Étape 8 : Institutionnaliser le changement**

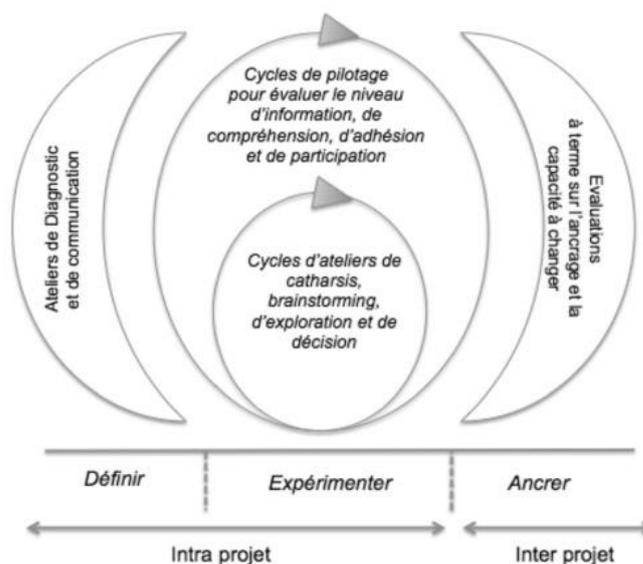
À ce stade, le changement est à l'œuvre et se concrétise au niveau de l'organisation. L'étape ultime pour le pérenniser est de faire en sorte de l'ancrer durablement et qu'il soit intégré dans la politique et la culture d'entreprise.

Dans la théorie énoncée par John KOTTER, le rôle des managers est avancé comme un élément fondamental dans la conduite du changement. Pour autant, sa démarche s'inscrit dans un schéma encore descendant.

✚ **Modèle de David AUTISSIER :**

Les années 2000 se caractérisent par une dimension plus participative dans l'approche du changement. David AUTISSIER appartient à ce courant qui prône la collaboration. Dans ce nouveau modèle, la co-construction devient une voie privilégiée pour favoriser l'engagement des personnes. À travers la constitution d'ateliers de travail, les acteurs participent à l'élaboration du diagnostic et des actions à mener pour accompagner la transformation souhaitée. Ce dispositif se veut dynamique. Il repose sur l'expérimentation des nouveaux schémas imaginés collectivement et sur des réajustements. Des évaluations régulières permettent d'appréhender le niveau de compréhension, d'adhésion et d'intégration du changement par les acteurs. Le changement, tel que le décrit David AUTISSIER, se veut « agile » pour s'adapter aux mouvements perpétuels de l'organisation.

Le changement agile (Autissier, Moutot, 2015b)²²



Ce modèle s'organise autour de trois étapes :

➤ **Étape 1 : « Définir »**

Cette étape consiste en un diagnostic du changement à mener. Elle permet d'élaborer la mise en œuvre du processus en déterminant les premières phases à initier ainsi que le contour et la vision du projet. Les

²² Autissier, D, Metais-Wiersch, E. Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 2018 Fév., n°21 ; p 45-54.

objectifs sont définis et les acteurs concernés identifiés. David AUTISSIER explique que trois composantes structurent ce diagnostic : la note de cadrage, le dimensionnement et l'organisation du projet.

➤ **Étape 2 : « Expérimenter »**

Elle se concrétise par la constitution d'ateliers collectifs participatifs fonctionnant sur le principe de la co-construction. L'enjeu lors de cette phase est de passer par la construction d'expériences pour agir le changement. Elles donnent lieu à des expérimentations sur le terrain par les acteurs concernés. Selon David AUTISSIER, « *c'est par l'accumulation successive de ces expériences que les acteurs seront alors en mesure d'intégrer, de s'approprier le changement qu'ils auront expérimenté, mais aussi de construire des connaissances nouvelles sur le changement et sa gestion au quotidien, c'est-à-dire de construire une capacité à changer*²³ ».

➤ **Étape 3 : « Ancrer »**

À ce stade, il s'agit d'élargir l'horizon de cette transformation pour la mettre en perspective avec la stratégie de l'entreprise. Elle est le moment d'évaluer la capacité de changement de l'organisation dans un objectif de transposition à une échelle plus large.

Quel que soit le modèle utilisé pour accompagner le changement au sein d'une organisation, la stratégie mise en œuvre pour aboutir à une reconfiguration dépend de la nature de la transformation à opérer.

2.4.2 Différents types de transformations

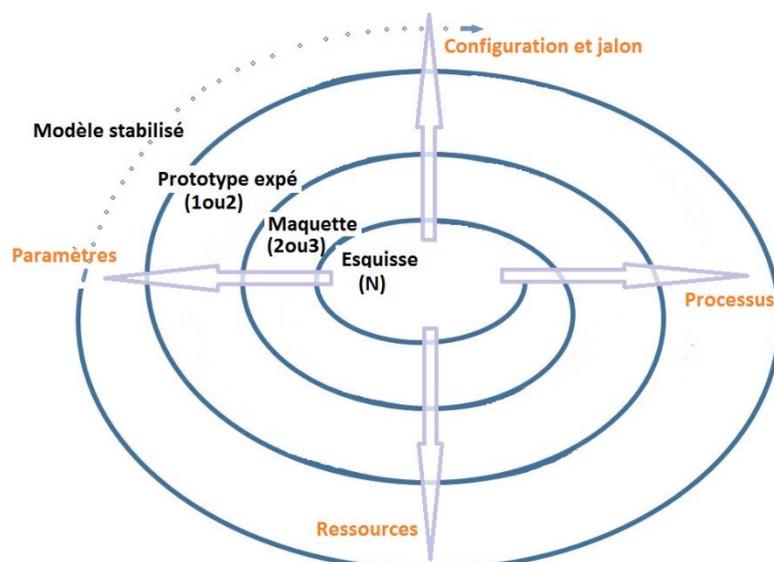
Toute organisation est composée de trois dimensions : fonctionnelle, politique et culturelle. Leurs dynamiques sont endogènes et le résultat de l'organisation dépend de leurs interactions. Il s'agit d'un processus systémique. Par conséquent, dans le cadre d'un changement, il y a nécessité de prendre en compte ces trois dimensions. Leur analyse permet de déterminer quelle stratégie adopter pour parvenir à une transformation.

Concernant la dimension fonctionnelle, « *l'organisation naît à la fois d'une fin souhaitée, quelles qu'en soient la nature et la source, et de contraintes qui rendent l'atteinte de cette fin incertaine et délicate* ». Elle « *peut être considérée comme un système composé de processus et de ressources qui sont agencées en fonction de paramètres de conception. Ceux-ci forment une configuration organisationnelle dont l'efficacité dépend de paramètres de conception*²⁴ ». Les paramètres de conception sont des variables directement liées à l'organisation. En fonction des contraintes rencontrées, ils doivent pouvoir évoluer pour permettre à l'organisation de s'adapter. C'est la théorie de la contingence. Toute transformation de la dimension fonctionnelle repose sur l'analyse des éléments que sont les processus, les ressources, les paramètres et les configurations organisationnelles. Elle résulte d'une conduite de projet. La démarche se veut itérative et de plus en plus précise. Elle passe par plusieurs étapes pour aboutir à un modèle stabilisé.

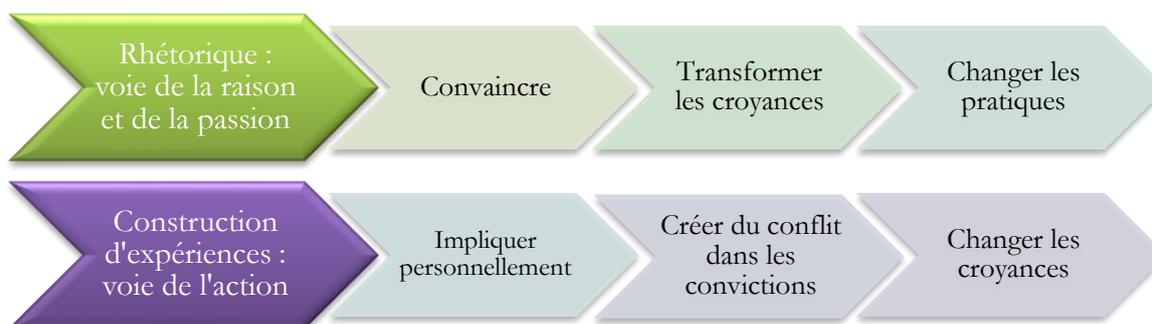
²³ Autissier, D, Metais-Wiersch, E. Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 2018 Fév., n°21 ; p 45-54.

²⁴ La dimension fonctionnelle : la contingence des facteurs. Dans : Dumond JP, rédacteur : Transformer les organisations de santé. Créteil : Université Paris-Est ; juillet 2023, p 35.

Processus de reconfiguration d'une organisation de santé²⁵



À présent la dimension culturelle, elle se caractérise par l'ensemble des valeurs, des pratiques et des conceptions que partagent les membres de l'organisation. Sa transformation repose sur deux procédés : la rhétorique et la construction d'expériences. Le premier a pour intention de convaincre et de persuader l'Autre de l'intérêt du changement à travers son discours. Il s'efforce d'agir sur les attitudes pour modifier les comportements. Dans ce cas, le terme « attitude » est à entendre comme le rapport subjectif aux objets et le mot « comportement » comme l'action qui découle du rapport à ces objets. *« Il reste, néanmoins, difficile de faire changer des attitudes par la seule conviction ou persuasion. Pour dépasser cette limite, il est souvent préférable d'engager pas à pas autrui. Il s'avère que les comportements ont plus d'influence sur les attitudes que celles-ci sur les manières d'agir²⁶ »*. Le second, quant à lui, utilise le chemin inverse. Il s'appuie sur l'expérimentation de situations apprenantes pour influencer sur les attitudes. À noter, que c'est l'intensité de l'engagement personnel qui favorise le changement.



²⁵ Reconfigurer les organisations de santé. Dans : Dumond JP, rédacteur : Transformer les organisations de santé. Créteil : Université Paris-Est ; juillet 2023, p75.

²⁶ La dimension culturelle : les croyances des auteurs. Dans : Dumond JP, rédacteur : Transformer les organisations de santé. Créteil : Université Paris-Est ; juillet 2023, p 89.

Considérons enfin la dimension politique. « Dans un établissement de santé chacun, médecin, cadre, soignant peut trouver matière à une réalisation personnelle. Les conflits de vision, de conception, d'allocation de ressources, de reconnaissance entre les individus, comme entre les professions y sont donc exacerbés donnant sa coloration politique à la vie hospitalière²⁷ ». La transformation de cette dimension revient à gérer les conflits entre les personnes en lien avec les orientations et le fonctionnement de l'organisation. Cette gestion peut prendre la forme d'une alliance, d'une négociation ou d'un passage en force.

2.4.3 Impact du changement au sein d'une équipe

Nous l'avons compris, la conduite d'un changement au sein d'une équipe engendre des remaniements. Elle oblige les acteurs à quitter leur logique routinière pour emprunter une voie encore méconnue. En modifiant l'équilibre en place, cet événement peut être source d'effets positifs comme négatifs pour les acteurs impliqués.

Le changement peut engendrer des incertitudes et des résistances par la peur de l'inconnu, la perte de contrôle, le sentiment d'insécurité ou encore par la divergence des valeurs. Ces manifestations peuvent s'exprimer sous forme de comportements passifs ou actifs, tels que le refus de coopérer, la rétention d'informations, la critique ou le sabotage.

Le stress et l'anxiété chez les professionnels sont également des conséquences possibles du changement. Ces réactions proviennent de l'incertitude, de la charge mentale accrue et de l'adaptation à de nouvelles pratiques et organisations. Elles peuvent affecter la productivité et la satisfaction au travail.

À contrario, ce mouvement de transformation peut susciter des attentes chez les membres de l'équipe et offrir des opportunités. Il peut être l'occasion d'une montée en compétences pour s'adapter aux évolutions des pratiques et de l'environnement de travail. Les nouvelles situations de travail et responsabilités peuvent stimuler l'apprentissage, la créativité et favoriser la motivation des professionnels. Selon Olivier Vassal, « il y a deux grandes catégories d'enjeux à traiter dans un processus de changement. La première concerne les enjeux de savoir et de compétences. La seconde intéresse les enjeux de motivation et leur impact sur l'engagement des personnes. Force est de constater que dans la plupart des projets les premiers priment sur les seconds²⁸ ».

De façon générale, les enjeux liés à cette transition sont nombreux et sont à prendre en compte, d'où la nécessité d'un accompagnement. D'autres leviers tels que la formation des acteurs et la communication favorisent également ce processus de transformation. La part psychologique du changement n'est pas à nier et apparait très certainement comme le plus grand défi du manager.

La gestion du processus de transformation peut reposer sur l'utilisation d'outils. Parmi eux, la courbe du changement, nommée également courbe du deuil. Mise en lumière par la psychiatre Elisabeth KUBLER-ROSS, elle représente le parcours des individus confrontés à un changement sous la forme d'un cycle. Il est à préciser que l'acceptation et l'intégration de ce dernier ne vont pas de soi. Elles résultent d'un cheminement psychologique assimilable à celui d'un deuil. Effectivement, bien que vecteur potentiel de progrès, le changement implique une perte ou une rupture avec la situation antérieure.

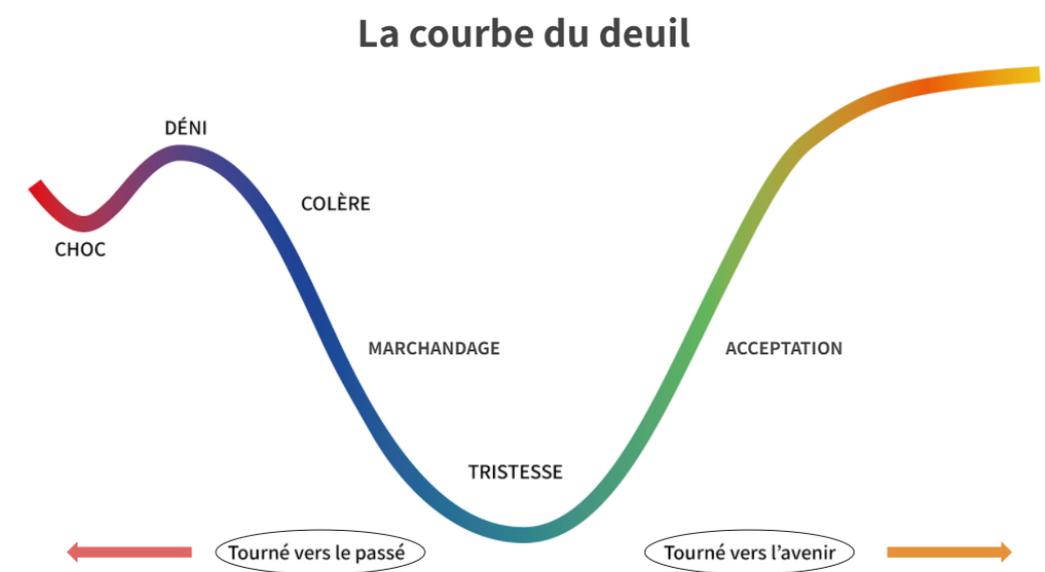
La courbe du deuil se compose de plusieurs étapes distinctes dont le passage est obligatoire bien que tout le monde ne les traverse pas de la même manière :

- **Le choc/déni** : en l'absence d'accompagnement pour préparer la personne aux bouleversements à venir, celle-ci peut entrer dans une phase de sidération. Elle apparait comme figée face à la nouveauté pouvant même aller jusqu'à la rejeter.
- **La colère/peur** : une fois l'annonce passée, l'individu s'aperçoit de ce à quoi il doit renoncer. Il commence alors à s'indigner, s'interroger voire se remettre en question.
- **Le marchandage** : la personne essaie de négocier ou de faire des compromis avec la réalité de la perte.

²⁷ La dimension politique : le pouvoir des acteurs. Dans : Dumond JP, rédacteur : Transformer les organisations de santé. Créteil : Université Paris-Est ; juillet 2023, p 94.

²⁸ Vassal O. Que change le changement ? L'Expansion Management Review, 2007 Janv., n°124 ; p 96-103.

- **La tristesse/dépression** : le sujet prend conscience de ce qui n'est plus et peine à entrevoir une autre voie. Il exprime des inquiétudes quant à l'avenir et doute de ses capacités à gérer cette transformation. Le dépassement de cette phase est primordial pour envisager l'acceptation du changement et pouvoir en ressentir les bénéfices.
- **L'acceptation** : la personne se tourne de nouveau vers l'avenir envisageant la possibilité d'un autre chemin que celui emprunté jusque-là. Elle commence progressivement à entrevoir l'intérêt de ce bouleversement et en comprend le sens.
- **Le renouveau** : la phase ultime du processus de changement est atteinte. La peur, la colère ou encore la tristesse laissent place à une forme de sérénité. La personne a intégré le changement, elle en a éprouvé les bienfaits et a modifié sa pratique. Cette étape se caractérise par un regain de motivation et de confiance en soi à travers la mobilisation de nouvelles ressources insoupçonnées.



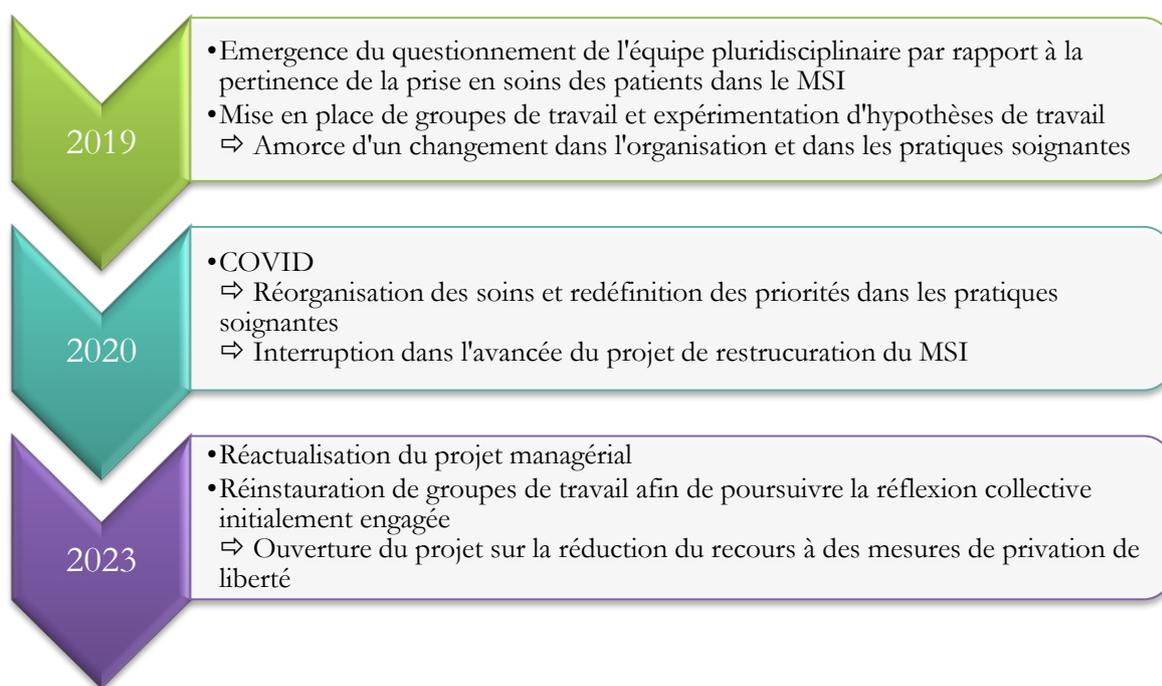
À travers la description du processus du changement que nous venons de retracer, nous comprenons l'impact que peut avoir une transformation sur les individus. Si le déroulement est le même quelle que soit la situation, l'intensité et la durée des différentes phases de ce processus diffèrent d'une personne à l'autre. Elles sont également fonction de la nature de la transformation en jeu.

3 Projet managérial

3.1 Contexte d'émergence

Le projet managérial que je me propose de vous exposer s'inscrit dans la continuité d'une réflexion collective et d'un travail collaboratif amorcé depuis déjà quelques années. Par conséquent, un détour par sa genèse me semble incontournable pour éclairer son contexte, le situer dans un processus d'élaboration plus général et permettre une compréhension plus claire des enjeux qui l'entourent.

Le schéma qui suit permet de visualiser l'évolution chronologique de mon projet managérial depuis son introduction en 2019 jusqu'à aujourd'hui et les points d'étapes dans son avancement.



3.1.1 Genèse du projet managérial

Comme nous l'avons précisé précédemment, le service de psychiatrie générale est ouvert sur l'extérieur. Seule une petite unité de cinq chambres est fermée, il s'agit du MSI. Dans cet espace de soins sont hospitalisés des patients en décompensation psychique qui nécessitent une contenance et une surveillance plus accrues. Leur état clinique n'est pas compatible avec des soins en service ouvert.

En 2019, quelques mois après ma prise de poste en tant que faisant fonction cadre, émerge un questionnement au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernant la prise en soins des patients dans le MSI. Les professionnels dénoncent un manque d'efficacité du dispositif en place. Effectivement, ils ont le sentiment que la durée moyenne de séjour dans le MSI tend à augmenter ces dernières années. Parmi les éléments pouvant expliquer ce changement, nous identifions un contexte sociétal plus sécuritaire et nous faisons l'hypothèse d'une évolution du profil des patients. Au regard de ces changements, le module, dans sa configuration actuelle, ne semble plus adapté et ne permet plus une prise en charge satisfaisante des patients. Au-delà de modifications structurelles de cet espace, c'est l'offre de soins qui doit être repensée.

À noter, que par le passé, un projet de restructuration du MSI a déjà été soumis à plusieurs reprises à la direction sans pouvoir se concrétiser. Les entraves rencontrées se sont révélées essentiellement d'ordre financier. Par ailleurs le service de psychiatrie générale fait partie d'un pôle intégré dans un centre hospitalier général. Il est donc soumis aux orientations stratégiques de l'établissement et de ses priorités.

À l'époque, ce questionnement m'apparaît comme un levier intéressant à double titre, pour les patients et pour l'équipe. En venant réinterroger les pratiques, il permet l'amélioration des soins et la garantie du maintien de leur pertinence. Par ailleurs, la reconnaissance du bien-fondé de cette réflexion stimule la

motivation des professionnels. Dès lors, je m'attache à mettre en œuvre un dispositif pour répondre à la problématique exprimée.

Pour ce faire, une première étape est de répondre à un appel à projet afin d'obtenir des fonds directement de l'ARS pour financer ce projet. Celui-ci s'inscrit dans la sécurisation des soins en psychiatrie. Le montage du dossier est accompagné par la direction. En parallèle, des groupes de travail ont été mis en place. Le projet, nommé à l'époque « réhabilitation du module de soins intensifs » est au cœur de cette démarche réflexive. L'objectif avéré est de redonner toute sa place et son sens à cet outil de soins dans le parcours patient.

Je me suis appuyée sur l'émergence du questionnement des professionnels. La proposition de travail faisant résonance à un désir émanant des soignants eux-mêmes, son adhésion par l'équipe a été plus aisée. Je me suis positionnée dans l'accompagnement de ce travail collaboratif et j'ai fait en sorte d'assurer la logistique pour qu'il puisse s'opérer de façon optimale.

Cette dynamique a permis à l'équipe de se saisir de ce projet de service. Elle s'est responsabilisée et a fait en sorte d'intégrer ce changement de pratiques dans son quotidien. Enfin, l'encouragement et la réassurance de l'équipe se sont révélés importants. Le « droit à l'erreur » et le réajustement possible dans les décisions prises ont favorisé un certain lâcher prise et l'expression d'une créativité.

Le projet de réhabilitation du MSI a permis de fédérer l'équipe et s'est révélé comme un fil conducteur. Ce rendez-vous hebdomadaire était attendu et générateur d'une certaine émulation au sein de l'équipe. Le groupe s'est soudé autour de valeurs professionnelles partagées. L'équipe a retrouvé un sens à ce dispositif et lui a redonné sa valeur thérapeutique. Elle s'est emparée de cette marge de manœuvre offerte. Les professionnels ont pu exprimer leur potentiel créatif et combiner leurs compétences individuelles pour enrichir et sublimer le projet collectif. En dépit de moyens insuffisants, l'équipe s'est dépassée pour imaginer de nouvelles solutions. Elle a retrouvé foi en son action. De cette dynamique est né et s'est créé un projet de restructuration du MSI dont chaque professionnel se sent désormais responsable et fier.

Cet exemple traduit bien le propos de Catherine MIEG, clinicienne du travail, concernant le potentiel de l'humain au sein de l'organisation. « *Il s'agit de redonner aux travailleurs la parole sur leur travail et de remettre au cœur du débat les solutions qu'ils inventent pour bien travailler* ».

3.1.2 Concrétisation des séances de travail

Le fruit de cette réflexion collective s'est traduit par son expérimentation concrète sur le terrain par les professionnels. Les actions à engager ont été hiérarchisées en fonction des moyens et de leur degré de priorité. Des références ont été mises en place et chaque soignant impliqué dans une tâche bien définie en a assuré le bon déroulement. Cette organisation d'équipe a abouti à l'objectivation d'actions spécifiques dont la concrétisation est un critère de réussite dans l'avancement du projet.

À travers cette réflexion collective, deux axes de travail se sont dégagés :

- L'amélioration de l'environnement (décoration, mobilier adapté, présence soignante)
- L'accès à des soins spécifiques hors module (repas thérapeutiques, activités thérapeutiques et entretiens psychologiques)

➤ ***L'amélioration de l'environnement.***

La notion de « privation occupationnelle » ainsi que l'accueil du patient dans des conditions presque « carcérales » sont repérées comme des facteurs influant sur le vécu du patient et son comportement. « *Le manque d'accès à des activités, appelé privation occupationnelle, apparaît comment un facteur de désorganisation psychique [...] Une personne privée de sa possibilité d'agir sur son environnement peut facilement glisser dans un véritable chaos intérieur*²⁹ ».

Le sentiment d'enfermement, la proximité dans un espace confiné et la faible présence soignante peuvent potentialiser des attitudes inadaptées voire déviantes. Dans un tel contexte, des tensions internes ou externes entre les personnes partageant le même espace de privation de liberté peuvent émerger et générer de l'agressivité mutuelle physique ou verbale.

²⁹ Riou G, Le Roux F. L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. VST - Vie sociale et traitements, 2017 Mars, n° 135 ; p 104-110.

Les jeunes générations de professionnels apparaissent moins tolérantes face à ses manifestations de violence. Elles ont tendance à y voir l'expression de comportements carencés sur le plan éducatif ou comme étant le reflet de traits sociopathes plutôt que le reflet de la maladie. La dimension thérapeutique de la relation soignant-soigné peut se trouver entravée. Le risque est alors une perte de sens et le recours plus systématisé à des mesures coercitives pour se protéger.

Par conséquent, l'objectif est d'humaniser ce lieu pour le rendre plus confortable et lui redonner sa valeur soignante. À noter cependant, que le module doit rester un lieu de passage pour la surveillance et l'évaluation de l'état clinique du patient en vue de son transfert le plus rapidement possible vers le service ouvert.

Parmi les actions à mettre en place pour répondre à cet objectif, il y a, entre autres, l'aménagement de l'espace avec du matériel plus adapté et confortable et la mise en œuvre d'une présence soignante plus importante.

➤ ***L'accès à des soins spécifiques hors module.***

L'idée est de permettre un accès plus rapide au service ouvert mais de façon progressive. Sur des temps définis, le patient pourra participer à des soins en dehors du module afin d'évaluer son comportement et son adhésion aux soins. C'est le cas actuellement des repas thérapeutiques. Cette démarche sera étendue aux entretiens psychologiques, aux séances d'ergothérapie et aux réunions soignants-soignés. Ces indications s'appuieront sur une évaluation pluridisciplinaire.

3.1.3 Premiers constats

Ce projet de réhabilitation du MSI dépendait en partie d'une restructuration architecturale. Cette dernière était en lien avec l'attribution d'un budget issu d'un appel à projet ainsi que de l'allocation de ressources humaines supplémentaires.

L'établissement a obtenu un financement pérenne de l'ARS par le biais d'un rebasage destiné à la psychiatrie. Cette enveloppe financière de 200 000€ a permis de recruter du personnel, à savoir un ETP infirmier, un ETP aide-soignant, deux mi-temps ergothérapeute et psychologue et d'investir dans l'achat d'un matériel nouveau et plus adapté. L'appel à projet, quant à lui a permis le financement d'un système de sécurisation individuelle déployé sur l'intra-hospitalier. Les travaux architecturaux dans le MSI, quant à eux, sont annoncés comme étant inscrits dans le projet pluriannuel d'investissement et leur mise en œuvre est prévue pour le premier semestre 2021.

Une évaluation a posteriori a permis d'examiner la pertinence de ce projet et les réajustements nécessaires non seulement pour sa validation définitive mais aussi pour garantir sa pérennisation. Celle-ci a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

➤ ***Points forts :***

L'évaluation des patients est plus précoce. Elle favorise l'élaboration d'un projet de soin individualisé et la prescription d'actions de soin spécifiques.

L'alliance thérapeutique est facilitée. La présence soignante plus soutenue dans cet espace de soin permet la création d'un lien de confiance entre les patients et les soignants.

La tension psychique ainsi que l'instabilité psychomotrice tendent à s'apaiser. La proposition de médiations par les soignants agit directement sur l'expression des conflits internes et des émotions.

L'investissement dans du nouveau mobilier spécifique plus adapté, fonctionnel et coloré permet de sécuriser cet espace de soin et de l'humaniser. Cet aménagement atténue le vécu « carcéral » exprimé par les patients.

➤ ***Principaux points d'amélioration :***

La mise en œuvre des travaux, initialement prévue au cours du premier semestre 2021, est toujours en attente de réalisation. L'absence de perspective concrète quant à leur date de réalisation décourage les professionnels. Ils se questionnent par rapport à la réalité de ces évolutions pour améliorer et sécuriser leurs pratiques au quotidien. Par conséquent, il est nécessaire de fixer des objectifs intermédiaires, plus réalistes et accessibles pour maintenir leur motivation et continuer de s'investir dans ce projet.

Les interventions soignantes, en dehors des soins de nursing, des prises de constantes, de la délivrance des traitements et des entretiens médicaux peinent à se pérenniser. Le contexte de crise sanitaire ainsi que la difficulté à stabiliser les effectifs paramédicaux ont fortement déstabilisé les organisations de soins. La

dynamique insufflée par la réflexion d'équipe s'est rapidement épuisée au regard des contraintes de fonctionnement rencontrées. Un travail de resensibilisation des professionnels pour qu'ils intègrent ces nouvelles modalités de prise en soins des patients dans le MSI doit être réinitié.

3.1.4 Nouveau ressort du projet managérial

En 2020, la survenue du COVID vient bouleverser l'organisation et les pratiques soignantes. Par ailleurs, la même année, je pars pour suivre la formation de cadre de santé. Durant cette période, l'équipe doit rompre avec son fonctionnement antérieur pour s'adapter aux perturbations qu'elles rencontrent et les nouvelles conditions de travail. Elle est aux prises avec cette situation d'urgence qui fait voler en éclats ses repères habituels et l'oblige à se réinventer dans ses pratiques de soin. Au regard de ce contexte, le projet initié quelques mois plus tôt perd de son élan et les amorces de changement pour repenser la prise en soins des patients au sein du MSI s'interrompent.

Mon retour dans l'unité après ma diplomation et le contexte sanitaire plus apaisé permettent de stabiliser la situation et de sortir de cet état d'urgence. Sortis de cette période tourmentée, les professionnels se remettent à penser leurs pratiques pour redonner du sens à leur travail. Ils sont prêts à se réinscrire dans des projets.

En 2023, le projet de restructuration du MSI se trouve réinvesti par l'équipe pluridisciplinaire. La réflexion collective peut reprendre.

En s'appuyant sur les premiers constats, il ressort que le projet initial concernant la réhabilitation du MSI n'a été atteint que très partiellement. La prise en soins des patients dans cet espace suscite toujours autant de débats et de questionnements au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elle va même jusqu'à entraîner des conflits éthiques chez certains professionnels et le sentiment que la qualité de leur travail est empêchée. Par ailleurs, certaines pratiques interpellent sur le plan de la législation réglementant les soins sans consentement et plus particulièrement les mesures de privation de liberté. D'autre part, nous constatons une dégradation et une vétusté des locaux qui ne sont plus en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Pourtant ce malaise ne suffit pas en lui-même pour remobiliser les forces en présence, réorganiser le travail et faire évoluer les pratiques soignantes. Une certaine inertie s'est installée dans les suites de la crise sanitaire qu'il semble difficile de dépasser.

La configuration de l'équipe, en particulier infirmière, a évolué au gré d'un turn-over important. L'équilibre entre des professionnels d'expérience ayant acquis une expertise dans la discipline et ceux plus novices dans la spécialité et dans leurs fonctions n'est plus. Pour rappel, l'ancienneté médiane des infirmiers du service de psychiatrie générale est de deux ans et quatre mois. Cette évolution n'est pas sans effet dans l'abord du soin et des pratiques soignantes ainsi que dans la dynamique d'équipe et le rapport au travail.

Par ailleurs, si jusque-là la réflexion portée sur le MSI était guidée par l'existant et comment l'améliorer, elle prenait peu en compte l'évolution des pratiques dans le domaine des soins sans consentement. Or, force est de constater que de nouvelles modalités de prise en charge ont vu le jour depuis quelques années dont il serait bénéfique de s'inspirer. Elles se veulent plus respectueuses des droits fondamentaux des patients soumis à des soins psychiatriques sans consentement. Elles prônent la réduction voire la suppression des mesures d'isolement et de contention. L'utilisateur est remis au centre de la réflexion et de nouvelles alternatives de soins se font jour.

Le témoignage récurrent des patients ayant été soumis à des mesures coercitives, que ce soit la contention mécanique, l'isolement ou encore la privation de liberté dans le MSI, apparaît troublant et très édifiant sur leur vécu (cf l'interview de Mr B en annexe 5). Le récit de leur expérience, bien que s'inscrivant dans leur histoire personnelle, se révèle similaire d'une personne à l'autre et ce, quel que soit l'endroit de leur hospitalisation. Tous évoquent un traumatisme, un sentiment d'humiliation, parfois de la honte. À noter que ce ressenti persiste à travers leurs propos lorsqu'ils ont retrouvé une stabilité psychique. Les patients qui reconnaissent a posteriori un bénéfice thérapeutique à ces pratiques sont à la marge.

Je cite : *« j'ai vécu une brève situation de contention d'une heure, pieds et mains liés, lors d'un transfert en voiture entre deux hôpitaux, encadrée par deux infirmiers. Mais cela a suffi à me faire ressentir une humiliation cuisante, un sentiment d'impuissance et d'écrasement énormes face à l'autorité médicale, le sentiment d'être traitée comme une criminelle folle dangereuse. Cette contention m'a brisé le cœur et la confiance en moi et en les soignants, et a modifié, négativement, la perception que j'avais de moi-même. Ces théories de la contenance, pour moi, c'est pire que tout. Elles déshumanisent les personnes psychotiques dans*

le regard des soignants. Elles les transforment en choses qui se vident, et qu'il faut contenir et maintenir, sans aucune métaphore³⁰ ».

De telles paroles ne peuvent laisser indifférent et posent indéniablement la question de l'éthique du soin. L'expérience « zéro contention » se nourrit de ce contexte et prend progressivement valeur d'exemple en France. Portés par cette vision plus moderne et respectueuse de l'approche des soins sans consentement, notre réflexion se voit donc réorientée. Le projet initialement nommé « réhabilitation du MSI » ne doit-il pas prendre une autre voie et se construire autour de cette expérience nouvelle et la création d'alternatives de soins pour y parvenir ?

C'est dans ce cadre que s'inscrit mon projet managérial définitif intitulé désormais « De la privation de liberté à la recherche d'alternatives de soins en Santé Mentale Adulte. Comment accompagner l'équipe dans ce changement de paradigme ? ». Avant de décrire son processus au sein du service de psychiatrie générale, de son élaboration à sa mise en œuvre, je consacrerai le chapitre suivant à définir le rôle de l'encadrement dans cette entreprise.

3.2 Rôle de l'encadrement

Comme explicité plus en amont dans mon écrit, la conduite d'un changement au sein d'une organisation requiert un accompagnement. Dans le milieu sanitaire et/ou médico-social, il revient au cadre de santé et/ou cadre supérieur d'assurer cette mission à travers son management. Il incarne ce rôle managérial à travers sa posture. À ce propos, lors des rencontres Fédération Hospitalière de France (FHF), Jeannine LEONARD et Jacky HOUSSET, directeurs des soins, soulignent que le cadre supérieur de santé doit adopter trois postures distinctes et complémentaires : « *celle de leader tout d'abord, qui ose, émet un discours positif et favorise la dynamique de groupe, celle du coach qui fait preuve d'écoute, d'empathie envers ses collaborateurs, celle de pilote enfin, par laquelle les actions sont cadrées, le positionnement des acteurs est formalisé et qui conduit les projets selon une approche pragmatique globale* ».

Le changement implique une transformation du travail. Christophe DEJOURS explique que celle-ci ne peut s'opérer qu'à travers le développement de la coopération. Afin de favoriser le travail coopératif au sein d'une équipe, l'action de l'encadrement passe par des prérequis indispensables que sont la communication et la confiance.

3.2.1 La communication

« La communication est la clé pour la compréhension et la coopération ». Anonymous

Afin que l'équipe déploie tout son potentiel et se révèle une ressource pour le cadre de santé, ce dernier doit s'employer à créer une véritable synergie entre ses membres. La communication est certainement l'un des moyens pour y parvenir. De la simple transmission d'informations à la démarche réflexive, elle suppose une interaction, elle permet d'entretenir un lien et favorise la cohésion. D'après Sandra LE MEUR, cadre de santé, « *les principales missions du cadre de santé sont d'organiser, d'animer et de coordonner le travail d'équipe. Pour ce faire, la communication s'avère primordiale. Celle-ci va rendre possible l'action dans une situation préétablie. Elle permet d'améliorer le fonctionnement de l'équipe et sa dynamique³¹* ». Bien plus encore, elle explique que la communication est un signe de reconnaissance favorisant la motivation des équipes.

Cependant, la communication doit suivre quelques codes pour être efficace et parvenir à transmettre le contenu d'un message de façon fiable et claire. La communication suppose l'existence d'un émetteur et d'un récepteur. Un message transmis par le même émetteur ne sera pas reçu de la même manière en fonction du récepteur. L'équipe étant composée de plusieurs individualités, chaque personne a une sensibilité particulière et interprète les situations à la lumière de son ressenti. L'activité en résultant peut traduire cet écart. Effectivement, comme nous l'a enseigné Xavier MARCHAND³², nous distinguons la tâche prescrite, qui correspond au message ou à la consigne initiale, de la tâche redéfinie. Cette dernière se réfère à ce qui est compris en fonction du niveau d'expertise, de l'expérience et du niveau de connaissances du récepteur. S'en suit la tâche dite effective qui s'exprime à travers le comportement agi. Les notions de travail prescrit et de

³⁰ Bellahsen M. Abolir la contention. Sortir de la culture de l'entrave. Éditions Libertania, 2023.

³¹ Le Meur S. L'enjeu de la communication du cadre de santé au sein d'une équipe. Soins Cadres ; 2011 Mai, n°78 ; p 52.

³² Marchand X. Management RH de la GEPP à l'organisation du travail. Chap. 2 : fondements de la GRH.

travail réel reflètent cette distorsion. « *Au-delà de la tâche prescrite l'activité se déploie dans le réel en engageant la subjectivité des travailleurs c'est à dire leur capacité à être affectée par ce qui se passe et à répondre aux insuffisances des règles*³³ ». La vigilance du cadre sur cette dimension subjective de la communication interpersonnelle est fondamentale.

Cette notion de communication interpersonnelle est issue de la théorie systémique de la communication de l'École Palo Alto. Elle vient rompre avec le modèle de l'information antérieur axé sur le contenu du message. Désormais, l'accent est mis sur la relation qui accompagne le message.

Paul WATZLAWICK³⁴, théoricien et fondateur de l'École Palo Alto, énonce plusieurs principes. Selon lui, « *on ne peut pas ne pas communiquer* ». Cette hypothèse sous-tend l'idée que la communication n'engage pas que le canal verbal, elle se joue également au niveau non verbal et paraverbal. Le comportement joue un rôle important, tels que la gestuelle, les mimiques, les intonations, les silences... Il vient compléter le message auditif. Par ailleurs, ce n'est pas seulement le contenu du message qui est déterminant, c'est également la façon dont il est porté. Il faut noter l'impact du contexte et de la relation qui vient donner du sens aux mots. Autre postulat posé par Paul WATZLAWICK, celui de l'importance de la méta-communication qui permet de mieux appréhender les intentions des personnes qui communiquent ensemble. Il admet également que la nature de la relation détermine le type de communication : complémentaire ou symétrique. L'un s'appuie sur une différence entre les interlocuteurs dans la relation et l'autre sur un rapport égalitaire.

La connaissance fine des professionnels qui composent l'équipe permet d'ajuster son mode de communication. Nous comprenons bien que plusieurs canaux existent : « *verbal, non-verbal, visuel et écrit* ». Loin d'entrer en compétition, ils se révèlent complémentaires à la condition qu'ils ne soient pas dissonants. Mais, la multiplication des supports peut s'avérer délétère entraînant une sur-information à l'origine d'une dilution ou d'incohérences. Le dosage dans la quantité d'informations transmises tout comme le moment où elles sont données doivent être pris en compte. La qualité de la communication dépend également de la clarté du message et de son contenu. De façon plus générale, la portée de la communication dépend de plusieurs composantes : l'émetteur, le destinataire, le message, le contexte, le canal, les interférences et le feedback.

Effective ou non, la communication est à la base de toute relation. Son intérêt est d'autant plus prégnant pour le manager dans l'accompagnement du changement ou la gestion de situations de crise. Dans les deux cas, l'incertitude embolise les esprits, crée un climat anxigène et tend les relations entre les individus. La communication permet d'éviter les points de rupture. Exercée avec transparence, elle n'oblige pas pour ses acteurs de détenir toutes les informations ou d'être dans la certitude. Le message n'a pas vocation à être immuable et définitif, il peut évoluer dans le temps.

Le changement engendre l'émergence de nouveautés dans l'environnement de travail ainsi que dans les pratiques. Cette situation de travail inédite nécessite la création de nouveaux repères. Elle doit être accompagnée de sens pour les acteurs afin qu'ils s'engagent dans cette démarche innovante. Il est du rôle du cadre de leur donner la vision du projet pour les aider à se projeter. La plus-value attendue pour les patients comme pour les professionnels doit être exprimée avec clarté auprès de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Chacun doit pouvoir s'inscrire dans cette dynamique collective et se retrouver autour de valeurs professionnelles partagées pour créer une culture commune.

Au vue des enjeux et des bouleversements que suppose la conduite d'un changement, la communication apparaît essentielle pour aider les mentalités à évoluer. Elle fait partie des trois leviers fondamentaux de la méthode décrite par David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT. Initiée de façon précoce, elle permet de préparer les professionnels à la transformation à venir.

J'ai initié mon projet managérial de manière concrète au mois de janvier 2024. Pour autant, une phase de préparation psychologique auprès de l'équipe est à l'œuvre depuis plusieurs mois. Effectivement, j'ai saisi chaque occasion, qu'elle soit formelle lors de réunions, temps de transmissions, analyses de pratiques ou informelle lors d'échanges improvisés pour aborder la thématique des soins sans consentement et la

³³ Mieg C. Les habits neufs du management. Comprendre la souffrance du manager. Éditions François Bourin, 2015 ; p 12.

³⁴ Picard D, Marc E. La communication au cœur du système. In: Dominique Picard éd., L'École de Palo Alto. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. 2013 ; p 58-76.

perspective de réduire notre recours aux mesures coercitives. J'en ai fait de même auprès du corps médical et de mes collègues cadres.

Pour ce faire, je me suis appuyée en premier lieu sur l'expérience des patients, notamment leur témoignages auprès de nous qui traduisent leur vécu souvent traumatique. Les réunions soignants-soignés hebdomadaires sont souvent le moment de cette expression. Je me suis attachée à faire le lien avec des lectures d'articles et d'ouvrages que j'étais moi-même en train de lire sur cette expérience. J'ai informé les professionnels sur les avancées dans ce domaine et les alternatives proposées par certains établissements pour limiter, voire même supprimer les mesures d'isolement et de contention. J'ai communiqué sur l'expérience « zéro contention » et la charte dans laquelle se sont engagées une trentaine de structures recevant des patients en soins sans consentement. Dans cette entreprise, le soutien du psychiatre référent des soins sous contrainte dans notre service a été d'une précieuse aide. Lui aussi, s'est évertué dans toute cette phase à partager ses connaissances sur le sujet avec les professionnels et à communiquer sur le sens de cette démarche.

Ces moments d'échanges sur la possibilité d'emprunter une voie inédite et rompre avec des habitudes de travail bien ancrées ont été l'opportunité de nombreux débats sur cette thématique. Entre résistance face au changement et désir d'entreprendre et de créer, les avis apparaissaient divergents. Cette mise en tension de points de vue différents entre pairs a permis l'émergence d'un questionnement sur nos pratiques soignantes.

Toute la subtilité de cet accompagnement psychologique est de laisser la parole circuler, y compris quand elle ne sert pas le projet. L'encadrement doit être attentif à la temporalité de l'équipe et considérer son rythme. Il peut certes avoir des envies de grandeur pour les professionnels qu'il accompagne. Mais son humilité au quotidien et son respect des soignants sont des prérequis. Il doit être à l'écoute et entendre les réticences exprimées afin de rassurer les professionnels. La prise en compte du contexte est également fondamentale. Il serait éhonté de vouloir transposer un modèle sans considérer les moyens dont l'équipe dispose réellement. Il me semble que c'est à ces conditions que l'équipe peut se transcender et donner le meilleur d'elle-même.

Cette préparation psychologique à travers une communication précoce a permis de poser des bases sécurisées pour la réflexion à mener et le changement à venir dans les pratiques. Rassurés sur la fiabilité du cadre dans lequel ils évoluent et reconnus, les professionnels sont en mesure d'entreprendre. La créativité de l'équipe peut s'exprimer. Un cercle vertueux se met alors en place. L'accompagnement des professionnels autour de l'élaboration et la mise en œuvre de projets stimulants, valorisants et innovants devient possible. En suscitant la motivation des membres de l'équipe pluridisciplinaire, le manager facilite leur investissement. Il permet à chacun d'être acteur et de s'inscrire individuellement dans un projet commun donnant sens à sa pratique.

3.2.2 La confiance au service de l'intelligence collective

Pour s'adapter à l'évolution de son environnement caractérisée, entre autres, par la concurrence et plus récemment la révolution digitale, le monde de l'entreprise doit se réinventer. Il doit trouver de nouveaux ressorts pour rester compétitif et s'inscrire dans une dynamique de réajustements constants. Désormais, le changement n'apparaît plus comme un événement isolé et exceptionnel traversant la vie d'une entreprise. *« Les changements sont permanents, multiples, violents et rapides. Ce n'est plus l'état de changement qui sera une situation à part mais au contraire l'état de stabilité³⁵ ».*

Pour relever ce défi contemporain, le sociologue, François DUPUY, encourage les dirigeants à s'affranchir des méthodes traditionnelles de gestion. Il les engage à repenser les modèles de management pour favoriser l'agilité et l'innovation au sein des entreprises. Comme Christophe DEJOURS, il invite le management à s'appuyer sur l'intelligence des acteurs et à favoriser la coopération. Or selon lui, l'efficacité de cette coopération repose, entre autres, sur la confiance.

Dans son livre, François DUPUY souligne qu'aujourd'hui, la confiance est une valeur plébiscitée dans le management venue supplanter l'approche coercitive. Pour autant, elle peine encore à s'exprimer dans les comportements des dirigeants au sein des organisations de travail. Les acteurs, perçus comme une menace pour l'ordre hiérarchique se voient souvent inhibés dans leur imprévisibilité et dans l'expression de leur intelligence. L'auteur y voit là, la traduction d'un enjeu de pouvoir de la part du management.

Et pourtant, je m'interroge, n'est-ce pas justement cette part d'imprévisibilité et d'intelligence exprimée par les acteurs qui participe de la performance de l'organisation ? Christophe DEJOURS et Pascale MOLINIER

³⁵ Autissier, D, Metais-Wiersch, E. Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 2018 Fév., n°21 ; p 45-54.

expliquent à ce propos que toute situation de travail comporte une part d'imprévisibilité qui échappe à la prescription. Les procédures ne parviennent pas à elles seules à tout anticiper. De fait, les professionnels doivent faire preuve d'ingéniosité et d'adaptation pour réduire l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Selon moi, cette ressource exprimée par les acteurs s'assimile à la notion de créativité dans le travail.

Bien souvent, l'entreprise admet cette marge de manœuvre pour les professionnels afin que ceux-ci puissent s'ajuster à la singularité des situations rencontrées. Cependant, les initiatives qui s'émancipent trop des règles et des procédures, rendent parfois frileuses certaines directions car elles échappent à une certaine maîtrise et qu'elles redistribuent les cartes du pouvoir.

Pour autant, je pense que la créativité peut permettre de dépasser des situations complexes que la voie traditionnelle ne serait faire ou plus difficilement. Elle donne du ressort aux organisations pour traverser les aléas et ne pas subir. Redevenir acteur pour ne pas mourir... C'est dans cet intervalle que l'action créative apparaît, selon moi, la plus légitime et justifiée. Il faut cependant du courage pour oser proposer l'inhabituel, d'autant plus dans une institution comme l'hôpital. A l'heure des protocoles et des procédures, le recours à l'innovation peut s'avérer complexe. Les individus, pour s'autoriser à ce lâcher prise, doivent se sentir en confiance non seulement avec leurs pairs mais également avec leur manager. C'est ce que précise François DUPUY dans son ouvrage. L'instauration de cette confiance réciproque passe par un subtil arbitrage dans la détention du pouvoir et l'acceptation d'une forme de partage par le management.

Depuis l'Antiquité, la confiance est considérée comme le fondement de l'action collective. Cependant, l'arrivée du management moderne est venue rompre avec ce principe jugé trop aléatoire et incertain pour gérer l'organisation du travail. Le taylorisme y a préféré un fonctionnement segmenté et séquentiel excluant toute place à la subjectivité des acteurs. Mais ce modèle n'ayant pas démontré son efficacité en termes de production de valeur s'est vu finalement délaissé au profit du retour de la confiance dans les réflexions sur les organisations.

Pour poser les bases de la confiance, François DUPUY avance l'idée d'une nécessaire instauration de « règles du jeu » entre les acteurs qui vont permettre d'encadrer le travail collectif. En confiance au sein d'un cadre de travail préalablement défini avec la hiérarchie et réglementé en interne, ces derniers peuvent laisser libre cours à leur imagination, formuler des hypothèses de travail, expérimenter les scénarii imaginés et ainsi trouver des résolutions aux problèmes identifiés. Véritable expression de leur intelligence collective, les évolutions proposées sont légitimées et porteuses de résultats au regard de l'objectif recherché.

Soulignons que le cadre de santé est soumis à cette notion de confiance au même titre que le reste de l'équipe. Mais il est de son rôle de surcroît d'en être le garant à l'échelle institutionnelle. Il doit faciliter son instauration, l'entretenir et la développer. Cette confiance représente le ciment de l'équipe à partir duquel la créativité pourra s'épanouir. Au sein d'une équipe, elle se construit non seulement dans le temps mais aussi au travers de la posture du cadre.

3.2.3 Une posture de leadership

En parallèle du style managérial du cadre de santé, la réussite d'une conduite de projet tient également à sa posture professionnelle. Effectivement, le manager doit faire preuve de leadership afin que les professionnels impliqués avec lui dans le projet soient partie prenante et s'engagent dans la voie du changement. Si la notion de leadership recouvre une dimension d'autorité, cette dernière est à différencier de celle émanant d'un chef. L'autorité, dans ce dernier cas, provient davantage de son statut et prend l'allure d'une obligation pour ses subordonnés.

De manière générale, la subordination se fonde à la fois sur une relation d'autorité et sur une relation de pouvoir. En tant que cadre de santé nous avons recours aux deux, ces notions étant quasiment indissociables dans la relation d'emploi bien que certaines organisations se fondent davantage sur l'autorité et d'autres plus sur le pouvoir. Dans le cadre d'un contrat de travail et de la subordination, se pose la question de la raison pour laquelle les employés obéissent ou n'obéissent pas.

Pour répondre à cette question, faisons un détour par la philosophie. Emmanuel Kant³⁶ oppose deux causes à cela. Certains obéissent à la loi ou à un ordre « *par devoir* », la personne agit pour respecter la loi parce que la loi se suffit à elle-même sans contrepartie. D'autres obéissent « *par conformité au devoir* ». Celui-ci est accompli, non pour répondre à la loi, mais pour éviter une sanction ou recevoir une récompense. En

³⁶ Kant E, Castillo M, Delbos V. Fondements de la métaphysique des mœurs. Le Livre de Poche, 1993 Sept. 22 ; 256 pages.

l'absence de contrôle ou de sanction, les actes réalisés « *par conformité au devoir* » peuvent donc ne pas être faits. Cette distinction kantienne peut permettre de définir l'autorité et le pouvoir. L'autorité énonce des obligations qui sont respectées parce que c'est la loi. Sous l'effet du pouvoir elles sont honorées en raison des conséquences de leur respect ou non-respect. Ainsi, le pouvoir fait appel aux intérêts et à l'incertitude des acteurs tandis que l'autorité repose davantage sur la reconnaissance. C'est celui sur lequel s'exerce l'autorité qui est détenteur de la reconnaissance de celle-ci.

Le leadership de cadre serait donc en étroite relation avec l'autorité qu'il dégage à travers sa posture. Ainsi les membres de son équipe coopèreraient et s'engageraient dans la voie du changement non pas par obligation mais parce qu'ils sont volontaires pour le faire. Pour résumer cette idée, Denis CRISTOL, docteur en sciences de l'éducation, explique que « *le management c'est quand les autres sont obligés de travailler avec vous. Le leadership c'est quand ils ont envie de le faire.* » Mais cette autorité ne serait pas une disposition naturelle selon lui, elle relèverait d'un apprentissage. C'est la position qu'il défend dans son ouvrage intitulé « *Leadership et management* » co-écrit avec Catherine LAIZE et Miruna RANU LEFEBVRE.

Dans leur ouvrage, un chapitre a particulièrement retenu mon attention pour la conduite de mon projet managérial, notamment par rapport aux groupes de travail et la manière de les rendre performants. Il concerne la notion de « *compétence collective* ». Les auteurs expliquent le processus pour favoriser son émergence. Ils considèrent qu'elle est un enjeu pour le manager et que l'expression de son leadership se joue dans sa capacité à accompagner sa création. « *La responsabilité majeure du leader serait moins de diriger les actions de son équipe que de veiller au bon déroulement des interactions du groupe et de favoriser le développement de compétences collectives permettant à l'équipe de décider et d'orienter ses actions de manière optimale*³⁷ ». Selon eux, la performance d'un groupe dépendrait de sa capacité de « *cognition collective* ». Celle-ci, quant à elle, serait étroitement liée à la « *distance perceptuelle* » entre les membres du groupe.

Chaque individu a des représentations sociales personnelles qui se nourrissent et se construisent dans ses interactions avec son environnement. Cette construction sociale individuelle influence la façon dont la personne traite les informations qu'elle reçoit et les interprète. De fait la perception des éléments peut différer d'une personne à l'autre. Un groupe, par essence se compose de différentes individualités. Lorsque les représentations des membres d'une équipe se révèlent très éloignées, le risque est une divergence d'appréhension des situations. C'est ce que Denis CRISTOL et ses co-auteurs appellent la « *distance perceptuelle* ». Tout l'art du leader réside dans sa capacité à réguler ces disparités. Son rôle est d'aider les acteurs à trouver une voie consensuelle leur permettant de s'accorder sur les objectifs poursuivis, la façon d'y parvenir et les résultats attendus et de mener une réflexion commune. En favorisant ce dialogue, le leader crée les conditions essentielles pour optimiser la « *cognition collective* ». Il permet ainsi la production commune de nouvelles connaissances, source de performance pour le groupe.

En parallèle des notions de communication, de confiance et de leadership, le type de management incarné par le cadre apparaît également comme un élément clé pour favoriser la coopération et pour stimuler l'intelligence collective. Parmi les styles managériaux existants, il en est certains qui privilégient la dimension humaine et l'intégration des professionnels au cœur de la réflexion du travail. Le management bienveillant et participatif en est une illustration et semble porteur de motivation et d'engagement au sein des équipes.

3.2.4 Le management bienveillant et participatif au service du changement

Alors que la qualité de vie au travail n'a jamais autant été plébiscitée, comment expliquer que le sentiment de mal-être des professionnels et la souffrance au travail vont grandissants. Le contexte socio-économique ainsi que les notions de concurrence et de performance sont repérés comme des sources de pression et de stress. Le travail opéré dans ces conditions peut ne plus être ressenti comme un plaisir mais comme une contrainte dont la motivation devient davantage financière. Le risque est une perte de sens et le désengagement des individus. Des tensions et des préoccupations divergentes entre les dirigeants et les « *opérationnels* » apparaissent de plus en plus prégnantes au sein des organisations. Dans cet environnement, le cadre assure le lien entre ces deux entités. Son management est la clé de cet ajustement.

³⁷ Dr Radu Lefebvre M. Le rôle modérateur du leader dans l'émergence et la mise en œuvre de compétences collectives : impacts sur la performance des équipes. Introduction. In : Cristol D, Laizé C, Radu Lefebvre M. *Leadership et Management : être leader, ça s'apprend !* Collection Méthodes & Recherches/management. 1^{ère} édition. De Boeck. 2018 Mai, p 4/17.

Dans le monde de l'entreprise, cette réflexion est à l'épreuve et cherche une réponse pour allier le bien-être des travailleurs et la quête de performance. Le management bienveillant semble une alternative plus humaniste et davantage privilégiée par rapport aux techniques classiques.

Dans leur livre intitulé « Le management bienveillant », Philippe RODET, médecin urgentiste et consultant en management et Yves DESJACQUES, directeur des ressources humaines, mettent en évidence l'intérêt de ce style managérial au regard des maux de la société actuelle. Ils expliquent ses répercussions, non seulement à l'échelle de l'individu mais également au niveau collectif et son impact sur la performance du système. Leur vision du management consiste à resituer les hommes et les femmes au cœur du travail et les rendre acteurs et responsables de sa mise en œuvre. Il en va de la motivation des professionnels mais également de l'efficacité du travail.

Pour mener à bien cette entreprise, tout l'art pour le cadre est de trouver l'équilibre entre des exigences administratives et gestionnaires et la réalité des équipes de soins. Il se situe dans cet intervalle où seul le sens peut aider à accorder ces deux dimensions. Le temps passé auprès des professionnels pour se faire le relai et l'interprète des orientations stratégiques de l'établissement est un moment précieux mais mis en tension dans ce contexte accéléré et pressant. À cela, la proposition d'espaces dédiés à la réflexion collective est également un axe à favoriser. Une équipe est composée d'individus singuliers détenteurs en eux-mêmes de compétences individuelles qui méritent d'être exprimées et augmentées en les partageant. Cet exercice suppose de s'arrêter ponctuellement mais régulièrement dans son travail pour prendre du recul sur sa pratique, observer celle de ses pairs et les confronter. La bienveillance du manager passe par la valorisation et la reconnaissance des talents individuels. Elle consiste à créer des conditions propices pour permettre non seulement l'expression des membres de l'équipe mais aussi sa transformation en émulation collective.

Cette perspective évoque le principe du management des connaissances décrit par Sandra BERTEZENE, professeur du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), titulaire de Chaire de Gestion des Services de Santé. Elle souligne son double intérêt, à la fois éthique et économique. « *Il faut apprendre pour s'adapter. Sans connaissances nouvelles, pas d'évolution, pas de développement, pas de survie possible*³⁸ ». Les connaissances individuelles apparaissent là comme une ressource au service de l'action collective. Partagées, elles ne s'additionnent pas seulement, elles se combinent et se potentialisent. Un cercle vertueux s'enclenche entraînant la création de nouvelles connaissances et compétences donc de valeur ajoutée. Ce processus de créativité est porteur de sens et source de motivation. Il permet à chaque individu d'exprimer son potentiel individuel, de s'impliquer et de participer à l'effort collectif. Valorisés et reconnus, les professionnels trouvent dans leurs actions un épanouissement professionnel au bénéfice de la performance de l'organisation.

En parallèle du sens qui motive l'engagement, de la considération du manager qui reconnaît la valeur de ses équipiers et du respect mutuel qui instaure la confiance, d'autres éléments participent de ce management bienveillant. Philippe RODET et Yves DESJACQUES considèrent que la motivation est étroitement liée à la fixation d'objectifs qui viennent guider l'action et la justifier. Le cadre doit veiller au bon dosage de ceux-ci pour qu'ils soient stimulants et permettent à l'individu de se dépasser et d'en retirer une satisfaction personnelle. Cet état de « *flow* » est non seulement gage d'efficacité mais aussi d'épanouissement professionnel. L'autonomie laissée aux professionnels apparaît également comme une source de motivation importante. Elle suscite un sentiment de responsabilisation qui engage les professionnels. Cette marge de manœuvre leur permet de prendre des initiatives et d'exprimer leur créativité. Le plaisir de travailler reprend le pas sur les contraintes de l'environnement.

Le management bienveillant apparaît bien en faveur du processus de créativité. En plaçant l'individu au cœur du système, il le rend acteur et responsable. Il favorise un sentiment d'appartenance qui stimule la motivation des professionnels à s'inscrire dans un « faire commun ». Ainsi, la logique routinière rassurante peut céder sa place à une voie plus inédite, celle du changement.

Pour autant, les autres styles managériaux ne sont pas à négliger. Parmi les différents types de management existants, c'est finalement le subtil dosage et le passage de l'un à l'autre en fonction des objectifs recherchés qui paraît la clé. Pour conduire un projet et entraîner positivement les professionnels dans cette aventure, il

³⁸ Bertézène S. Un management humaniste. Dépasser les tensions, améliorer la performance. Gestion hospitalière, 2018 Fév., n°573.

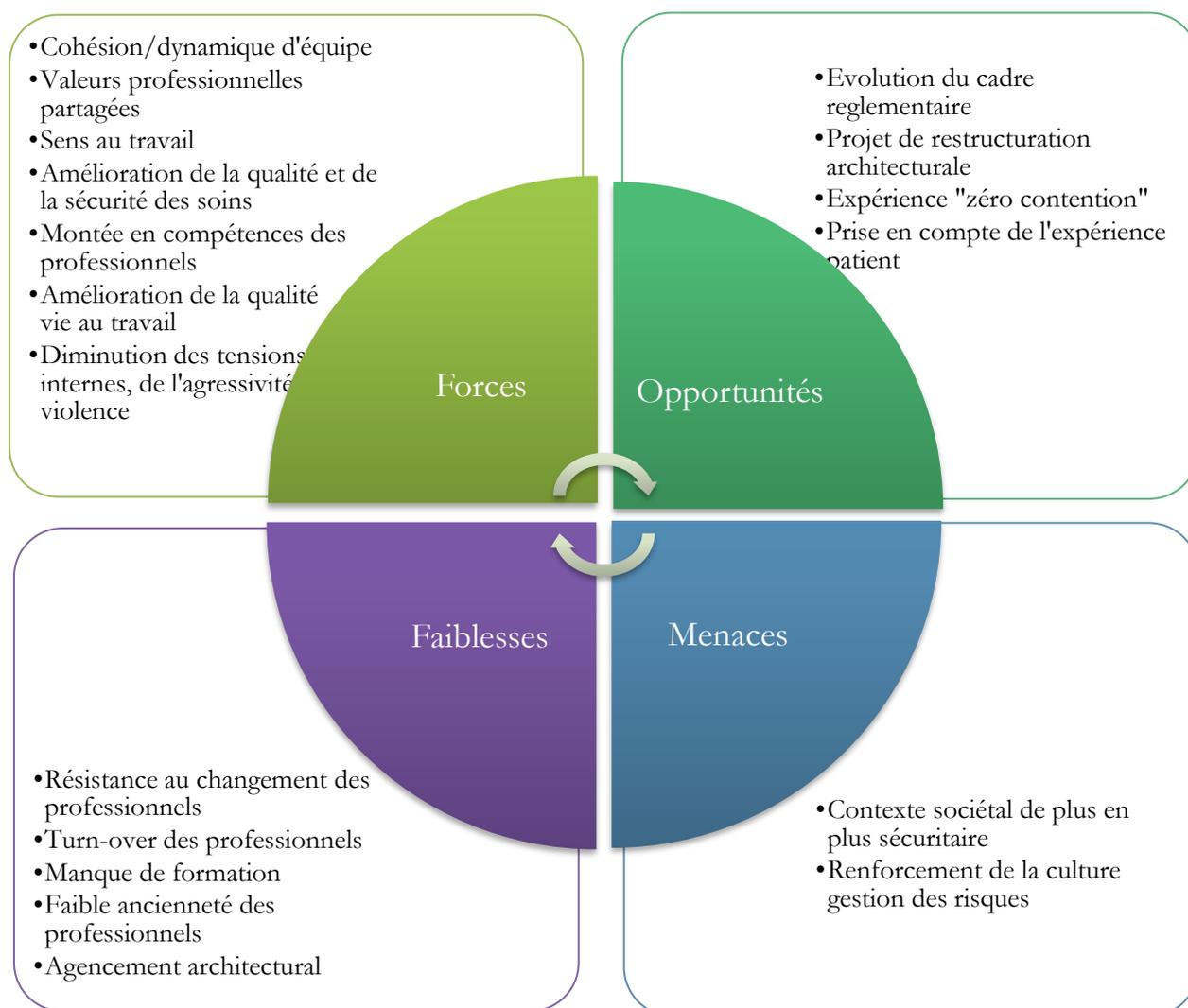
apparaît pertinent d'associer l'intelligence émotionnelle et l'intelligence situationnelle dans le management. L'équilibre se trouverait dans cette articulation et cette souplesse dans la posture du manager.

Nous venons de repérer de quelle façon la posture et le rôle de l'encadrement favoriseraient et stimuleraient la coopération et l'intelligence collective des acteurs au sein d'une équipe. Désormais, centrons-nous sur le déroulement du processus managérial dans la conduite de mon projet.

3.3 Description du projet managérial

Afin de mieux comprendre les enjeux de mon projet managérial, un diagnostic de la situation d'appel paraît pertinent afin de réaliser un état des lieux. Pour ce faire, je m'appuie sur deux démarches complémentaires : une analyse externe et une analyse interne de l'organisation. Cette méthode consiste à développer une stratégie de service cohérente avec l'environnement. Cette phase a pour objectif de repérer les problématiques à résoudre et mettre en évidence les pistes d'amélioration possibles.

3.3.1 Méthode de la matrice SWOT



➤ Analyse externe : opportunités et menaces

La place de l'utilisateur dans le système de soins a considérablement évolué en deux décennies. Cette évolution est portée par la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui consacre les droits des usagers et instaure la notion de démocratie en santé. Elle marque un tournant en rendant le patient acteur de sa prise en charge. Sur un plan

juridique, elle impose l'application des principes essentiels à l'usager que sont la dignité, la liberté et l'égalité. Plus de vingt ans après, cette révolution s'est poursuivie et n'a fait que se renforcer.

À la lumière de cette évolution, la réglementation entourant les soins sans consentement a connu de nombreuses modifications afin de favoriser le respect des droits des patients. La dernière réforme concernant le recours aux mesures d'isolement et de contention en date du 29 mars 2022³⁹ va dans ce sens. Les pratiques soignantes se veulent désormais plus respectueuses du patient et de son expérience. Dans cette perspective, certains établissements de santé repensent leur approche des soins sans consentement afin de réduire le recours aux mesures coercitives souvent associées. Effectivement, la notion de restriction voire de privation de liberté qui en découle soulève des questionnements. L'expérience « zéro contention » est une réponse à ce conflit éthique et apparaît comme une source d'inspiration pour l'implantation de cette nouvelle philosophie de pensée au sein de l'unité de psychiatrie générale.

Par ailleurs, le projet de restructuration architecturale du MSI est l'opportunité de réinterroger le fonctionnement actuel et les pratiques soignantes dans cet espace et plus largement par rapport aux mesures d'isolement et de contention. Le but est d'envisager la future configuration de cette unité fermée au regard de l'évolution de notre approche des soins sans consentement.

Cependant, le contexte sociétal apparaît de plus en plus sécuritaire. Ce durcissement est en lien avec la médiatisation de faits divers dramatiques dont les auteurs présentaient des troubles psychiatriques. Ces événements suscitent chaque fois de vives émotions au sein de l'opinion publique et des réactions chez les politiques qui viennent systématiquement réinterroger le suivi des patients en psychiatrie. La liberté d'aller et venir des personnes est souvent en filigrane des questionnements émergents. Dans cette perspective, la tentative d'ouvrir les portes de la psychiatrie et de ne plus avoir recours aux mesures coercitives apparaît comme un véritable défi pour les professionnels de santé.

Parmi les éléments pouvant entraver cette dynamique d'ouverture, nous retrouvons également la politique de gestion des risques de plus en plus prégnante au sein des établissements de santé. Elle est un point essentiel de suivi dans la démarche de certification. L'hôpital apparaît comme un lieu très normé et contrôlé. La protocolisation accrue des pratiques tend à réduire la marge de manœuvre des professionnels. La pression exercée sur les dirigeants pour répondre à cette exigence sème un certain trouble. La quête du « risque zéro » vient se heurter à l'aspiration du « zéro contention » et entraîne un dilemme.

➤ **Analyse interne : forces et faiblesses**

L'accompagnement des professionnels autour de l'élaboration et la mise en œuvre de projets stimulants, valorisants et innovants est source de motivation. Ce moment de création permet à chacun d'être acteur et de s'inscrire individuellement dans un projet commun autour de valeurs professionnelles partagées. Il implique le développement de nouvelles compétences. Il vient également servir la dynamique d'équipe en favorisant la cohésion. En outre, cette co-construction, en réinterrogeant les pratiques, est en faveur d'une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés. In fine, c'est le sens du travail qui se voit réintroduit. Mon projet managérial puise ses principales forces pour sa concrétisation de tous ces éléments.

Cependant, pour s'adapter et intégrer les changements envisagés, les acteurs doivent se réajuster, voire se réinventer dans leurs pratiques. Ce moment de transition apparaît instable. Il se caractérise par une perturbation des repères habituels et une perte de maîtrise de son environnement de travail. Dans un tel contexte, les professionnels peuvent ressentir un certain danger et exprimer des résistances. Cette dimension s'avère d'autant plus prégnante dans le service de psychiatrie générale que l'ancienneté médiane de l'équipe est jeune et le turn-over régulier.

Par ailleurs, les actions de formation qui pourraient étayer l'intégration de nouvelles pratiques ne sont pas toujours en corrélation en termes de temporalité entre la mise en œuvre du changement, les besoins exprimés par les professionnels et les moyens mis à disposition.

Enfin, l'agencement architectural du MSI, tel qu'il se présente actuellement, ne facilite pas la transposition des hypothèses de travail élaborées lors des groupes de travail. En ce sens, dans l'attente de la réalisation de travaux, l'équipe se trouve par moment limitée dans l'expression de sa réflexion. L'expérimentation sur le

³⁹ Instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

terrain nécessite des adaptations par rapport à nos schémas de pensée ce qui peut entraver la dynamique de changement.

3.3.2 Objectifs généraux et résultats attendus

Mon projet managérial a pour but de repenser l'abord des soins dispensés aux patients hospitalisés dans le MSI ainsi que le recours aux mesures coercitives de privation de liberté. Il s'appuie sur une transformation dans les pratiques de soins des professionnels et un changement de culture.

À travers ce projet, les objectifs recherchés sont les suivants :

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Humaniser le « module de soins intensifs »
- Diminuer le temps d'hospitalisation dans le MSI qui est un espace de privation de liberté
- Optimiser le parcours patient
- Réduire le recours aux mesures d'isolement et de contention
- Améliorer les conditions de travail des professionnels et diminuer les risques psycho-sociaux (RPS)
- Redonner du sens au travail

À partir de la réalisation de ces objectifs, voici les résultats attendus :

➤ **L'évaluation précoce et pertinente de l'état clinique du patient :**

Elle favorisera l'élaboration d'un projet de soin individualisé et la prescription d'actions de soins spécifiques. Cette démarche permettra de fluidifier et d'optimiser le parcours patient en facilitant un passage plus rapide en service ouvert. La durée moyenne de séjour dans cet espace de soins se trouvera alors diminuée.

➤ **La favorisation de l'alliance thérapeutique :**

L'amélioration des conditions d'hospitalisation et la présence soignante plus soutenue dans cet espace de soins permettront la création d'une relation de confiance entre les patients et les soignants. Cela favorisera le processus thérapeutique.

➤ **L'apaisement des tensions intra-psychiques :**

L'augmentation des temps partagés entre les patients et les soignants et la proposition de médiations par les soignants agiront directement sur l'expression des conflits internes et des émotions.

➤ **La diminution du recours à l'isolement et la contention :**

La confrontation à une nouvelle culture et des pratiques de soins différentes à travers le benchmarking permettra aux professionnels de découvrir des alternatives de soins innovantes. Ils pourront se projeter plus aisément dans leur application sur le terrain. Par ailleurs, les actions de formation développeront leurs connaissances et leurs compétences. Renforcés dans leurs savoirs et savoir-faire, ils appréhenderont la prise en soins des patients sous un angle différent. Ils seront plus facilement en mesure d'ajuster leurs pratiques professionnelles en faveur de la réduction des mesures coercitives. Il en résultera une amélioration des conditions d'hospitalisation des usagers mais aussi la sécurisation des professionnels.

➤ **L'amélioration de l'accueil et l'humanisation des lieux :**

La configuration architecturale du MSI ainsi que la vétusté des lieux et du mobilier renforcent le sentiment d'un vécu carcéral chez les patients. Des transformations structurelles permettront de redonner une identité soignante à ce lieu à travers un agrandissement et une meilleure définition des espaces. Le sentiment de promiscuité se trouvera diminué et l'intimité des personnes sera davantage préservée. Par ailleurs, le remplacement du mobilier abîmé par du matériel neuf, coloré, adapté et sécurisé permettra un accueil plus respectueux et chaleureux du patient et sera plus propice à l'instauration de la relation soignant-soigné.

➤ **La diminution des RPS :**

Notre situation peut entraîner des conflits éthiques ainsi que le sentiment d'une qualité de travail empêchée. Le travail réflexif participatif à travers les groupes de travail permettra aux soignants de s'inscrire dans une co-construction et de s'appropriier les changements à venir. Leur parole sera entendue et leurs compétences reconnues. Ils retrouveront un pouvoir d'agir et une autonomie qui les responsabiliseront dans leurs pratiques soignantes ainsi que du sens dans leur travail.

3.3.3 Acteurs

Plusieurs acteurs se trouvent impliqués à mes côtés en tant que chef de projet dans ce projet managérial.

Tout d'abord, à l'échelle du pôle, nous avons les membres du comité de pilotage (COPIL). Celui-ci se compose des membres suivants : les commanditaires du projet, à savoir la cadre de pôle et le psychiatre référent des soins sans consentement, deux IDE, deux AS, une ergothérapeute et une MSP. Nous définirons son rôle et son fonctionnement ultérieurement

De façon plus globale, nous retrouvons l'équipe paramédicale et médicale et la secrétaire responsable des soins sans consentement ainsi que les usagers eux-mêmes.

Ensuite, au niveau de la direction, le projet concerne le directeur du patrimoine, le directeur qualité et gestion des risques et le directeur des affaires financières (DAF).

Le département d'information médicale (DIM) joue aussi un rôle important dans le recueil des données nécessaires pour réaliser des statistiques et un suivi d'activité.

Enfin, la phase opérationnelle de travaux concerne les agents techniques de l'hôpital mais également des prestataires extérieurs comme les architectes.

3.3.4 Rétro planning : diagramme de GANTT

La mise en œuvre de mon projet managérial requiert plusieurs étapes qui viennent jaloner ma démarche. Afin de visualiser ce processus et repérer les étapes clés, j'ai réalisé un rétro planning sous la forme d'un diagramme de GANTT (cf annexe 6). Ce support permet de communiquer avec l'équipe sur les actions à mener au regard des objectifs à remplir et de situer le déroulement du projet dans une temporalité. Il sert à guider le travail des professionnels engagés et savoir en temps réel l'état d'avancement du projet.

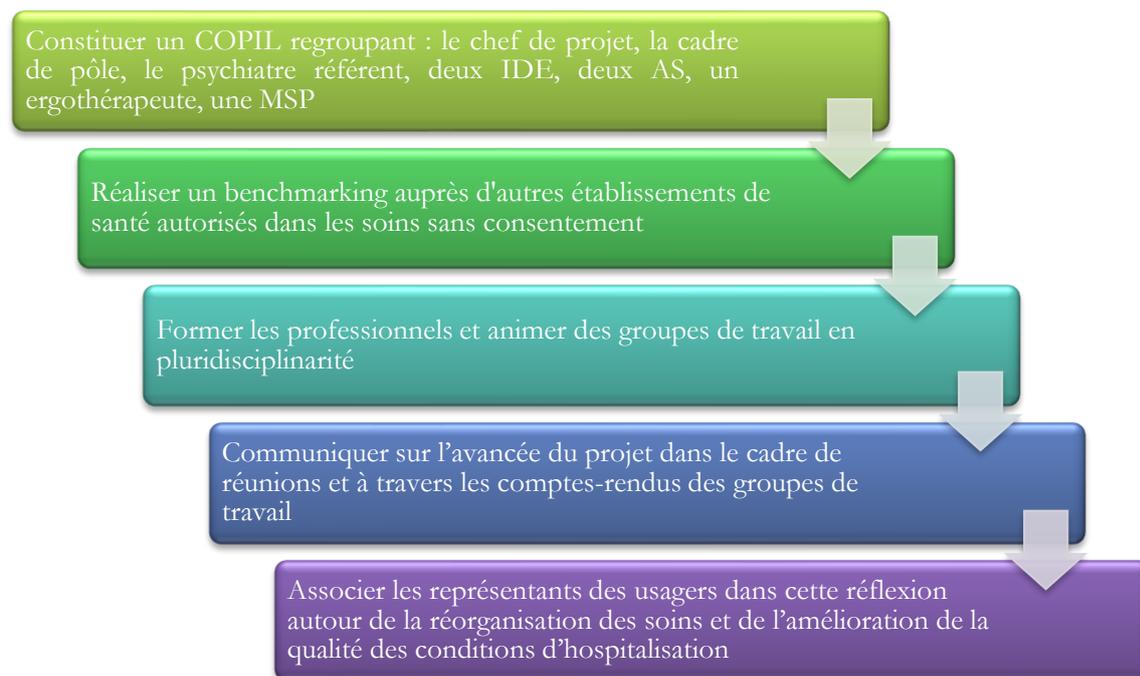
3.3.5 Démarche projet

La mise en œuvre de mon projet managérial suit la méthodologie d'une conduite de projet. Cette dernière est définie à travers la lettre de mission préalablement signée par les principaux protagonistes (cf annexe 1). Il s'agit du commanditaire, soit ma cadre supérieure de pôle, du co-commanditaire, à savoir le psychiatre référent médical du projet et moi-même, en tant que chef de projet.

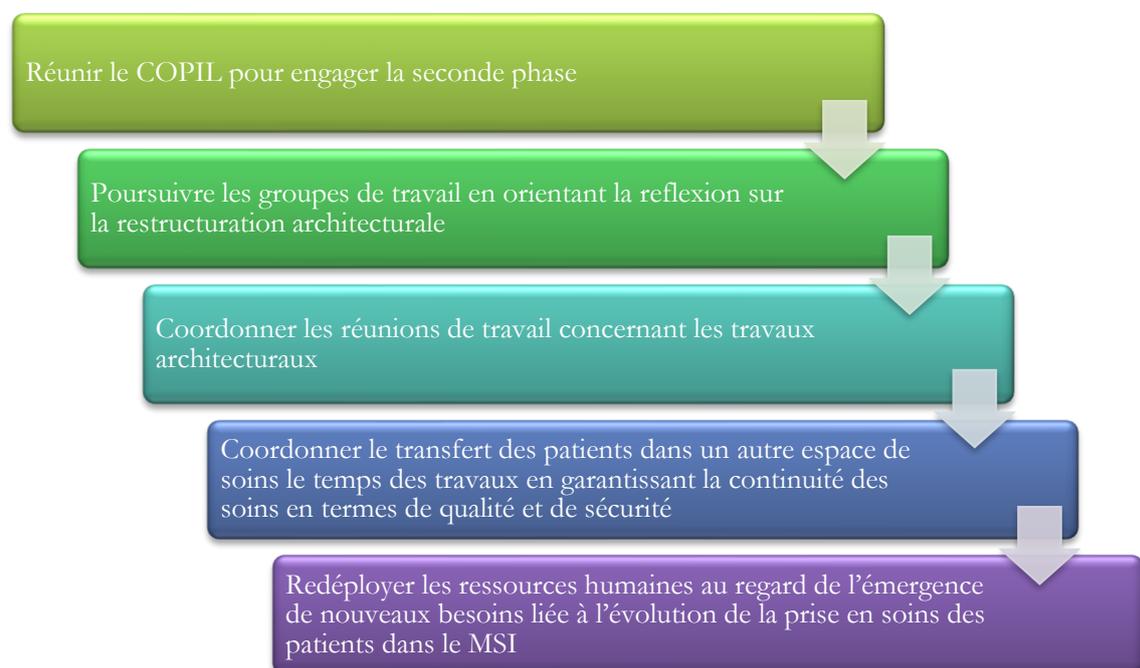
Ma démarche pour mener ce projet s'organise en deux phases :

1. La phase préparatoire avant la réalisation des travaux
2. La phase de transformation architecturale

PHASE PREPARATOIRE



PHASE DE TRANSFORMATION ARCHITECTURALE



À présent, je vous propose de revenir sur chacune des étapes ponctuant ce processus de conduite de projet. Il est à préciser que je concentrerai essentiellement mon propos sur la phase préparatoire. La seconde phase étant conditionnée par la réalisation des travaux, elle ne peut être rendue opérationnelle durant la rédaction de ce travail d'étude.

✚ La constitution du COPIL :

Au lancement de mon projet managérial, ma première étape a été de constituer un COPIL. La première réunion a permis de définir son rôle, son organisation et son périmètre d'action pour conduire ce projet. Des réunions régulières sont planifiées afin de suivre son état d'avancement, de repérer les points de blocages éventuels, de trouver des résolutions aux problèmes repérés et de prendre des décisions stratégiques. Ce COPIL apparaît comme une instance fondamentale pour veiller au bon déroulement du projet et s'assurer qu'il répond aux objectifs énoncés.

Pour conduire mon projet, j'ai orienté ma démarche autour de plusieurs axes complémentaires :

- La formation
- Le benchmarking
- La création de groupes de travail
- Le réaménagement du MSI et des espaces d'isolement

✚ La formation professionnelle :

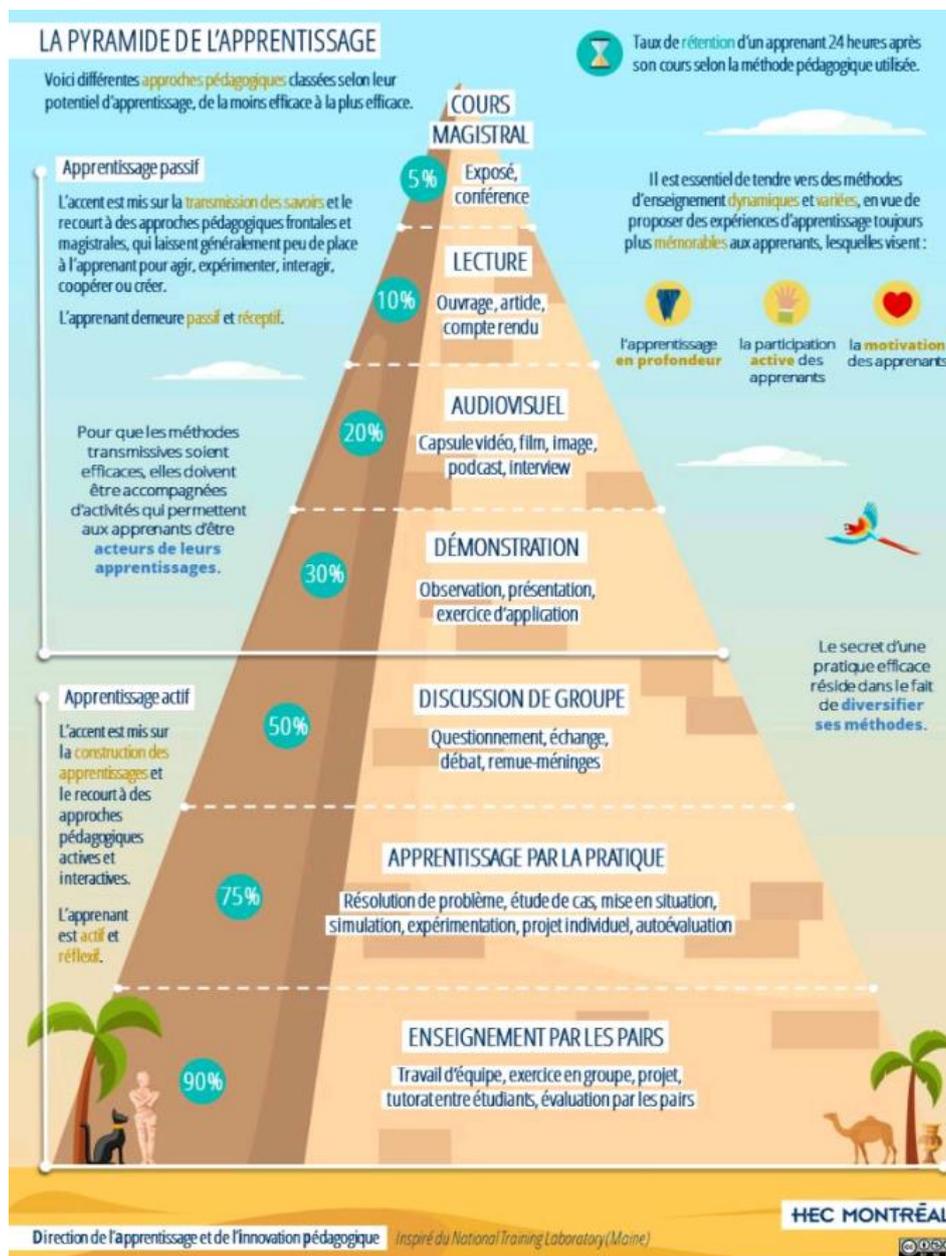
« *C'est ce que nous pensons déjà connaître qui nous empêche souvent d'apprendre* ». Gaston Bachelard

Selon l'INSEE, « *la formation professionnelle est un processus d'acquisition de connaissances et de compétences requises dans des métiers spécifiques ou plus largement sur le marché de l'emploi. Ce processus peut intervenir en cours de formation initiale (par exemple apprentissage, lycée professionnelle...) ou de formation continue* ».

Tout comme la communication, la formation est un axe fondamental de la méthodologie de la conduite du changement de David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT. Comme nous l'avons vu précédemment, le changement plonge les acteurs dans l'inconnu. Les repères habituels n'étant plus et les situations de travail se transformant, il est impératif de réapprendre pour créer les connaissances spécifiques correspondant au nouveau cadre de référence. La formation permet de se construire professionnellement et de se perfectionner dans sa pratique. Elle favorise la confiance en soi et participe à prévenir l'épuisement professionnel.

Selon Marc DENNERY, titulaire d'un diplôme d'études approfondies de sociologie du travail, l'apprentissage repose sur quelques règles essentielles. Nous apprenons en déstructurant nos connaissances pour les restructurer ensuite. Nous parvenons à cela en agissant, en résolvant des problèmes en petits groupes et en échangeant, en ayant un projet d'apprentissage, en prenant plaisir dans un climat de confiance et en maîtrisant ses propres stratégies d'apprentissage.

Parmi les éléments favorisant cette démarche, nous retrouvons l'engagement et l'interaction des apprenants. Cette idée est mise en évidence à travers la pyramide de l'apprentissage développée par Edgar DALE, éducateur et chercheur américain en 1940. Elle montre que l'intégration d'informations se fait à plusieurs niveaux et par le biais de méthodes variées et complémentaires.



Le changement qu'implique mon projet managérial sur le plan culturel comme fonctionnel s'appuie sur les axes de formation suivants :

➤ **La formation OMEGA :**

Depuis 2017, le pôle SMA s'est engagé dans une politique de formation institutionnelle sur la prévention et la gestion des situations de violence et d'agressivité. La formation OMEGA est proposée de façon systématique à toutes les personnes nouvellement recrutées. Trois sessions sont organisées par an et reconduites dans le plan de formation du pôle d'une année sur l'autre. Elle est inscrite dans le projet de service. Elle est également ouverte aux agents de sécurité incendie de l'hôpital, qui sont régulièrement appelés en renfort par les équipes du service de psychiatrie générale.

La formation OMEGA est devenue un outil incontournable inscrivant l'ensemble des professionnels, tout corps de métier confondu, dans une culture et un langage communs. À travers des apports théoriques et pratiques, elle permet de former les équipes aux stratégies de désescalade pour appréhender de façon plus adaptée et efficace les situations de tensions psychiques et physiques intenses.

Suite aux retours des participants, une journée de réactualisation est instaurée depuis l'année dernière. Elle propose aux professionnels un rappel des notions clés et des bonnes pratiques. Elle permet également de

reprenant à distance certaines situations rencontrées depuis la session de formation et la façon dont les apports d'OMEGA ont pu être mobilisés ou non.

➤ **La simulation par le biais de mises en situation pratiques :**

L'expérimentation grâce à des exercices de simulation permet de former les nouveaux professionnels et d'entretenir les acquis des autres membres de l'équipe. Elle est l'occasion de s'entraîner à gérer certaines situations complexes et spécifiques, en dehors de toute pression ou urgence, afin d'intégrer et d'ancrer les bonnes pratiques. Elle permet de mobiliser et de réactiver les connaissances apportées par la formation OMEGA. Cette démarche favorise également la mise en sens en reliant les concepts théoriques avec la pratique.

Partant de ce principe, avec le psychiatre référent de ce projet nous avons mis en place des temps de simulation axés sur la mise en espace d'isolement et l'utilisation des contentions mécaniques. Si notre objectif est bien-sûr de diminuer le recours à ces mesures coercitives, elles ne demeurent pas moins encore exploitées au sein de notre unité. Il est important qu'elles se pratiquent de façon la plus ajustée et respectueuse possible pour qu'elles ne créent pas davantage de traumatismes pour les patients. La posture des professionnels et leurs mots pour accompagner ce moment complexe dans le parcours d'hospitalisation de la personne peuvent faire toute la différence dans son ressenti.

Sur des périodes d'une quinzaine de jours, selon une fréquence trimestrielle, et en l'absence de patient en espace d'isolement, nous exploitons le temps dédié habituellement à la visite médicale pour réaliser ces mises en situation. De courts scénarii sont imaginés par le médecin ouvrant sur des jeux de rôles dont les uns sont acteurs et les autres observateurs. Un debriefing des situations jouées permet de travailler l'ajustement des pratiques professionnelles. Par ailleurs, l'expérience vécue par les soignants de se trouver entravés ponctuellement dans leur possibilité de se mouvoir leur fait prendre conscience de l'impact psychologique que représente cette privation de liberté. Leur appréhension de ces mesures s'en trouve forcément modifiée et leur manière d'approcher le patient dans ces moments transformée.

➤ **La veille documentaire « participative » :**

L'autre axe didactique que j'ai souhaité mettre en place est un système de veille documentaire que je nommerai « participative ». Pour étayer notre réflexion, j'ai souhaité m'appuyer sur la littérature. J'ai sollicité l'Association d'entraide psycho-sociale (AEPS) œuvrant au sein de notre pôle et dont l'un des buts est de soutenir financièrement des projets au bénéfice des patients. Grâce à l'aide de cette association, le service a fait l'acquisition d'un pack spécial de revues « Santé Mentale » traitant des mesures de privation de liberté et de leur évolution au fil du temps.

Ces revues sont mises à disposition des professionnels afin qu'ils puissent les consulter à leur gré. Un registre est tenu pour savoir en temps réel où elles se trouvent et qui les a empruntées. Les personnes ayant entrepris la lecture des articles font un retour positif du contenu. Tous s'accordent à dire que les thématiques abordées sont très intéressantes et éclairent notre réflexion collective. Cependant les apports de ces revues se révèlent très denses et difficiles à appréhender dans leur entièreté pour chacun individuellement.

Partant de ces remarques et du fait que la transmission d'informations par les pairs est particulièrement porteuse, j'ai proposé des partages de lecture afin de faciliter la diffusion de leur contenu. Chaque professionnel ayant lu un article est invité à en faire une restitution au reste de l'équipe.

➤ **Les staffs cliniques :**

Lors des entretiens annuels d'évaluation, plusieurs professionnels ont exprimé leur souhait d'être formés sur la psychopathologie des troubles psychiatriques. Ils considèrent manquer d'étayage théorique pour éclairer les situations cliniques rencontrées.

Par ailleurs, la proportion grandissante de jeunes diplômés ou de professionnels novices en santé mentale ainsi que le turn-over important au sein du service créent un besoin en termes de formation pour constituer un socle de connaissances commun à l'équipe.

Afin de répondre à cette demande et en complément du plan de formation institutionnel, j'ai sollicité le corps médical pour mettre en place des staffs cliniques. Le psychiatre référent des soins sans consentement a initié la démarche et propose des séances tous les deux mois environ. Un calendrier a été élaboré permettant une anticipation de l'organisation pour faciliter la participation des professionnels en poste. Dans cette perspective, j'ai sollicité la cadre des autres unités d'intra-hospitalier pour une mutualisation des

ressources humaines sur le temps de ces staffs. Quant aux personnes ne travaillant pas ces jours-là, elles sont autorisées à revenir sur leur temps personnel et les heures effectuées sont récupérées.

Ces staffs cliniques se veulent participatifs. En amont des séances, le médecin prépare des vignettes cliniques venant illustrer les éléments théoriques apportés. Ce format a pour but de rendre le contenu théorique plus attractif. Il permet également de favoriser l'intégration des nouvelles connaissances à travers la mobilisation des concepts.

➤ **Les analyses de pratiques professionnelles (APP) :**

Les APP permettent de réfléchir sur les situations de travail rencontrées, de les analyser pour mieux en appréhender les enjeux psychologiques et relationnels. Elles sont généralement animées par un expert extérieur au service de soins. Elles sont l'occasion pour les professionnels d'échanger sur des problématiques rencontrées et des prises en soins complexes. Il peut découler de ces temps un réajustement du positionnement professionnel et des pratiques soignantes pour proposer des réponses adaptées.

En cela, les APP peuvent être considérées comme un outil de formation intéressant de développement des compétences pour les professionnels. Mais cette méthode est également à entrevoir dans sa dimension motivationnelle. Ce partage et cette réflexion collective apportent un éclairage sur les situations et permettent un recentrage sur la clinique et une mise en sens.

Dans cette perspective, en tant que cadre, il m'a semblé pertinent d'initier une dynamique s'inspirant de l'APP au sein du service de psychiatrie générale. Dans un premier temps, en l'absence de ressource extérieure qualifiée pour proposer cette méthode, je me suis appuyée sur les compétences du psychologue de l'unité. Nous avons imaginé la création d'un temps et d'un espace dédiés pour permettre aux professionnels de s'inscrire dans une démarche réflexive par rapport à leur pratique. Le psychologue est garant de ce dispositif qu'il propose selon une fréquence hebdomadaire. L'une des règles du jeu entourant ce processus est que chaque séance se constitue autour de l'émergence d'une question formulée par un professionnel. Le fonctionnement de ce groupe s'appuie sur l'implication de ses membres dont la participation se fait sur la base du volontariat.

À terme, mon souhait est de faire évoluer ce modèle vers de l'APP. Pour ce faire, je me suis mise en lien avec l'Institut de formation des professions paramédicales (IFPP) du département, adossé à notre centre hospitalier. Des cadres formateurs se forment actuellement à cette méthode. L'idée serait de travailler en partenariat avec eux et de les solliciter pour faire de l'APP avec les professionnels du service.

✚ **Le benchmarking :**

« Une destination n'est jamais un lieu mais une nouvelle façon de voir les choses ». Henry Miller

Afin de nourrir cette nouvelle orientation dans la prise en charge des patients en soins sans consentement, j'ai souhaité élargir notre horizon. Je me suis mise en relation avec d'autres établissements pour réaliser un benchmarking. L'objectif de cette démarche est d'appréhender de nouveaux fonctionnements et alternatives de soins et de comparer nos pratiques soignantes. Pour ce faire, nous nous sommes rendus à l'Institut MGEN de la Verrière, situé dans les Yvelines (78), qui est un établissement autorisé pour recevoir et prendre en charge des patients en soins sans consentement. Un représentant de chaque corps de métiers constituant notre équipe pluridisciplinaire (infirmier, aide-soignant, ergothérapeute, secrétaire, cadre de pôle, psychiatre et cadre de santé) a permis de constituer le groupe visiteur. Cet échantillon pluridisciplinaire a pu échanger avec des professionnels issus des mêmes filières sur le site d'accueil. La rencontre et le partage d'expériences entre pairs est une étape importante car elle favorise une meilleure intégration du changement.

Cette démarche peut en quelque sorte s'assimiler à une « learning expedition » ou voyage apprenant. À travers leur ouvrage intitulé « La boîte à outils de l'intelligence collective », Béatrice Arnaud, psychosociologue des organisations, et Sylvie Caruso Cahn, psychologue clinicienne, font référence à ce procédé. Elles expliquent comment cette expérience peut soutenir l'accompagnement d'une transformation au sein d'une entreprise.

La confrontation à une nouvelle culture et manière de penser mettent en perspective les schémas cognitifs et les comportements habituels. Œuvrant comme un modèle inspirant, elle prouve non seulement aux acteurs concernés par le changement que fonctionner autrement est possible mais elle agit aussi comme un puissant levier de motivation. Cette méthode est reconnue pour favoriser la cohésion au sein du groupe parti en expédition. L'expérience vécue collectivement rassemble les protagonistes et permet l'instauration d'un langage commun qui va servir la réflexion à suivre de retour sur leur terrain.

✚ La création de groupes de travail :

« *Le travail d'équipe est la capacité d'un groupe à travailler ensemble vers un but commun. Il permet à des gens ordinaires de faire des miracles* ». Andrew Carnegie

Les groupes de travail font partie du troisième levier de la méthode du changement de David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT qui est l'accompagnement.

➤ Cadre des groupes :

Pour mener cette réflexion, j'ai choisi de mettre en place des groupes de travail. Cette étape est un point fondamental dans la conduite de mon projet. Le fait de rassembler plusieurs professionnels ensemble permet de dépasser les seules connaissances individuelles pour tendre vers l'intelligence collective. Or, comme le souligne le sociologue François DUPUY, cette dernière apparaît comme un puissant levier pour inscrire un dynamique de changement au sein d'une organisation.

À partir du mois de janvier de cette année, j'ai planifié de façon régulière des séances espacées d'environ trois semaines chacune. Le créneau retenu a été choisi en fonction de la planification des soins et des temps institutionnels qui rythment l'organisation de la semaine. Par ailleurs, un calendrier a été établi afin de repérer et d'inscrire ces groupes dans le temps. Cette programmation anticipée a facilité les aménagements nécessaires et les moyens à mettre en œuvre pour favoriser la participation des professionnels tout en garantissant la continuité des soins. C'est dans cet esprit qu'avec la cadre de proximité de l'une des autres unités du pôle, nous avons instauré une mutualisation des ressources humaines sur le temps des séances.

Pour garantir un cadre de travail sécurisé et propice à l'échange entre les professionnels, j'ai posé les règles de fonctionnement du groupe. Les horaires, le respect mutuel, l'écoute et la bienveillance ont été autant de principes entourant cette démarche réflexive. Les règles du jeu ont été validées collégialement. J'ai précisé le contexte d'émergence de ce travail et les objectifs recherchés. J'ai fait le lien avec le projet plus général poursuivi, à savoir repenser la prise en soins des patients hospitalisés dans le MSI et réduire le recours à des mesures coercitives de privation de liberté dans nos pratiques soignantes. À travers ces prémisses, je me suis assurée que nous étions en phase collectivement sur l'orientation donnée à cette réflexion. L'accord des différents acteurs impliqués dans le projet a permis de débiter le travail.

➤ Déroulement des groupes :

La réflexion au sein de ces groupes de travail se fait de façon pluridisciplinaire. J'assure l'animation de ces temps. Dans les discussions, je veille à ce que la parole circule et que chacun puisse exprimer son avis. Les soignants peuvent confronter leurs idées à celles des autres. Face à la mise en tension d'opinions différentes, je dois parfois réguler le débat afin qu'il reste constructif. Néanmoins, le partage des connaissances et des expériences individuelles se révèle riche et productif.

Portés par un cadre rassurant et un lien de confiance au sein de l'équipe, les professionnels partagent leurs aspirations sans réticence. Ils semblent se saisir de l'espace de réflexion pour lever certaines barrières psychologiques et sortir d'une logique routinière. Le plaisir de penser, de réinventer, de créer prend le pas sur la frustration et l'inertie. L'équipe se prend au jeu dans ce nouveau défi et réussit à trouver des voies d'actions inédites. Or comme le souligne Yves CLOT dans son livre « Travail et pouvoir d'agir », la créativité au travail « *est un élément décisif du plaisir et du sens que l'on accorde à son emploi*⁴⁰ ».

L'instauration de ces groupes permet de faire avancer la réflexion collective. Des hypothèses de travail émergent de ces séances que nous décidons d'expérimenter sur le terrain avec la validation du corps médical. Effectivement, à chaque réunion clinique suivant nos groupes de travail, j'expose les scénarii imaginés en expliquant le cheminement de pensée des professionnels à l'origine de ces nouveautés et les résultats attendus. L'aval des psychiatres nous permet d'acter les hypothèses à tester et de les inscrire au compte-rendu de la réunion pour que l'ensemble de l'équipe en prenne connaissance. Cette démarche garantit un discours commun et des pratiques homogènes pour favoriser la fiabilité de l'essai. L'idée est de vérifier la

⁴⁰ Citation extraite de : Dortier JF. Travail : la créativité cachée. In : Travail, guide de survie. Éditions Sciences Humaines, « Essais », 2017 ; p 34-40.

pertinence des hypothèses de travail et de les réajuster en fonction de notre évaluation. Telle la boucle expérimentale de Deming, l'analyse de ces hypothèses ouvre non seulement sur des réajustements mais surtout sur de nouvelles hypothèses. Selon moi, ce processus de créativité est source de valorisation et de reconnaissance. Il favorise l'engagement des professionnels qui deviennent les acteurs du changement.

À l'issue de chaque groupe, je communique sur l'avancée du projet auprès de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire à travers la réalisation et la diffusion d'un compte-rendu pour informer de l'évolution de la réflexion. Le temps des transmissions orales inter-équipes ainsi que les réunions d'équipe sont également l'occasion de relayer la progression du travail entrepris. Je profite également du bureau de pôle hebdomadaire pour informer l'ensemble du corps médical intervenant lors des gardes et astreintes ainsi que les cadres des autres unités du pôle SMA de ces nouvelles modalités.

➤ Évolution de la réflexion :

Le travail de réflexion débuté sur la prise en soins des patients dans le MSI et par extension dans les espaces d'isolement nous amène à penser différemment nos pratiques et inverser notre approche du soin dans ces lieux. Plutôt que de penser en premier lieu restriction et privation de liberté, notre philosophie est désormais la suivante : « faire de la liberté la règle et de la contrainte une exception au regard de l'état clinique du patient ». Ainsi certaines consignes ou règles de fonctionnement peuvent être mises en discussion et adaptées à la lumière de cette nouvelle orientation.

Au fil des séances, l'intelligence collective exprimée par les différents acteurs se traduit par la création d'hypothèses de travail. Ces dernières ont vocation à être testées par leur confrontation avec la réalité de terrain afin d'être entérinées ou au contraire invalidées. Voici les expérimentations actuellement en phase d'essai et les premiers réajustements en cours suite aux groupes de travail successifs.

Première séance : 16 janvier 2024

À travers les témoignages des patients hospitalisés dans le module de soins intensifs ou ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement et/ou de contention, il ressort toujours le même constat, celui d'un vécu traumatique. Pour tenter de remédier à ce fait, quelques pistes de réflexions sont évoquées :

❖ **L'expression du ressenti des patients concernés par une mesure de privation de liberté :**

Afin de resituer cette expérience dans un contexte de soin, un questionnaire a été élaboré (cf annexe 7). Pour rappel, il doit être proposé à chaque personne sortant de l'espace d'isolement ou du MSI. Cette pratique semble s'être perdue depuis plusieurs mois.

- ⇒ **Conduite à tenir (CAT) :** Réinstaurer cette démarche auprès des patients en l'accompagnant d'un entretien systématique. Le questionnaire sera mis dans chaque dossier à l'admission d'un patient en isolement ou dans le module.

❖ **La formation du personnel aux nouvelles alternatives de soins :**

Pour réduire les mesures d'isolement et de contention, il est nécessaire de réfléchir à la mise en œuvre d'alternatives de soins au regard de nos moyens. Pour étayer cette réflexion, nous pourrions nous inspirer de la littérature et de l'expérience d'établissements pratiquant déjà des alternatives.

- ⇒ **CAT :** Benchmarking auprès de structures accueillant des patients en soins sans consentement pour ouvrir notre horizon et s'inspirer d'autres pratiques soignantes.
- ⇒ Six revues « Santé Mentale » sur le sujet de l'isolement et la contention sont à disposition des professionnels dans le bureau de soins. Les personnes qui souhaitent les emprunter, doivent inscrire leur nom sur la fiche prévue à cet effet qui est avec les revues.

❖ **Penser les espaces d'isolement dans une forme évolutive :**

Une gradation dans le dispositif allant de la chambre d'apaisement à la demande du patient jusqu'à l'isolement complet tel que nous le proposons aujourd'hui pourrait être envisagée.

- ⇒ **CAT :** Envisager cette évolution dans les transformations architecturales futures, ce qui permettrait par ailleurs de se conformer aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

❖ **Harmoniser les pratiques soignantes :**

Cette harmonisation est essentielle dans le MSI pour donner des repères structurants et contenant aux patients et limiter ainsi les clivages au sein de l'équipe.

- ⇒ **CAT** : Rediscuter les règles au sein du module pour leur redonner du sens et les réajuster au regard de l'objectif thérapeutique poursuivi. Exemples de règles à mettre en discussion : la répartition des cigarettes sur la journée, la question de la fermeture des portes des chambres la nuit, l'organisation du repas thérapeutique, la nourriture, l'accès au téléphone portable...

Deuxième séance : 6 février 2024

À chaque nouvelle séance, le cadre du groupe, les objectifs ainsi que les règles du jeu sont précisés. Le lien avec la session précédente est fait par le rappel des thèmes abordés. Les hypothèses de travail en cours d'expérimentation sont rappelées. La réflexion peut ensuite reprendre.

❖ **Le repas thérapeutique en salle à manger pour les patients du module :**

Proposé uniquement sur prescription médicale, il deviendrait désormais la règle le midi comme le soir. Le repas dans le module se ferait sur indication médicale en fonction de l'évaluation clinique du patient si son état n'est pas compatible avec le repas en service ouvert. Cela suppose de revoir l'organisation du repas en salle à manger et d'aménager l'espace car le capacitaire se trouve augmenté.

- ⇒ **CAT** : mise en œuvre de cette règle quand l'organisation du repas thérapeutique aura été revue et stabilisée.

❖ **L'accès au téléphone pour les patients du module :**

Actuellement, les patients n'ont pas accès à leur téléphone portable dans le MSI. À présent, il peut être accordé d'office une fois la période d'évaluation de 24h passée sur un temps limité de la journée, à savoir entre le moment du goûter et la distribution du traitement avant le repas du soir.

Si l'évaluation clinique du patient n'apparaît pas compatible avec cette règle ou si le patient fait une utilisation inadaptée de son téléphone, une contre-indication médicale pourra être posée.

Il sera précisé à chaque personne que leur portable sera sous leur responsabilité.

Cette nouvelle règle permettra aux patients de maintenir un lien avec l'extérieur dans la mesure où celui-ci ne se révèle pas inadapté.

❖ **La répartition des cigarettes pour les patients consommateurs de tabac dans le MSI :**

Actuellement, les patients bénéficient de huit cigarettes sur l'ensemble de la journée. Celles-ci sont distribuées par deux sur des temps définis (après le petit déjeuner et le déjeuner, au moment du goûter et après le dîner).

L'idée serait d'étaler la consommation de tabac sur la journée sans l'augmenter à la fois pour une question de santé et parce que l'hôpital est engagé dans le projet « Hôpital sans tabac ». L'idéal est cependant de favoriser et privilégier la substitution.

- ⇒ **CAT** : Interroger les patients et s'appuyer sur leur expérience pour trouver un consensus sur cette question avant de proposer une hypothèse de travail à tester.
- ➔ Thématique à réaborder lors du prochain groupe de travail pour déterminer une nouvelle organisation répondant davantage aux besoins des patients.
- ➔ Solliciter l'IDE en tabacologie, pour former les infirmiers de l'équipe sur les substituts nicotiques et la façon de les prescrire étant donné qu'ils sont désormais habilités à le faire.
- ➔ Réaliser des entretiens motivationnels au sevrage.

❖ **L'alternance des chambres fermées dans le MSI la nuit :**

L'organisation actuelle est de fermer la chambre des patients la nuit en alternant les femmes et les hommes un jour sur deux. Celle-ci n'apparaît pas satisfaisante dans sa mise en œuvre, entre autres, car certains mois les personnes se retrouvent 2 soirs de suite avec leur porte fermée. Plus largement, ce sujet nécessite d'être rediscuté car il rencontre des limites sur le plan réglementaire. L'argument sécuritaire ne peut se justifier à lui-seul. Cette question doit être débattue en la mettant en perspective avec l'état clinique du patient.

⇒ **CAT** : réévoquer ce thème au prochain groupe de travail pour trouver une alternative à l'organisation actuelle qui serait plus respectueuse des droits du patient tout en prenant du sens dans le cadre du soin.

❖ **La garantie d'un cadre structurant et contenant dans le MSI et les espaces d'isolement :**

Il apparaît important de donner des points de repères fiables pour les patients pris en soins dans ces lieux. Cela passe également par une présence soignante plus importante sur l'ensemble de la journée.

⇒ **CAT dans le MSI** : Proposer davantage de temps d'entretiens et d'activités thérapeutiques pour les patients. Quand leur état clinique le permet et qu'une indication médicale l'autorise, inclure les patients dans les activités se déroulant dans le service ouvert, entre autres, la réunion soignants-soignés.

⇒ **CAT pour les patients pris en soins en espace d'isolement :**

➔ Différencier le temps du petit déjeuner de celui de la visite médicale et des soins d'hygiène en faisant deux passages. Le petit-déjeuner serait servi dans la continuité de celui servi pour les patients du MSI, la délivrance du traitement se ferait à ce moment-là également.

Cette organisation permettrait de répondre à l'un des besoins fondamentaux du patient avant d'envisager l'entretien médical. Par ailleurs, si le patient refuse son traitement lors du premier passage, cela permettrait de lui proposer à nouveau avant de passer à une forme injectable.

➔ Refaire un passage en isolement après les transmissions du midi pour répondre à un éventuel besoin exprimé par le patient et réévaluer par la même occasion son état clinique sur le plan paramédical.

Troisième séance : 27 février 2024

Les premiers retours sur les hypothèses de travail mises à l'essai depuis la séance précédente sont exposés :

❖ **L'accès au téléphone pour les patients du module entre le goûter et la distribution du dîner :**

Les patients sont contents de cette évolution et le retour de l'équipe est plutôt positif. L'équipe remarque un comportement adapté et un respect des consignes de la part des patients. Le téléphone est valorisé comme un élément occupationnel sur la fin d'après-midi, mais également un moyen d'être en lien avec ses proches. Il n'y a pas de difficultés lors de la restitution de ce dernier ni de débordement observé.

❖ **L'augmentation du nombre de passages de l'équipe auprès des patients hospitalisés en espace d'isolement :**

Depuis le dernier groupe de travail, aucun patient n'a été admis dans ce lieu.

Les autres thèmes abordés sur cette séance concernent les points suivants :

❖ **L'alternance de la fermeture des chambres dans le module la nuit :**

Actuellement, la pratique est de fermer les chambres des hommes en alternance avec celles des femmes une nuit sur deux. L'équipe se questionne sur le sens et la pertinence de ce fonctionnement. Celui-ci a été instauré dans un objectif de protection des patients au sein de ce lieu mixte. Cependant, se pose la question légale de cette mesure qui s'associe à une privation de liberté. Par ailleurs, les différents événements récents sur l'unité d'agressions sexuelles et d'actes de violence hétéro-agressifs ne sont pas en lien avec le genre des personnes.

⇒ **CAT** : Arrêt de la fermeture des chambres en alternance et en systématique. Chaque soir, l'équipe de nuit, lors de son passage, demande aux patients individuellement s'ils souhaitent ou non que la porte de leur chambre soit fermée. Si tel est le cas, cette demande doit être tracée dans le DSI. La fermeture de la porte peut cependant à **titre exceptionnel** être à l'initiative des soignants et sur indication médicale si l'évaluation clinique est en faveur de la nécessité d'un temps de contenance pour le patient.

❖ **La répartition des cigarettes dans le MSI :**

Après concertation de l'équipe pluridisciplinaire et retour d'expérience des patients, la proposition est en faveur d'une meilleure répartition de la distribution des cigarettes sur l'ensemble de la journée, en particulier celles du soir.

Actuellement, le délai entre les temps de cigarettes est repéré comme étant trop long. Cette attente est parfois mal tolérée par les patients. Elle peut être source de frustration pour certains et entraîner une augmentation de la tension intra-psychique.

La question des cigarettes devient trop souvent un enjeu dans la relation soignant-soigné. Cette nouvelle orientation soulève des questionnements face à la gestion complexe du tabac dans le MSI :

- Pourquoi ne pas permettre aux patients de gérer de façon autonome leur tabac ou leur cigarette électronique pour les responsabiliser ? Les cigarettes pourraient être données le matin, il en est de même pour la cigarette électronique qui serait récupérée le soir.
- Le problème rencontré pour mettre en place ce dispositif est la mise à disposition d'un briquet mural dans le patio.
- Est-il pertinent de limiter leur consommation à 8 cigarettes ? Pourquoi ne pas leur laisser leur paquet comme dans le service ouvert ou leur cigarette électronique ?

La crainte est que la consommation de cigarettes augmente de façon excessive et qu'elle déborde sur le temps de la nuit. Cette dérive pourrait être évitée par la fermeture du patio la nuit, les patients n'auraient alors plus accès au briquet mural.

En l'absence de briquet mural, toutes ces questions restent en suspens et seront réinterrogées en temps utile quand le dispositif sera opérant. Dans l'attente, une réorganisation concernant la répartition des cigarettes peut tout de même se mettre en place.

⇒ **CAT** : Commander un briquet mural et modifier la répartition des cigarettes de la façon suivante :

1. Le matin après le petit déjeuner
2. Après la visite
3. Après manger
4. Après les transmissions
5. Au goûter en plus téléphone
6. À la récupération du téléphone
7. Après le repas du soir
8. Au coucher.

➔ La cigarette électronique est autorisée et donnée au patient au même moment que pour les cigarettes.

➔ Le tabac à rouler est également autorisé. À condition que le paquet soit neuf (ramené par les familles) il est demandé aux patients de rouler leur 8 cigarettes de la journée qui seront ensuite distribuées.

Quatrième séance : 19 mars 2024

Le début de la séance concerne à nouveau les retours sur les hypothèses de travail en phase d'expérimentation.

❖ **Le tabac dans le MSI :**

Dans le but d'une gestion autonome du tabac des patients hospitalisés au module de soins intensif, l'idée de la mise en place d'un briquet mural a été évoquée lors d'une précédente séance. Depuis, des devis ont été faits, et le coût s'élèverait à environ 1500€.

- ⇒ **CAT** : Incrire cet achat dans le budget investissement du pôle comme une priorité mais il est à noter que de nombreuses demandes sont déjà inscrites dans le tableau d'investissement. Autre élément à prendre en compte, celle de la temporalité de la réponse administrative.

Par ailleurs, l'équipe présente ce jour en séance fait un retour sur la répartition des cigarettes la journée (dispositif qui avait été validé en équipe et en réunion pour être mis en pratique sur le module). L'avis est mitigé, l'équipe fait état de situations complexes à gérer.

La cigarette prévue au moment du coucher engendre parfois des difficultés car elle n'est pas associée à un repère bien défini (entre ceux qui se couche plus tôt et ceux qui réclament après 22h).

- ⇒ **CAT** : Proposition d'associer ce dernier temps de cigarette au moment de la délivrance des traitements de nuit (environ 22h).

Les patients se montrent souvent impatients et impérieux. Une certaine souplesse a été accordée à la suite de la dernière séance donnant la possibilité aux personnes de répartir de façon plus autonome le nombre de cigarettes fumées sur les différents temps impartis en respectant la quantité de huit cigarettes par jour. Cependant, cette gestion, en l'absence d'un briquet mural, apparaît difficile à gérer pour les soignants et source de tensions.

- ⇒ **CAT** : Respecter les temps définis lors de la précédente séance et distribuer une seule cigarette à chaque fois pour tous les patients.

L'équipe se dit également en difficulté pour la gestion des cigarettes électroniques. Cela entraîne un nouveau questionnement sur le fait de pouvoir laisser ou non à disposition la cigarette électronique aux patients qui le souhaitent. L'équipe pointe le manque d'équité face au fumeur de tabac.

- ⇒ **CAT** : la cigarette électronique doit être utilisée comme une cigarette classique. Idem pour les cigarillos.

❖ **Chambre d'isolement : différencier le temps du petit déjeuner de l'entretien médical et ajouter un passage de l'équipe après les transmissions :**

Le retour de l'équipe ce jour est positif. Les soignants se disent satisfaits de ce nouveau dispositif. La distribution du petit déjeuner en isolement à la suite de celui du module permet au patient de le prendre plus tôt. Cela engendre moins de frustration de la part de ce dernier notamment au cours des entretiens médicaux. Cette appréciation est également relevée par le corps médical.

Pour le passage de 14h, après les transmissions, le dispositif n'a pas pu être évalué de façon optimale. À travers le cas concret et récent d'une patiente hospitalisée en chambre d'isolement, les soignants pointent le fait que ce dispositif peut être difficile à tenir en fonction de l'état clinique de la personne (ex : si elle dort ou au contraire apparaît agressive). Au-delà de cette explication, ce passage semble malgré tout plus compliqué à investir par l'équipe.

Pourtant, ce rituel du passage après les transmissions au module ainsi que dans le service ouvert se pratique de façon systématique, alors pourquoi ne pourrait-il pas en être autant avec l'espace d'isolement ?

Nous questionnons la raison pour laquelle ce temps peut être plus complexe à inclure dans les pratiques : l'hypothèse est que ce temps n'est associé à aucune tâche à proprement parler. De fait, il ne prend pas vraiment sens.

Nous rappelons la nécessité de pouvoir évaluer et répondre aux demandes et besoins du patient (hydratation, entretiens, etc.) en personne, et non pas à travers les vitres. Il faut s'imaginer qu'entre le temps du repas et celui de 16h, il n'y a aucune interaction physique et sociale.

Par ailleurs, la symbolique de se rendre auprès du patient pour lui demander s'il a besoin de quelque chose ou lui proposer un entretien est tout à fait différente que de répondre à ses sollicitations. Le patient se sent

pris en compte et entendu dans ses besoins. Dans cette perspective, l'instauration d'une alliance thérapeutique est plus aisée.

- ⇒ **CAT** : poursuivre ce passage supplémentaire après les transmissions -> vers 14h environ. À noter que l'horaire de ce passage peut être adapté en fonction de la clinique du patient.

Les autres thèmes abordés durant la séance sont les suivants :

❖ **La proposition de l'intervention du psychologue en chambre d'isolement :**

La proposition émane du psychologue pour les patients qui feraient la demande d'un entretien psychologique. Il questionne la possibilité d'intervenir seul dans la chambre pour plus de cohérence par rapport à la notion de confidentialité. Les soignants resteraient en arrière-plan dans le sas.

Un lien est fait avec un article lu dans l'une des revues Santé Mentale. Il précise que certains établissements proposent l'intervention du psychologue dès la chambre d'isolement ainsi que des activités thérapeutiques spécifiques ajustées à la situation.

Le psychologue explique que cette proposition pourrait concerner les patients identifiés par les équipes, connus du service, faisant partie de la patientèle. En sachant que ce dispositif serait à évaluer par l'équipe soignante.

❖ **La proposition de l'intervention de la médiatrice de santé pair (MSP) en chambre d'isolement :**

En écho aux propos du psychologue, la MSP envisage la possibilité d'intervenir de façon précoce auprès des patients. Dans cette démarche, elle s'appuie sur le partage expérientiel de l'isolement. Elle l'envisage auprès de patients qu'elle aurait déjà rencontrés lors d'une précédente hospitalisation ou bien connus et identifiés par l'équipe. Là encore, son intervention serait à évaluer selon l'état clinique du patient.

❖ **La consommation de tabac en chambre d'isolement :**

L'équipe pointe sa difficulté et sa frustration de ne pas pouvoir répondre à cette demande auprès des patients. Actuellement, des substituts nicotiques sont proposés au patient (gomme, patch, etc.) mais cette réponse n'apparaît pas toujours satisfaisante. Rappel également de la difficulté structurelle du service qui demande à trouver des alternatives et des organisations d'équipes.

- ⇒ **Proposition pour la 101** : accompagner le patient dans le patio du MSI pour qu'il fume sur un temps identifié. Cette démarche permettrait aussi de faire le lien avec ce lieu qui est souvent l'étape suivant la mesure d'isolement. Elle peut être comparée aux actions proposées dans le MSI avant que les personnes ne passent dans le service ouvert (ex : les repas thérapeutiques, les cigarettes prises dans le patio, ou les activités thérapeutiques).

- ⇒ **Proposition pour la 102** : permettre au patient de fumer par la fenêtre puisqu'elle donne directement sur l'extérieur.

- ⇒ Dans tous les cas, il est important de questionner la consommation de tabac à l'entrée du patient, connaître ses habitudes pour tenter de limiter les frustrations.

❖ **L'accès aux affaires d'hygiène personnelles en chambre d'isolement :**

Un point est soulevé sur le fait de pouvoir accorder au patient le fait d'avoir son gel douche, sa brosse à dent, son dentifrice, etc... plutôt que les produits fournis par l'hôpital.

L'équipe est encouragée à pouvoir être force de propositions et d'initiatives face à ces demandes personnalisées. À partir du moment où la demande se justifie, le médecin se fiera à l'évaluation et la requête de l'équipe, ceci afin de faire évoluer les pratiques et par là-même le confort du patient. L'équipe est quotidiennement auprès du patient, elle est légitime dans ses observations et ses évaluations. Les soignants sont engagés à prendre confiance dans leur expertise.

Les thèmes abordés restent à ce jour en discussion et feront l'objet d'un échange en équipe pluridisciplinaire lors d'une réunion clinique afin de valider ou non la possibilité d'une expérimentation.

Cinquième séance : 23 avril 2024

Les thèmes abordés ce jour concernent la tenue vestimentaire des patients dans le MSI, l'accès à leurs affaires personnelles, la nourriture et les boissons. L'équipe relève des incohérences dans le fonctionnement actuel et souhaite redonner du sens dans les pratiques.

Un autre sujet est également évoqué, celui de l'installation des patients dans l'espace d'isolement.

❖ **Tenue vestimentaire et accès aux affaires personnelles dans le MSI : plusieurs questions se posent**

- Quel sens est donné au retrait des lacets dans cet espace de soins ?

Historiquement, il a été décidé de les retirer dans l'idée de réduire le risque de fugue. Or la réalité du terrain nous montre que le port de chaussures avec ou sans lacets ne paraît pas être un élément dissuasif pour la personne présentant des vellétés de fugue.

Par contre, certains patients assimilent ce procédé à un marqueur d'expérience carcérale, d'autres lui confèrent un caractère punitif. En ce sens, il apparaît difficile pour les soignants de porter un discours qui s'inscrit dans le soin face à des patients qui sont dans ce ressenti.

Par ailleurs, les patients soulignent une perte de dignité à travers cette pratique. Ce sentiment apparaît partagé par certains soignants, notamment quand le patient se rend dans le service ouvert pour le repas thérapeutique, des activités ou des entretiens.

- Faut-il retirer les cordons présents sur les vêtements ?

La question est posée dans les mêmes termes que pour le retrait ou non des lacets.

- Pourquoi ne pas laisser le placard ouvert dans les chambres ?

Dans la pratique, la fermeture du placard dans les chambres est en lien avec une préoccupation sécuritaire et un but de contenance, notamment pour réguler l'accès aux chaussures et aux effets personnels. Cependant, à travers les échanges entre les professionnels présents lors de cette séance, le sens de cette démarche peine à être réellement justifiée. D'autant que lors de l'inventaire réalisé à l'admission du patient, les objets dangereux ou illicites sont retirés ou stockés dans le bureau de soins.

⇒ **CAT** : au regard de la réflexion collective menée, voici les expérimentations que nous avons choisi de tester :

- ➔ À l'admission d'un patient en MSI, celui-ci doit se mettre en pyjama et les soignants procèdent à un inventaire rigoureux. Les affaires du patient sont rangées dans son placard fermé à clé. Les objets en verre ou dangereux sont stockés dans le bureau de soins.
- ➔ Observation clinique du patient pendant 24h. À l'issue de cette période et après évaluation soignante, **en l'absence de vellétés suicidaire**, le patient peut avoir accès à ses affaires personnelles, y compris ses chaussures avec les lacets, à disposition dans son placard qui restera désormais ouvert. Les cordons des vêtements ne sont plus retirés. **En cas de risque suicidaire**, les consignes sont réajustées individuellement (fermeture du placard et maintien du pyjama avec surchaussures)

❖ **Nourriture et boissons dans le MSI :**

De façon régulière, les patients hospitalisés dans le MSI demandent à avoir accès à des denrées personnelles (gâteaux secs, boissons...), en plus des repas et de la collation de 16h servis dans le cadre de l'hospitalisation.

Rappelons également que chez certains patients la nourriture vient prendre une fonction par rapport à une sensation de vide interne et d'angoisse.

Cette thématique soulève des questionnements de la part des professionnels :

- Faut-il laisser la possibilité aux patients de bénéficier de denrées personnelles à la condition qu'elles ne soient pas périssables ?

- Si certaines personnes ont des denrées personnelles apportées par leurs proches et pas d'autres, cette disparité ne va-t-elle pas être source de tensions entre les patients ?
- N'y aurait-il pas des risques de fausses routes ?

⇒ **CAT :**

- ➔ Évaluation quotidienne des troubles de la déglutition. Pour pouvoir tracer cette évaluation une demande auprès du service informatique va être faite pour intégrer ce nouvel item dans la grille de saisie dans USV2
En l'absence de troubles de la déglutition repérés, les patients auront la possibilité d'avoir un paquet de gâteaux ou autre denrées non périssables accessibles dans leur placard en quantité raisonnable pour une question d'équilibre alimentaire.
- ➔ Concernant les boissons : les proches peuvent ramener des bouteilles d'eau. Les autres boissons sont interdites. Si le patient souhaite une boisson sucrée, il peut en acheter une au niveau de la cafétéria dans le service ouvert. Si le patient ne la consomme pas directement à la cafétéria dans le cadre d'une sortie accompagnée, elle lui sera servie dans un gobelet dans le MSI.

❖ **Installation des patients dans l'espace d'isolement :**

Le recueil de l'expérience des patients nous amène à réfléchir à la manière d'améliorer l'accueil du patient et sa prise en soins dans cet espace. L'expérimentation en cours des deux passages supplémentaires auprès du patient en isolement s'inscrit dans cette dynamique. Mais d'autres éléments posent encore question.

L'équipe repère que l'installation du patient directement sur le matelas du lit n'est pas confortable. L'absence de draps est mise en lien avec un argument sécuritaire et protecteur pour le patient. Mais en l'absence de velléités suicidaires, ce dispositif se justifie-t-il réellement ?

Concernant les repas, le patient ne bénéficie pas de boisson chaude à la fin du déjeuner et le pain se trouve systématiquement remplacé par des biscottes. Les patients critiquent régulièrement cette pratique qui n'apparaît pas toujours justifiée.

⇒ **CAT :**

- ➔ Profiter du passage de l'équipe auprès du patient après les transmissions pour lui proposer une boisson chaude
- ➔ **En l'absence de troubles de la déglutition**, les biscottes peuvent être remplacées par un morceau de pain
- ➔ Le lit sera désormais dressé avec un drap housse, des draps, une couverture classique ainsi qu'un oreiller. Ces consignes sont à adapter de façon individualisée au regard de l'état clinique du patient. **En cas de risque suicidaire ou contre-indication médicale** les draps, la couverture et l'oreiller seront retirés.

Ces changements dans nos pratiques ont vocation à sortir de cette tension entre un règlement qui voudrait tout régir et sécuriser mais qui tend à devenir coercitif pour limiter au maximum le risque et la prise en compte de la singularité de la personne. Nos pratiques soignantes doivent se recentrer et s'appuyer sur l'évaluation clinique.

En parallèle des actions de communication, de formation et d'accompagnement pour conduire mon projet managérial, j'ai entrepris le renouvellement du mobilier dans le MSI et dans les espaces d'isolement.

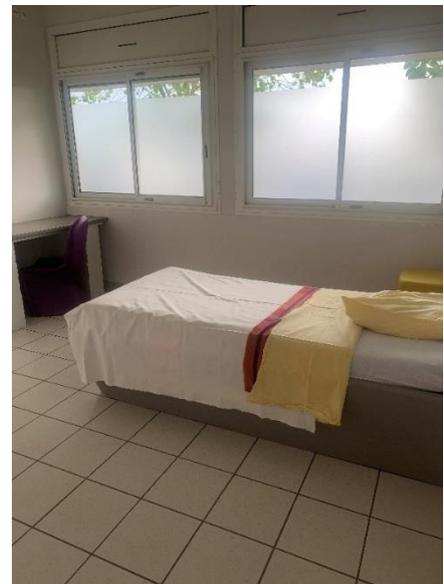
✚ Réaménagement du MSI et des espaces d'isolement :

Le mobilier présent dans ces espaces apparaît vétuste, abîmé et inadapté au regard du profil des patients hospitalisés dans ces espaces fermés. En l'état, il interroge sur un plan sécuritaire mais également humain.

Afin de repenser notre aménagement et répondre non seulement aux besoins des patients mais aussi aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, je me suis appuyée sur un travail de prospection auprès d'autres établissements. J'ai également démarché des entreprises spécialisées dans la production et la vente de mobilier adapté pour les espaces de soins sécurisés fermés. Avec un échantillon représentatif de l'équipe pluridisciplinaire (cadre de pôle, psychiatre, aide-soignant, ergothérapeute et CDS), nous nous sommes rendus à un showroom pour faire du repérage et choisir le matériel que nous considérons comme répondant le mieux à nos attentes.

Avec l'appui du trio de pôle, nous avons pu négocier auprès du DAF le financement échelonné d'une partie du mobilier dont nous souhaitons faire l'acquisition pour le MSI et les espaces d'isolement. Ces premiers investissements se sont réalisés en deux phases.

- En décembre 2022 : l'ensemble des lits ont été renouvelés, des tables de chevet ont été ajoutées et les chaises dans chaque chambre ont été changées. La table et les chaises pour le repas thérapeutique ont été remplacées.



- En février 2024 : un coin détente dans le couloir a été aménagé avec l'achat d'un canapé et d'un fauteuil et le patio extérieur a été réaménagé.



Le retour des patients sur ces nouveaux aménagements est sans équivoque. Ils soulignent l'amélioration de l'environnement et l'impact sur leurs conditions d'hospitalisation. Le personnel soignant est tout aussi enthousiaste considérant que ces changements humanisent les lieux et permettent d'accueillir les patients de façon plus respectueuse et participent au bien-être des patients.

3.3.6 Points forts et limites de la démarche projet

Les points forts favorisant cette dynamique réflexive tiennent non seulement de l'engagement des soignants mais également de celui des psychiatres et de l'encadrement. Ce changement bien que bousculant les pratiques et les esprits, apparaît soutenu collectivement. Et pourtant, les avis se révèlent parfois assez divergents, partagés entre des visions conservatrices et des élans innovants, notamment au sein du corps médical. En dépit de ces divergences, le ciment de cette entreprise collective tient selon moi à la reconnaissance et à la confiance mutuelle, en premier lieu dans le binôme cadre-médecins.

Pour le psychiatre co-commanditaire de mon projet managérial, son soutien et son engagement se traduisent par sa présence quasi-systématique sur une partie des groupes de travail. Malgré un planning très chargé, il a accepté de participer activement à cette réflexion et d'inscrire ce rendez-vous dans son agenda. Nous nous sommes accordés sur la symbolique forte que représentait sa participation lors de ces temps. Il participe aux échanges et partage son point de vue sur les idées formulées. L'idée n'est pas d'imposer sa vision médicale et de prendre l'ascendant mais bien de s'inscrire dans une dynamique de co-construction pluridisciplinaire.

Le positionnement de l'autre psychiatre, qui est également le médecin référent du service de psychiatrie générale, apparaît différent. Il se révèle plus conservateur dans sa vision du soin. Il ne participe pas aux groupes de travail et porte un regard plus critique sur cette approche novatrice des soins sans consentement. À l'issue de chaque séance, je prends le soin de communiquer avec lui les expérimentations proposées. Bien que dubitatif par rapport à certaines évolutions imaginées, il écoute avec attention les arguments de l'équipe pour justifier leurs hypothèses de travail. Il me partage son point de vue et ses réserves éventuelles. Pour autant, il valide de façon quasi-systématique les expérimentations que nous souhaitons réaliser. Un lien de confiance s'est instauré avec son collègue médecin et moi-même au fil des années. Cette confiance partagée apparaît comme le socle de notre tandem médecins-cadres. En définitif, elle explique certainement pourquoi le psychiatre référent de l'unité nous laisse carte blanche et valorise notre démarche d'ouverture.

Dans cette perspective, je constate que le positionnement ajusté du binôme médico-cadre favorise la motivation des professionnels qui se sentent reconnus et légitimés dans leurs propositions.

La cadre supérieure de pôle se montre également soutenante, à travers son écoute et son accompagnement aux différentes étapes de la mise en œuvre de mon projet. Elle encourage mes initiatives et valorise les actions que j'entreprends à travers une communication positive auprès des professionnels du pôle mais également auprès de la ligne hiérarchique. Elle facilite la gestion des ressources humaines mais aussi matérielles en se faisant le relais des besoins inhérents à la concrétisation de mon projet auprès de l'équipe de direction, notamment la DSI et le DAF.

À ce stade du projet, cinq groupes se sont déroulés depuis leur instauration. Ils ont permis de faire évoluer les pratiques soignantes sur plusieurs points et d'améliorer la prise en soins des patients. Malgré tout, la mise en œuvre sur le terrain de ces changements n'est pas sans difficulté. Certaines habitudes de travail apparaissent très ancrées. Bien qu'elles ne satisfassent pas leurs auteurs, elles sont maîtrisées. En changer demande de l'énergie et entraîne ponctuellement de l'inconfort. Par conséquent la tentation d'invalider les hypothèses dès les premiers essais est parfois grande. Afin de contrer ce phénomène et maintenir l'effort collectif, la communication avec les professionnels engagés dans ce changement de pratiques s'avère essentielle. Je rappelle régulièrement le contexte d'émergence de ce projet à l'équipe. Je leur remémore leur implication dans ce désir de faire évoluer les pratiques de soins au bénéfice des patients. Je redonne la vision et le sens pour entretenir la motivation. Je fais en sorte également que les différents professionnels ayant participé aux groupes se fassent le relai de cette communication. La même information délivrée par l'encadrement ou par ses pairs a souvent une portée différente.

3.3.7 Indicateurs de suivi

« Un indicateur est un paramètre ou une combinaison de paramètres qui représente l'état ou l'évolution d'un système, il est choisi en fonction des leviers d'action qui seront utilisés pour prendre d'éventuelles mesures correctives et donc en fonction de décisions à prendre dans le futur⁴¹ ».

Renseignés dans un tableau de bord (TDB), les indicateurs permettent d'objectiver certaines données pour rendre compte de l'activité, orienter la stratégie et piloter l'organisation.

En ce sens, cette méthode paraît une solution adaptée pour mesurer l'impact des actions menées dans le cadre de mon projet managérial. Pour permettre de suivre l'activité avec justesse et opérer des réajustements, le choix des indicateurs est important. Pour être signifiants et servir l'amélioration de l'organisation, ceux-ci doivent être fiables, ciblés, évolutifs et accessibles. Leur pertinence au regard des objectifs fixés et des résultats attendus doit être claire pour les professionnels impliqués. Dans cette perspective, il est intéressant qu'ils fassent l'objet d'une réflexion collective et d'une co-construction entre les différents acteurs concernés. La création d'une dynamique d'équipe dans cette démarche est gage de sens et de motivation.

Dans le cadre de mon projet managérial, il sera pertinent de s'intéresser aux suivi des indicateurs que sont :

- Le nombre de contentions mécaniques et leur durée moyenne
- Le nombre de séjours en isolement et leur durée moyenne
- Le nombre de séjours dans le MSI et leur durée moyenne
- Le nombre de déclarations d'évènements indésirables des professionnels par rapport à la survenue de faits de violence de la part des patients
- Le nombre d'accidents de travail en lien avec la gestion de situations d'agressivité ou encore de faits de violence de la part des patients

Nos actions se révéleront positives et constructives si une baisse significative de ces indicateurs est constatée au fil des mois et des années à venir.

Les questionnaires de retour d'expérience des patients sur leur vécu concernant la contention, l'isolement et le MSI seront également une source intéressante pour évaluer les retentissements des actions mises en œuvre. Il en est de même des réunions soignants-soignés hebdomadaires. Effectivement, ces sources permettent de témoigner des progressions ou au contraire des points à améliorer par rapport au changement dans les pratiques de soins. Elles mettent en lumière le degré de satisfaction des patients.

3.4 Perspectives

Le changement de culture dans l'approche des soins s'avère être une étape essentielle dans la concrétisation de mon projet managérial. Elle pose les bases d'une ouverture vers des alternatives de soins plus respectueuses des droits des patients. En venant réinterroger les pratiques, ce nouveau paradigme permet de recentrer les professionnels sur la clinique et de redonner du sens à la façon dont les soins sont dispensés.

Il ouvre la voie et pose les jalons pour entreprendre la seconde phase du projet, à savoir les modifications architecturales. Celles-ci vont se penser et s'élaborer à partir de la réflexion collective. Elles vont pouvoir s'adapter pour servir les objectifs recherchés et permettre l'amélioration et la sécurisation des soins et non l'inverse.

La restructuration des espaces d'isolement s'inscrit dans cette dynamique. Avant d'entreprendre cette réflexion collective sur les lieux de privation de liberté, nous envisageons une remise aux normes de ces espaces en nous appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Cependant, le benchmarking, les lectures sur la question de la gestion des situations de violence et les expériences des professionnels dans d'autres établissements de santé ont engagé l'équipe à repenser de façon différente les dispositifs existants au sein de notre unité de soins. Ces différentes sources s'accordent sur l'intérêt de créer des espaces d'apaisement. Effectivement, ils sont repérés comme un outil intéressant permettant d'apporter une réponse graduée aux patients nécessitant une contenance. La HAS définit l'espace d'apaisement comme « un espace dédié (souvent, une pièce) spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et

⁴¹ Définition d'un tableau de bord. Dans Farnault P., rédacteur : Tableau de bord du cadre de proximité. Un outil de gestion et d'aide à la performance. Master 1 2022-2023.

de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (autoagressifs ou hétéroagressifs). Les patients accèdent à cet espace de manière volontaire. L'accès à cet espace est libre, dans le respect du cadre défini pour son utilisation⁴² ».

Dans cette perspective, les espaces d'isolement au sein du service pourraient s'envisager comme des lieux évolutifs incluant la possibilité de proposer un temps d'apaisement pour les personnes sur leur demande. Cette dimension participative du patient dans la gestion de sa tension interne renvoie à la notion de consentement. Elle rend le patient acteur de sa prise en charge et favorise l'alliance thérapeutique.

Au-delà des évolutions architecturales, l'effort doit se poursuivre sur la formation des professionnels. En favorisant le développement de nouvelles compétences, elle permet une meilleure évaluation de la clinique du patient. Plus assurés dans leurs pratiques les soignants pourront accueillir plus sereinement les moments d'imprévisibilité. Ainsi, le recours strict à la règle, au risque d'une perte de sens dans les actions entreprises, n'apparaîtra plus comme systématique. Les professionnels seront plus à même de s'ajuster face à la singularité des situations de travail rencontrées. Cette émancipation renvoie à la notion d'autonomie.

L'autonomie est issue du mot d'origine grecque « *Autonomos* » signifiant « *qui se régit par ses propres lois⁴³* ». En psychologie, ce terme se définit comme étant « *le processus par lequel un homme ou un groupe d'hommes, acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales* ». Cette notion apparaît comme un véritable ressort pour l'équipe, tant psychologique que fonctionnel. L'autonomie professionnelle, en ce sens où elle permet à l'équipe de prendre des initiatives et faire des choix au regard de son expertise, la rend actrice et la responsabilise. Dans un cadre, certes prédéfini comme l'hôpital, la liberté d'action que sous-entend ce concept demeure très règlementé. Pour autant, elle ne doit pas être empêchée mais plutôt accompagnée et valorisée. Selon moi, elle est une concrétisation de la fameuse montée en compétence tant proclamée dans les missions de l'encadrement. Subtilement dosée sous l'œil avisé de ce dernier, l'autonomie reflète l'engagement de l'équipe et se révèle source de motivation et d'épanouissement professionnel pour les individus au travail.

En complément de la formation pour les professionnels, il me semble important également de réfléchir à la qualité de vie au travail (QVT). Le service de psychiatrie générale est traversé par des moments éprouvants pour les soignants qui se trouvent confrontés à la gestion de situations de crises psychiques de la part des patients. L'agressivité et la violence viennent parfois ponctuer, voire même effracter la relation de soins. La récurrence de ces « attaques » psychiques ou même physiques peut fragiliser les professionnels et se répercuter dans leur posture professionnelle et leur façon d'investir leur fonction soignante.

Dans cette perspective, il m'apparaît essentiel de veiller à la préservation d'un équilibre pour les professionnels afin de leur permettre de supporter les périodes d'agitation et de maintenir leur motivation. En ce sens, des parenthèses durant lesquelles ils pourraient se recentrer sur eux et se ressourcer pourraient favoriser l'extériorisation de leurs propres tensions internes et leur apporter un moment de détente. Pour répondre à cela, un mouvement commence à s'instaurer au sein de l'équipe. Il consiste à exploiter les compétences spécifiques acquises par le personnel lors de formations, au bénéfice de l'équipe. Ainsi, des temps individualisés sont proposés aux soignants autour de la notion de bien-être (ex : massage assis, relaxation, méditation pleine conscience, sophrologie). À ce jour, ces initiatives se réalisent de façon spontanée sans réelle formalisation. Elles mériteraient de se structurer et de se démocratiser. Leur inscription dans le projet de service comme un axe privilégié pour favoriser la QVT servirait le bien-être des professionnels et in fine celui des patients.

⁴² [outil_06_espace_apaisement.pdf \(has-sante.fr\)](#)

⁴³ Warchol N. Autonomie dans Les concepts en sciences infirmières, 2012 ; p 87-89.

Conclusion

La réalisation de mon projet managérial en est à sa phase initiale, celle de l'accompagnement des professionnels vers un changement de culture dans l'abord des soins sans consentement. Il me semble qu'elle détient en elle le substrat essentiel et nécessaire pour parvenir à une innovation dans les pratiques soignantes.

Un changement ne se décrète pas, quand bien même il est porté par des valeurs professionnelles fortes et des convictions éthiques profondes. Il est par essence générateur de bouleversements dans la dynamique d'une équipe. Il vient déstabiliser l'équilibre en place et occasionne l'expression de résistances chez les professionnels.

Si la littérature témoigne bien de cette dimension, mon expérience en tant que chef de projet n'a fait que renforcer la véracité de mes apports théoriques, qu'ils soient issus de lectures ou bien des enseignements dispensés tout au long de cette année de Master 2.

Les méthodes et outils auxquels nous avons été initiés durant notre formation se sont révélés comme une véritable ressource. La notion de leadership a pris tout son sens à travers les compétences qu'il m'a fallu déployer pour conduire ce projet. Les capacités d'influence, de vision et d'entraînement décrites par de nombreux auteurs pour caractériser ce qui fait l'autorité d'un leader sont devenues une évidence. À travers cette expérience, je comprends l'importance de ma posture managériale et de mon positionnement pour réussir cette entreprise. La persévérance me semble également une qualité requise car le changement requiert du temps et ses effets demandent à être entretenus sans relâche pour qu'ils puissent s'imprimer de façon pérenne au sein de l'organisation.

Certaines notions, en particulier la synergie du tandem médecin-cadre ou encore la performance de l'intelligence collective ont aussi pris toute leur valeur au fur et à mesure de l'avancée de mon projet. Et bien-sûr la confiance réciproque entre l'ensemble des acteurs impliqués et la communication sont apparus comme des points clés et une véritable ressource dans la réussite des différentes étapes franchies jusqu'à aujourd'hui.

La conduite de ce projet a rendu concrets les enjeux qu'implique cette démarche. J'ai pris la mesure du rôle qu'est celui du chef de projet et par extension de l'encadrement dans l'accompagnement d'une équipe vers le changement. Elle m'a permis de renforcer mon assise professionnelle et de poser les jalons pour endosser demain des fonctions supérieures au niveau managérial.

La mise en œuvre de la seconde étape qui concerne les évolutions architecturales va venir compléter la transformation plus globale imaginée. Elle viendra finir de concrétiser la réflexion collective menée. Par ailleurs, à travers elle, je vais pouvoir expérimenter les autres facettes des missions du chef de projet. Une phase de négociation auprès des membres de la direction va s'ouvrir pour obtenir les moyens nécessaires pour l'aboutissement de mon projet. Tout l'enjeu sera de trouver une voie consensuelle satisfaisante pour chacune des parties sans dénaturer le projet initial.

Bibliographie

Livres :

Bellahsen M. Abolir la contention. Sortir de la culture de l'entrave. Éditions Libertania, 2023.

Dupuy F. On ne change pas les entreprises par décret. Lost in management 3. Editions du Seuil, 2020 Oct. ; 227 p.

Chapitres de livres :

Arnaud B, Caruso Cahn S. Outil 48 - La learning expedition. Dans : Arnaud B, Caruso Cahn S. La boîte à outils de l'intelligence collective. Paris : Dunod, 2021 ; p 134-135.

Autissier D, Vandangeon-Derumez I, Vas, A. (2018). Chapitre 15. Kurt Lewin. Dans : Autissier D, Vandangeon-Derumez I, Vas A (Dir). Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs. Paris : Dunod, 2018 ; p 147-155. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01.0147>

Daubier M, Daubier S. Outil 22. Le cycle du changement. Dans : M. Daubier M, Daubier S (Dir), Pro en Agilité. Paris : Vuibert, 2022 ; p 70-71.

Devallard O. Ce qui fait « équipe ». In : Dynamiques d'équipes, 3^{ème} Edition, Éditions d'Organisation, 2005 Fév. ; p 3-44.

Dortier JF. Travail : la créativité cachée. In : Travail, guide de survie. Éditions Sciences Humaines, « Essais », 2017 ; p 34-40. Disponible sur : <https://www.cairn.info/travail-guide-de-survie--9782361063702.htm>

Picard D, Marc E. La communication au cœur du système. In: Dominique Picard éd., L'École de Palo Alto. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. 2013 ; p 58-76.

Articles :

Autissier, D, Metais-Wiersch, E. Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 2018 Fév., n°21 ; p 45-54. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/qdm.182.0045>

Autissier, D, Moutot, J. (2015). De la conduite du changement instrumentalisée au changement agile. Question(s) de management, 2015 Fév., n°10 ; p 37-44. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/qdm.152.0037>

Bantman P. La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ? L'information psychiatrique, 2010 Avril, vol 86 ; p 293-297. Disponible sur : <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0619>

Carroy J, Ohayon A et Plas R. Histoire de la Psychiatrie en France. Grands repères, La Découverte, 2006 ; p 21.

Couturier, L. L'enfermement des aliénés : l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin, 1835-1860) et la loi de 1838. Revue d'histoire de la protection sociale, 2014 Janv., n°7 ; p 58-79. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/rhps.007.0058>

Dejours C. La coopération permet de transformer le travail. Santé & Travail, 2015 Avril. n°90 ; p 58.

Dumont A, Terra J. La contrainte physique pour répondre à la crise : règles, usages et réflexions. Pratiques en santé mentale, 2014 Avril, n°60 ; p 11-16. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/psm.144.0011>

Friard D. Dossier. Isolement et contention : Faire autrement ? Santé Mentale, 2021 Sept. n°260 ; p 29-33.

Le Meur S. L'enjeu de la communication du cadre de santé au sein d'une équipe. Soins cadres, 2011 Mai, n°78 ; p 52-54.

Monnier A, Touroude R. Isolement et contention : des pratiques qui doivent être réinterrogées. Le point de vue de l'Unafam. L'information psychiatrique, 2017 Juil., n°93 ; p 575-578. Disponible sur : [Isolement et contention : des pratiques qui doivent être réinterrogées. Le point de vue de l'Unafam | Cairn.info](https://www.cairn.info/isolement-et-contention-des-pratiques-qui-doivent-etre-reinterrogees-le-point-de-vue-de-l-unafam)

Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. Journal français de psychiatrie, 2010 Mars, n°38, p 12-15. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/jfp.038.0012>

Riou G, Le Roux F. L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. VST - Vie sociale et traitements, 2017 Mars, n° 135 ; p 104-110. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>

Vassal O. Que change le changement ? L'Expansion Management Review, 2007 Janv., n°124 ; p 96-103. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/emr.124.0096>

Livre numérique :

Dr Radu Lefebvre M. Le rôle modérateur du leader dans l'émergence et la mise en œuvre de compétences collectives : impacts sur la performance des équipes. Introduction. In : Cristol D, Laizé C, Radu Lefebvre M. Leadership et Management : être leader, ça s'apprend ! Collection Méthodes & Recherches/management. 1^{ère} édition. De Boeck, 2018 Mai ; p 4/17.

Documents extrait d'un site internet :

Affep. Nouvelle loi isolement et contention : que faut-il savoir ? [Consulté le 18 janvier 2024]. Disponible sur : [Nouvelle loi isolement et contentions : que faut-il savoir ? – Affep](#)

Atih. Chiffres clés. [Consulté le 7 mai 2024]. Disponible sur : [ATIH - Chiffres clés \(scansante.fr\)](#)

Cnle. Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste ». [Consulté le 13 janvier 2024]. Disponible sur : [Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste » - Le site du CNLE](#)

Dalloz Actu Etudiant. Conseil Constitutionnel – Décision n°2011-135/140 du 09 juin 2011. [Consulté le 17 janvier 2024]. Disponible sur : [Conseil Constitutionnel - Décision n° 2011-135/140 QPC du 09 juin 2011 \(daloz-etudiant.fr\)](#)

Dalloz Actu Etudiant. Hospitalisation à la demande d'un tiers v. respect des libertés individuelles du malade mental. [Consulté le 17 janvier 2024]. Disponible sur : [DALLOZ Etudiant - Actualité: Hospitalisation à la demande d'un tiers v. respect des libertés individuelles du malade mental \(daloz-etudiant.fr\)](#)

Direction des Affaires Juridiques. Les apports de la loi du 5 juillet 2011. [Consulté le 17 janvier 2024]. Disponible sur : [Fiche-pratique-DAJ-Synthese-loi-5-juillet-2011-Les-apports-de-la-Loi-de-2011.pdf](#)

Fédération française de psychiatrie. Soins sans consentement, isolement et contention. [Consulté le 18 janvier 2024]. Disponible sur : [Soins sans consentement, isolement et contention – Fédération française de psychiatrie \(fedepsychiatrie.fr\)](#)

Fil santé jeunes. L'hôpital psychiatrique. [Consulté le 10 mai 2024]. Disponible sur : [L'hôpital psychiatrique | Fil santé jeunes \(filsantejeunes.com\)](#)

Franceinfo. Crise sanitaire : les demandes d'hospitalisation en psychiatrie en forte augmentation pour les adolescents. [Consulté le 28 avril 2024]. Disponible sur : [Crise sanitaire : les demandes d'hospitalisation en psychiatrie en forte augmentation pour les adolescents \(francetvinfo.fr\)](#)

Has. Isolement et contention en psychiatrie générale. [Consulté le 18 janvier 2024]. Disponible sur : [Haute Autorité de Santé - Isolement et contention en psychiatrie générale \(has-sante.fr\)](#)

Hospimedia. Des chercheurs se penchent sur les hôpitaux français « zéro contention » en psychiatrie. [Consulté le 4 décembre 2023]. Disponible sur : [Des chercheurs se penchent sur les hôpitaux français "zéro contention" en psychiatrie • HOSPIMEDIA](#)

Hospimedia. Des hôpitaux en Occitanie sont engagés activement pour réduire l'isolement-contention. [Consulté le 4 décembre 2023]. Disponible sur : [Des hôpitaux en Occitanie sont engagés activement pour réduire l'isolement-contention • HOSPIMEDIA](#)

Hospimedia. Le CH Valvert défend une politique fondée sur la bientraitance passant par le « zéro contention ». [Consulté le 4 décembre 2023]. Disponible sur : [Le CH Valvert défend une politique fondée sur la bientraitance passant par le "zéro contention" • HOSPIMEDIA](#)

Insee. Recensement de la population. Populations légales en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020. [Consulté le 27 avril 2024]. Disponible sur : [dep28.pdf](#)

Irdes. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. [Consulté le 17 avril 2024]. Disponible sur : [Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements \(irdes.fr\)](#)

Irdes. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. [Consulté le 6 mai 2024]. Disponible sur : [Questions d'économie de la santé 269 : Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre - Irdes](#)

Lagbd. Loi du 27 septembre 2013 sur la psychiatrie. [Consulté le 17/01/24]. Disponible sur : [Loi du 27 septembre 2013 sur la psychiatrie \(fr\) - La GBD](#)

Légifrance. Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. [Consulté le 13/01/24]. Disponible sur : [Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Légifrance. Article 17 – LOI n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique. [Consulté le 18/01/24]. Disponible sur : [Article 17 - LOI n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Manager-Go. Management et conduite du changement : enjeux et outils. [Consulté le 18 février 2024]. Disponible sur : [Management et conduite du changement : enjeux et outils \(manager-go.com\)](#)

Santé Mentale. Isolement-contention : comment privilégier les alternatives. [Consulté le 28 avril 2024]. Disponible sur : [Isolement-contention : comment privilégier les alternatives - Santé Mentale \(santementale.fr\)](#)

Santé Mentale. Troisième réforme des mesures d'isolement-contention. [Consulté le 18 février 2024]. Disponible sur : [Troisième réforme des mesures d'isolement-contention - Santé Mentale \(santementale.fr\)](#)

ScienceDirect. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. [Consulté le 8 mai 2024]. Disponible sur : [L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques - ScienceDirect](#)

[Tandem chef de service cadre de santé.pdf](#), [Consulté le 31 mars 24].

UniversityRH. Pyramide de l'apprentissage. [Consulté le 6 avril 2024]. Disponible sur : [pyramide de l'apprentissage - UniversityRH](#)

Vie publique. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, le CGLPL. [Consulté le 4 février 2024]. Disponible sur : [Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, le CGLPL | vie-publique.fr](#)

Vie publique. Libertés et droits fondamentaux : de quoi s'agit-il ? [Consulté le 3 février 2024]. Disponible sur : [Libertés et droits fondamentaux : de quoi s'agit-il ? | vie-publique.fr](#)

Images issues du Web :

Carte d'Eure et Loir. [Carte] In : Blogpost.com. Disponible sur : [carte géographique eure et loir - Recherche Images \(bing.com\)](#) (consulté le 3 mars 2024).

Pyramide de Kelsen. [Image] In : Le Politiste. Disponible sur : https://th.bing.com/th/id/OIP.63ib_agsfRNIroOeEq7MngHaDv?rs=1&pid=ImgDetMain, (consulté le 3 mars 2024).

Courbe du deuil. [Image] In : 5mconsulting.fr. Disponible sur : <https://resiliencerivesud.com/wp-content/uploads/Courbe-du-deuil-1.png>, (consulté le 3 mars 2024).

Les 8 étapes du changement de Kotter. [Image] In : Manager-go.com. Disponible sur : <https://www.manager-go.com/assets/Uploads/resampled/ResizedImageWzYwMCw1NTBd/8-etapes-changement-kotter.png>, (consulté le 12 mars 2024).

L'accessibilité aux équipements dans l'Eure et Loir. [Carte]. In Insee Flash : Disponible sur : <https://th.bing.com/th/id/OIP.d4fUz5k4GbmtAlqgXjr9ZQAAAA?rs=1&pid=ImgDetMain>, (consulté le 2 février 2024).

Notes de cours :

Changement à conduire. L'accompagnement opérationnel RH. Dans : Marchand X, rédacteur : Management RH. De la GEPP à l'organisation du travail. UPEC Université Paris-Est / Faculté de médecine / ESM Formation & Recherche en soins. Promotion 2023-2024.

Définition d'un tableau de bord. Dans Farnault P., rédacteur : Tableau de bord du cadre de proximité. Un outil de gestion et d'aide à la performance. Master 1 2022-2023.

La dimension culturelle : les croyances des auteurs. Dans : Dumond JP, rédacteur : Transformer les organisations de santé. Créteil : Université Paris-Est ; juillet 2023.

La dimension fonctionnelle : la contingence des facteurs. Dans : Dumond JP, rédacteur : Transformer les organisations de santé. Créteil : Université Paris-Est ; juillet 2023.

Reconfigurer les organisations de santé. Dans : Dumond JP, rédacteur : Transformer les organisations de santé. Créteil : Université Paris-Est ; juillet 2023.

Le travail subordonné : exécution et création. Dans : Dumond JP, rédacteur : La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et action. Créteil : UPEC / IAE Gustave Eiffel / IRG ; septembre 2019.

Table des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Fiche projet

Annexe 3 : Plan de la structure en intra-hospitalier

Annexe 4 : Article de presse

Annexe 5 : Interview de Mr B. témoignant de son expérience en isolement

Annexe 6 : Diagramme de GANTT

Annexe 7 : Questionnaire de retour d'expérience patient

Annexe 1 : Lettre de mission

	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2023-2024</p>	
<p>Désignation du projet</p>	<p>Réhabilitation d'un module de soins intensifs dans une unité de psychiatrie générale</p>	
<p>Commanditaire</p>	<p>Mme BROUTIN Nadège, cadre de pôle Dr FERRIC Olivier, psychiatre (co-commanditaire)</p>	
<p>Nom du responsable du projet</p>	<p>Mme FERJANI Barbara, Cadre de Santé du service de Psychiatrie Générale au sein du pôle de Santé Mentale Adulte du Centre Hospitalier Général de DREUX</p>	
<p>Missions du responsable de projet</p>	<p>Relancer/redynamiser la réflexion sur la prise en soins des patients au sein du module de soins intensifs</p> <p>Constituer un COPIL (chef de projet, cadre de pôle, médecin référent, 2 infirmiers, 2 aides-soignants, 1 ergothérapeute, 1 médiatrice santé-pair)</p> <p>Réaliser un benchmarking</p> <p>Animer des groupes de travail</p> <p>Communiquer sur l'avancée du projet dans le cadre de réunions et à travers les comptes-rendus de réunions</p> <p>Associer les représentants des usagers dans cette réflexion autour de la réorganisation des soins et de l'amélioration de la qualité des conditions d'hospitalisation</p> <p>Améliorer les conditions de travail, notamment en termes de sécurisation</p> <p>Conduire le changement dans les pratiques de soins</p> <p>Coordonner le transfert des patients dans un autre espace de soins le temps des travaux en garantissant la continuité des soins en termes de qualité et de sécurité</p> <p>Redéployer les ressources humaines au regard de l'émergence de nouveaux besoins liée à l'évolution de la prise en soins des patients dans le MSI</p> <p>Coordonner les réunions de travail concernant les travaux architecturaux</p>	
<p>Moyens alloués</p>	<p>Temps dédié au pilotage du projet : 3h hebdomadaires Budget pour les travaux : 240 000 €</p>	

PF/Master2/2023 2024



Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2023-2024



	Budget investissement annuel : 6 000 € Aide des services techniques de l'établissement
Modalités de reporting	COPIL Bureaux de pôle hebdomadaires Réunions d'équipe (fréquence à déterminer) Réunions cadres Conseil de pôle annuel Comptes-rendus de réunions La lettre d'information des affaires médicales et des ressources humaines « L'INFO RH » (service communication)
Durée	18 à 24 mois Mise en place d'un GANTT
Documents de référence	Projet établissement Projet médical Document unique Compte-rendu dernière certification 2023 Recommandations de bonne pratique HAS « Isolement et contention en psychiatrie générale » (2017) Autorisations d'exercice en santé mentale
Date : Novembre 2023	
Signature du commanditaire Docteur FERRIC Olivier Praticien Hospitalier Contractuel Secteur G04-G05 - Psychiatrie Générale Centre Hospitalier VICTOR JOUSSELIN BP 69 - 28102 DREUX CEDEX Tél : 02.37.51.53.12	Signature du responsable de projet BROUTIN Nadège Cadre de pôle Santé Mentale adulte

N° RPPS 10100031987

CENTRE HOSPITALIER DE DREUX
HOPITAL VICTOR JOUSSELIN - BP 69 - 28102 DREUX Cedex
Secteur 28G04 - Tél. 02.37.51.51.54
SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTES
Docteur Pierre PARIS - Chef de Service

Annexe 2 : Fiche projet

NOM : FERJANI Barbara

INTITULE du projet managérial : Développement d'une unité fermée nommée « module de soins intensifs » au sein d'un service de psychiatrie générale.

CONTEXTE D'EMERGENCE :

Le Centre Hospitalier Général Victor Jousselin de Dreux regroupe neuf pôles d'activités dont le pôle Santé Mentale Adulte. Celui-ci s'organise autour d'une offre de soins en intra-hospitalier, allant de l'accueil d'urgence à des soins en hospitalisation complète pour prendre en charge les patients en état de décompensation aigüe et des soins ambulatoires.

L'intra-hospitalier est composée de trois unités de soins s'appuyant chacune sur un projet médical spécifique. La psychiatrie générale est l'une d'entre elles. Ce service accueille des patients en hospitalisation libre ou en soins sans consentement. Il a un capacitaire de trente-deux lits répartis de la façon suivante :

- un service ouvert de vingt-sept lits
- une unité fermée de cinq chambres individuelles, nommée « module de soins intensifs »
- deux espaces d'isolement non considérées comme des chambres

Dans le « module de soins intensifs » sont hospitalisés des patients en décompensation psychique qui nécessitent une contenance et une surveillance plus accrues. Leur état clinique n'est pas compatible avec des soins en service ouvert. Historiquement ce module était fermable mais depuis plusieurs années force est de constater qu'il est devenu exclusivement fermé et que la durée moyenne d'hospitalisation a augmenté de façon significative.

Au sein du « module de soins intensifs », la notion de « privation occupationnelle » ainsi que l'accueil du patient dans des conditions presque « carcérales » sont repérées comme des facteurs influant sur le vécu du patient et son comportement. Les personnes hospitalisées dans cette unité sont en rupture avec la réalité et leur entourage du fait de leur symptomatologie. Certes, le déni des troubles et la dangerosité en découlant pour eux-mêmes ou pour autrui imposent une contenance et une surveillance majorées. Mais, le sentiment d'enfermement, la proximité dans un espace confiné et la faible présence soignante peuvent finir par potentialiser des attitudes inadaptées voire déviantes.

Face à ce constat, la prise en soins de ces patients fait émerger un questionnement au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui s'interroge sur la pertinence de ce dispositif en l'état. Le « module de soins intensifs », dans sa configuration actuelle, ne semble plus adapté pour garantir la qualité et la sécurité des soins pour les patients. L'offre de soins doit donc être repensée ainsi que les pratiques soignantes. Cette réalité nécessite cependant d'être soutenue par la restructuration architecturale de cet espace fermé afin qu'il se conforme aux nouvelles réglementations relatives aux soins sans consentement et aux mesures d'isolement.

Par le passé, un projet de restructuration du « module de soins intensifs » a déjà été soumis à plusieurs reprises à la direction sans pouvoir se concrétiser. Les entraves rencontrées sont essentiellement d'ordre financier. Par ailleurs le service de psychiatrie générale fait partie d'un pôle intégré dans un centre hospitalier général. Il est donc soumis aux orientations stratégiques de l'établissement et de ses priorités. Confrontée à cette réalité et contraint dans son élan de restructuration, l'équipe a dû trouver les ressorts dans une nouvelle voie. Pour cette nouvelle tentative, l'objectif a donc été de répondre à un appel à projet afin d'obtenir des fonds directement de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour soutenir financièrement ce projet. Cette stratégie a permis le financement d'un dispositif de sécurisation individuelle pour les soignants dont le déploiement s'est opéré entre 2022 et 2023. Concernant les travaux de restructuration, ils doivent être inscrits au plan d'investissement de l'établissement pour l'année 2024.

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

- Recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale
- Lois concernant la réforme des mesures d'isolement et de contention :
 - Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022
 - Instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention

- Instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie
- Documents internes à l'établissement :
 - Projet de service / Projet médical
 - Document unique
 - Rapport certification 2023

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

- Humaniser le « module de soins intensifs »
- Repenser la prise en charge des patients et l'offre de soins dans le « module de soins intensifs »
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Diminuer le temps d'hospitalisation dans le « module de soins intensifs », espace de privation de libertés
- Optimiser le parcours patient
- Améliorer les conditions de travail des professionnels
- Redonner du sens au travail
- Repenser les pratiques soignantes relatives aux mesures d'isolement et de contention en lien avec la nouvelle réglementation

ACTEURS liés PROJET :

Responsable : FERJANI Barbara

Acteurs impliqués :

- Comité de pilotage (COPIL) : chef de projet, cadre de pôle, médecin référent, 2 infirmiers, 2 aides-soignants, 1 ergothérapeute, 1 médiatrice santé-pair
- Équipe médicale et paramédicale
- Secrétaire
- Chef de service
- Directeur des affaires financières
- Directeur du patrimoine
- Agents des services techniques
- Prestataires extérieurs : architectes
- Commission des usagers (CDU)

Acteurs concernés : usagers/patients et soignants

CALENDRIER PREVISIONNEL :

La réalisation d'un diagramme de GANTT permettra de planifier et de suivre les différentes étapes dans l'avancée du projet.

MOYENS :

Ressources humaines :

- Membres du COPIL
- Équipe pluridisciplinaire
- Secrétaire
- CDU
- Agents des services techniques
- Directeur du patrimoine
- Prestataires extérieurs : architectes

Ressources financières :

- Budget pour la réalisation des travaux à hauteur de 240 000 euros
- Budget d'investissement annuel de 6 000 euros issu d'un rebasage pour la psychiatrie en 2018

Temps alloué pour mener ce projet : 3h par semaine

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Constitution d'un COPIL (chef de projet, cadre de pôle, médecin référent, 2 infirmiers, 2 aides-soignants, 1 ergothérapeute, 1 médiatrice santé-pair)
- Réalisation d'un benchmarking pour comparer nos pratiques et nos dispositifs de soins pour la prise en charge des patients en soins sans consentement avec d'autres établissements
- Mise en place de groupes de travail pluriprofessionnels
- Réunions avec les différents acteurs concernant la réalisation des travaux : directeur du patrimoine, agents des services techniques de l'hôpital, architectes

RESULTATS ATTENDUS :

- Évaluation plus précoce et pertinente de l'état clinique du patient
- Favorisation de l'alliance thérapeutique
- Amélioration des conditions d'hospitalisation
- Apaisement des tensions intra-psychiques
- Augmentation de la présence soignante auprès des patients
- Proposition d'activités thérapeutiques
- Fluidification du parcours patient avec un passage plus rapide en service ouvert
- Diminution du recours à l'isolement et la contention
- Sécurisation des professionnels

VALIDATION :

La validation des différentes étapes du projet se fera au cours de différentes instances et réunions :

- Commission médicale d'établissement
- Bureau de pôle
- Réunions cadres

CRITERES D'EVALUATION

L'évaluation portera le suivi d'indicateurs :

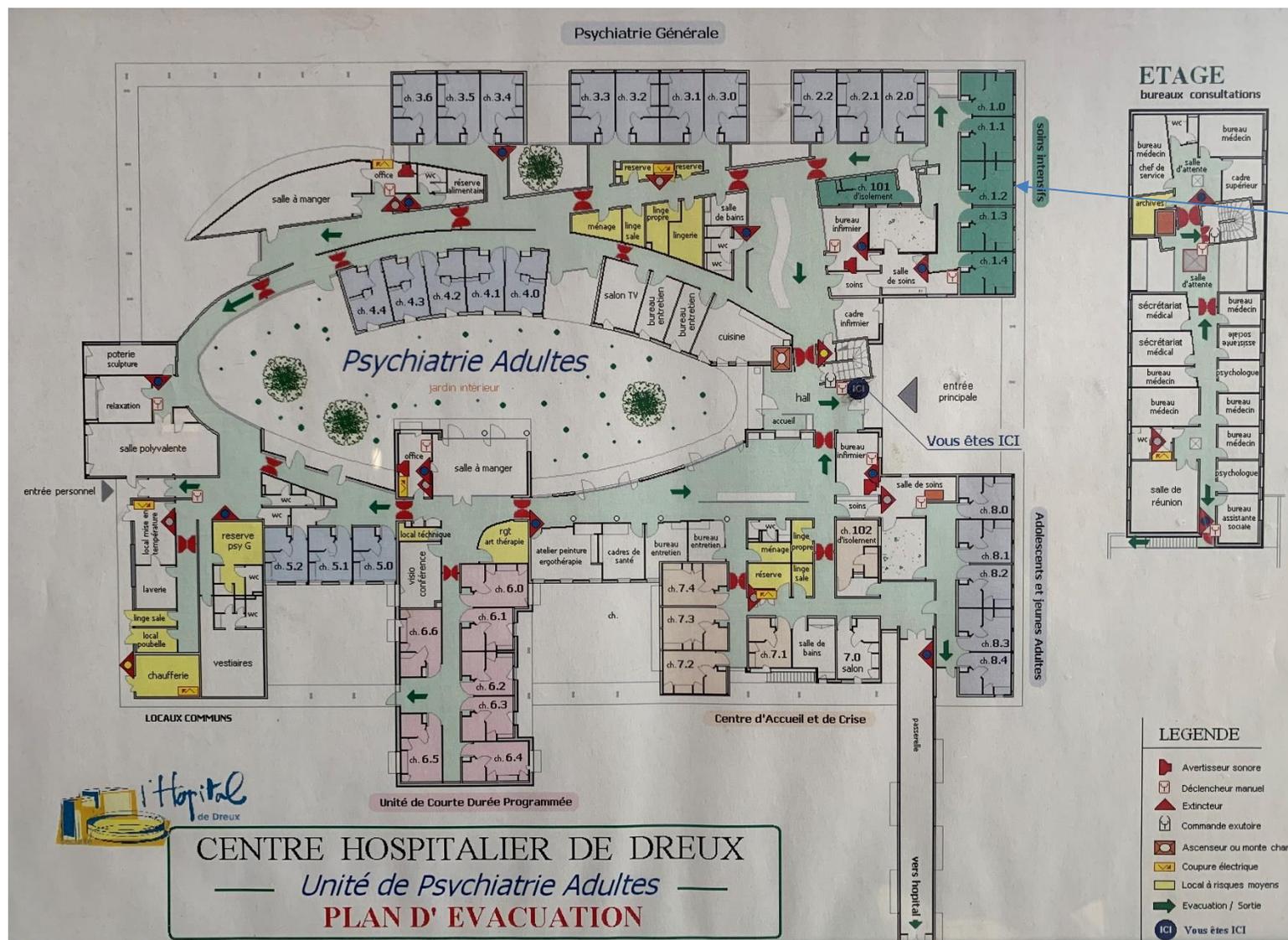
- Durée moyenne de séjour dans le « module de soins intensifs »
- Nombre de séjours
- Taux d'occupation dans cet espace
- Nombre de mesures d'isolement et de contention
- Feuilles d'évènements indésirables
- Retour des usagers sur leur vécu par rapport à leur passage dans le « module de soins intensifs » et/ou l'espace d'isolement à travers les formulaires post isolement et « module de soins intensifs »

REFERENCES UNIVERSITAIRES

- [Troisième réforme des mesures d'isolement-contention - Santé Mentale \(santementale.fr\)](http://santementale.fr)
- [Des chercheurs se penchent sur les hôpitaux français "zéro contention" en psychiatrie • HOSPIMEDIA](#)
- [Le CH Valvert défend une politique fondée sur la bienveillance passant par le "zéro contention" • HOSPIMEDIA](#)
- [Isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale-Recommandations-de-bonne-pratique.pdf](#)

Cette bibliographie sera agrémentée au décours des différentes lectures d'articles et d'ouvrages concernant le sujet du projet managérial.

Annexe 3 : Plan de la structure en intra-hospitalier



Module de soins intensifs

INSTALLER LA PSYCHIATRIE
EN HÔPITAL GÉNÉRAL

L'EXEMPLE DU NOUVEAU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE DREUX

Michel Triantafyllou, psychiatre, Dreux
Bruno Laudat, architecte, Paris
Philippe Paris, directeur, Paris

Dans tout espace social, la forme et l'activité sont inséparables : l'architecture, en ce sens, est étroitement associée à l'organisation et à la configuration spatiale des lieux destinés à la folie (et aux fous) ainsi qu'aux pratiques qui y sont exercées. Les auteurs tentent ici de décrire de façon didactique un processus de conception, du double point de vue de l'architecture et de la psychiatrie, en tenant compte de deux facteurs essentiels aujourd'hui : la nécessaire restructuration des bâtiments existants et l'évolution des pratiques soignantes qui se traduit par la création de nouvelles structures, en hôpital général ou en centre-ville.

Lieu : Dreux, Eure-et-Loir.

Programme : création d'un service de psychiatrie adulte : 55 lits ; organisation en modules de 5, 7 et 9 chambres.

Maitre d'ouvrage : centre hospitalier général de Dreux.

Maitre d'œuvre : Bruno Laudat / Sextant-architecture, architecte.

Bureau d'études techniques : Torossian, structures ; Gretco, fluides.

Surface : 3 200 m².

Réalisation : concours 1996 ; livraison, 1998.

État des lieux et évolution

des établissements psychiatriques

Près de quatre millions de mètres carrés construits, environ 4 000 bâtiments, plus de 72 000 lits, 4 000 hectares, 118 établissements et 1 700 sites d'activités, ces quelques chiffres reflètent la place que tiennent, au sein du paysage hospitalier français, les établissements psychiatriques. Mais cet ensemble doit relever deux défis majeurs : le vieillissement du bâti et l'évolution des pratiques soignantes.

Le vieillissement du patrimoine bâti se traduit par des problèmes de sécurité, de conformité des installations, d'accessibilité, de confort des patients, de qualité des services, avec des retards souvent importants et variables. Il nécessite la restructuration des grands bâtiments rigides conçus principalement aux XVIII^e et XIX^e siècles, selon des modèles de type caserne ou prison (murs d'enceinte, symétrie des plans, implantation hiérarchisée, distribution rationnelle, contrôle) et ayant déjà subi plus ou moins des transformations. Il peut également justifier la remise aux normes ou la réfection de constructions plus récentes, édifiées lors de l'essor de la sectorisation dans les années 1960 ou 1970, et enfin, entraîner l'abandon ou la démolition d'autres sites.

L'évolution des pratiques soignantes conduit quant à elle à un déplacement continu de l'hospitalisation en dehors des établissements psychiatriques et à la création de nouvelles structures dans le cadre des hôpitaux généraux (CHG et CHR). Elle mène aussi à externaliser les unités de secteur pour les rapprocher des populations desservies et à créer de nouvelles structures alternatives : centres médico-psychologiques ; centres d'accueil permanents ; centres d'accueil et de crise ; centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ; hôpitaux de jour ; apparte-

ments (thérapeutiques, relais ou associatifs) ; foyers ; ateliers thérapeutiques ; services d'hospitalisation à domicile, etc.

Cette double évolution, qui vise à introduire du mouvement dans des structures *a priori* statiques, induit un bouleversement profond du paysage psychiatrique dans les années à venir.

Architecture et psychiatrie : vers de nouvelles pratiques des soins

Afin d'aborder cette exigence d'ouverture des anciennes structures et de proximité par rapport aux patients, nous avons dégagé de façon simple mais didactique un processus de conception d'un double point de vue : celui de l'architecture et celui de la psychiatrie.

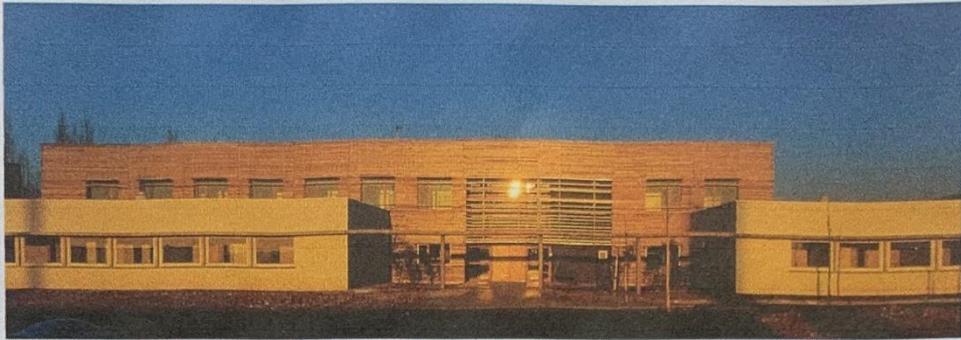
Qui dit ouverture dit création de passages, ce qui induit un morcellement du bâti suggérant un espacement entre les éléments construits, donc un vide. Quelles sont la nature architecturale de ce vide et sa fonction ? Quelles peuvent être son exploitation et sa pratique ?

L'architecture joue sur l'équilibre et le déséquilibre entre espacement et emplacement – entre le vide et le plein – considérés tous deux comme une matière.

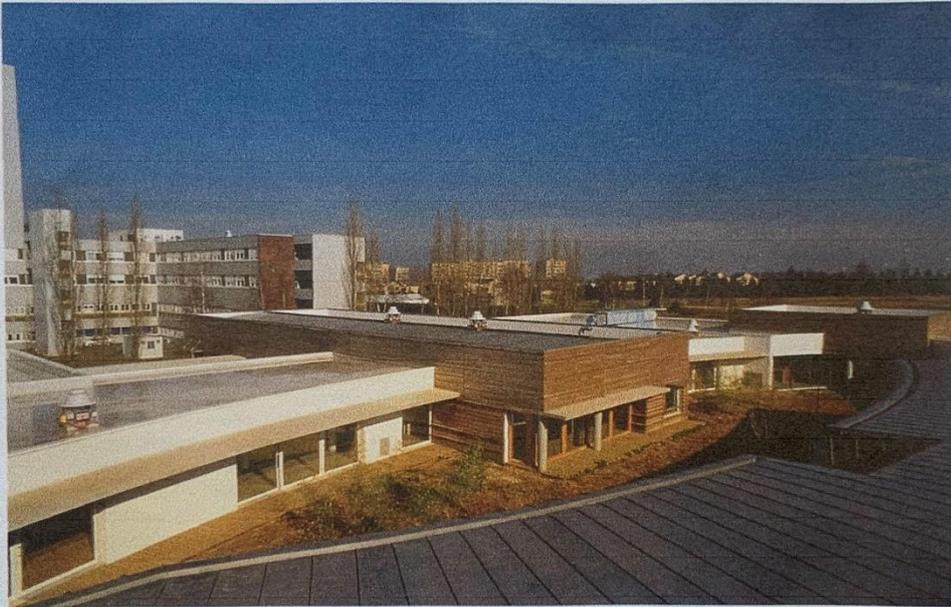
L'emplacement

C'est un lieu auquel est associée une activité ; à travers sa fonction, il exprime le programme : contrainte/localisation/relation/surface. C'est la dimension rationnelle du projet hospitalier, maîtrisée par le corps médical et l'administration, et qui associe une pièce à une fonction, en ordonnant entre autres les rapports entre soignants et patients. Ce sont les lieux de la pratique et des actes déterminés qui fixent la position de chacun dans un rapport avec l'autre établi par l'institution. Il n'y a aucune place pour autre chose, si ce n'est la lumière, les matériaux et la couleur.

Vue de l'entrée principale.



Le jardin central, ensermé dans le bâtiment, introduit la notion de contenant/contenu.



Le volume extérieur de la salle à manger est animé par le rythme des ouvertures.



Les rituels pratiques et fonctionnels induisent une mise en scène rigide et rationnelle, sans autre hiérarchie que l'ordre dans lequel les actes doivent s'effectuer. Cela sous-entend par là même l'unicité des déplacements et la fixation d'un rythme immuable, répétitif et monotone.

L'espacement

C'est ce qu'il y a entre les emplacements. C'est la respiration, la détente, la liberté. Ce sont les endroits où l'on se sent dehors même en étant dedans, dans la mesure où ce sont des lieux où l'on choisit de se déplacer. On peut y être ou s'en aller. La relation n'y est pas obligatoire, mais simplement possible. Ce sont d'ailleurs globalement des lieux de rencontres possibles.

Dans les lieux de soins psychiatriques, le déplacement du corps résonne de façon signifiante, le cheminement peut être une réponse à l'état de crise. Cela constitue une façon positive d'habiter les espacements, les vides, mais à condition de les traiter en les multipliant, en les diversifiant, en les investissant, en les reliant entre eux.

Le vide est traité de façon particulière selon les champs d'investigation énoncés plus haut. Dans la restructuration des bâtiments anciens, le vide correspond à l'introduction de la nature – jardin, promenade – dans la composition. Le jardin devient alors un lieu d'échanges entre l'homme et lui-même, et la nature est là pour donner corps à son intimité. Tout en revêtant un caractère collectif, il permet le retour sur soi.

Lors de la construction de nouveaux services dans le cadre de l'hôpital général, le vide – qui sépare plus qu'il ne relie les bâtiments et les rend autistes – est en général un *no man's land* rempli de voies et de parkings. Il y a donc lieu de s'interroger, au niveau de la programmation et de l'établissement des plans directeurs, sur le statut de ces espaces interstitiels ou résiduels, et de leur donner du sens.

Enfin, le vide existant autour des nouvelles structures en milieu urbain est justement la ville. Celle-ci évolue en permanence et pose sans cesse la question du rapport individu/société. Elle génère des déplacements importants de personnes (patients et soignants), ainsi que des trajectoires particulières. De même ces structures, aussi morcelées et petites soient-elles, en cherchant à s'intégrer dans leur environnement, le façonnent à leur tour, créent de nouvelles pratiques, habitudes, circulations, etc.

À partir de cela, la question du déplacement se pose. Peut-on se contenter de prévoir un cadre à des mouvements où l'on prendrait conscience des temps de déplacement? Comment celui-ci pourrait-il servir un projet thérapeutique prenant en compte ces moments de déplacement? Autrement dit, est-il possible de traiter un sujet en mouvement en dehors d'un lieu référencé qui, s'il paraît aujourd'hui encore approprié, risque demain de ne pas l'être en raison des changements rapides de la société?

On ne peut pas nier l'intérêt du déplacement, car il oblige l'individu à la rencontre, à la confrontation et à l'interrogation. Passer des structures fermées de type asilaire à des soins psychiatriques ambulatoires est sans doute un raccourci brutal, mais cela permet de mettre en exergue l'importance de la socialisation du déplacement et d'y trouver un cadre.

Dans cette optique, nous travaillons sur le concept du village avec son élément référent qu'est la place. Ce n'est pas à prendre au sens de l'hôpital-village, mais comme angle d'approche d'une réflexion sur l'organisation des lieux. Il s'agit de rechercher la spécificité des liens de l'hôpital avec la ville/le village/le quartier. La place du village, espace vide, offre un centre social à la communauté, ce que n'offrirait plus la ville, où la nature des relations entre les personnes, modelés par les nouvelles technologies de communication, les poussent à utiliser individuellement les espaces publics comme des aires fonctionnelles, sans échange. Le village-quartier semble donc pouvoir préserver un reste de vie collective alors que la fragmentation des villes fragilise le collectif et isole l'individu.

Entre l'atomisation des structures et l'établissement hospitalier monumental et surdimensionné, peut-on imaginer des constructions à la fois référencées, identifiées et liées à la ville par leur proximité et la stabilité de leur cadre? Elles ne peuvent être que souples, adaptables, évolutives, à dimension humaine et organisées autour de la trajectoire de soins du sujet.

L'exemple du centre hospitalier général de Dreux: une nouvelle approche

La ville de Dreux est située à quatre-vingt kilomètres à l'ouest de Paris, dans le département de l'Eure-et-Loir. Le secteur drouais, très étendu, compte 120 000 habitants (dont 15 % d'origine étrangère) regroupés en divers cantons urbains et ruraux.

Le centre hospitalier général (CHG) Victor-Jousselin, immeuble de grande hauteur de dix étages qui abrite le service de psychiatrie, s'impose au regard depuis 1973, quel que soit l'axe routier par lequel on rejoint Dreux.

Située au huitième étage de ce bâtiment depuis 1978, la psychiatrie a occupé, jusqu'en 1994, l'aile nord de ce même étage. Cette unité fermée a reçu toutes les pathologies mentales du secteur dans les mêmes conditions, sans distinction de gravité ou de mode d'hospitalisation. Dans un long couloir, déambulait dans la journée la majorité des patients...

Depuis mars 1998, une nouvelle structure de plain-pied, d'architecture moderne, reliée au centre par une passerelle, a ouvert ses portes. Ce projet, élaboré conjointement avec l'architecte maître d'œuvre et un groupe de travail composé de la direction du CHG, des psychiatres, de l'encadrement du service et des représentants des différentes catégories du personnel, vise à transposer sous forme architecturale le parcours thérapeutique du patient hospitalisé.

L'hôpital est un instrument de soins pour malades mentaux dont l'état nécessite un traitement actif; aussi doit-il favoriser la diversification des moyens et la continuité du soin. Sa mission est de créer un climat sécurisant permettant l'intériorisation de modèles de comportement; il doit, par conséquent, être lui-même un instrument de guérison. Le programme technique détaillé s'est appuyé sur un certain nombre de lignes directrices.

L'espace

Les espaces doivent être assez grands pour permettre des subdivisions et assez petits pour le morcellement et la rupture des relations. Il s'agit de privilégier la création de milieux divers et discontinus où le malade doit pouvoir exercer différents modes de relations interpersonnelles.

En effet, c'est en assimilant ces milieux que le patient peut construire une identité personnelle en franchissant des espaces évolutifs.

Un malade fortement angoissé, présentant une bouffée délirante aiguë ou un vécu de morcellement aura besoin d'un espace restreint, enveloppant, pouvant servir de contenant contre ses angoisses. À l'inverse, un schizophrène stabilisé, qui présente des signes de repli sur soi, aura besoin d'un espace plus étendu lui permettant de rencontrer un soignant ou d'entrer en contact avec autrui.

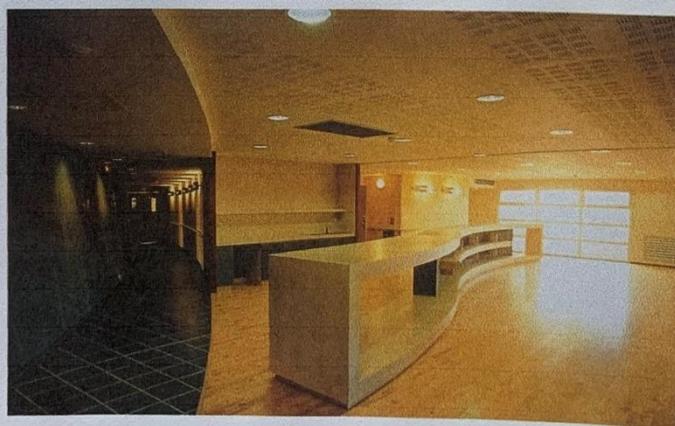


La coursive transparente introduit un dialogue entre l'intérieur et l'extérieur.

Ci-contre :
Porte menant vers un jardin intérieur.



Ci-dessous :
Cet espace de rencontre, aux volumes généreux et courbes, offre plusieurs trajectoires.



Les communications

Elles sont à certains niveaux directes et à d'autres exigent un effort pour rencontrer autrui. Ainsi, grâce à elles, un malade régressé, angoissé ou désorienté peut rencontrer facilement l'équipe soignante. Elles créent également des circuits de plus en plus compliqués pour que ce malade, à un autre moment de son évolution, puisse développer des efforts et prendre des initiatives afin de rencontrer cette même équipe. Elles favorisent l'alternance entre isolement et vie en groupe, la dissymétrie, la variation et le contraste, ce qui est le moyen le plus sûr de mettre en valeur des prises en charge diversifiées.

Les moyens de surveillance

Lorsqu'un dispositif isole le malade du personnel en dissimulant ce dernier, l'angoisse est augmentée. Le dispositif optique – tout comme celui de surveillance acoustique – est rassurant si le malade voit le visage de celui qui le surveille : il s'agit de voir et être vu.

Les formes

Les formes arrondies, biologiques, sont celles du corps, tandis que les rectangulaires sont celles du cadre à l'intérieur duquel il se déplace. Ainsi, le corps est à l'aise dans le maniement des objets arrondis dans un cadre rectangulaire : les terrains pour la gymnastique ou le sport, par exemple, sont souvent rectangulaires, tandis que les objets qu'on y échange sont arrondis. C'est le jeu alterné des éléments ronds et carrés qui donne au cadre de vie son mouvement et son repos. Comme pour la communication, l'aménagement des formes favorise ou rend complexe l'orientation, selon l'état de chaque patient.

Les couleurs

La monochromie entraîne le désintérêt et le sommeil, en d'autres termes les mouvements dépressifs et déficitaires. La polychromie est privilégiée, car l'alternance et les contrastes des couleurs maintiennent l'éveil et répondent aux besoins des différents types de pathologie et à leurs diverses phases évolutives. Il en va de même pour les matériaux.

Organisation architecturale et organisation des soins

Nous nous sommes efforcés de transcrire, à travers l'organisation architecturale, un projet de soins. Partant de l'hypothèse que le cadre géostructurel

modifie les pratiques professionnelles et probablement l'expression psychopathologique des patients, le nouveau service de psychiatrie s'est structuré en modules de soins différenciés. Il s'agit en effet de proposer aux patients un cheminement à travers différents modules précis en fonction du stade et de l'évolution de leurs troubles. La prise en charge se focalise autour de la trajectoire du patient et de son cheminement dans le réseau sanitaire. L'organisation, fondée sur le réinvestissement de la notion de temps thérapeutique et sur la valorisation des caractéristiques de l'espace d'observation et de soins, transpose, sous forme architecturale, le parcours thérapeutique du patient hospitalisé.

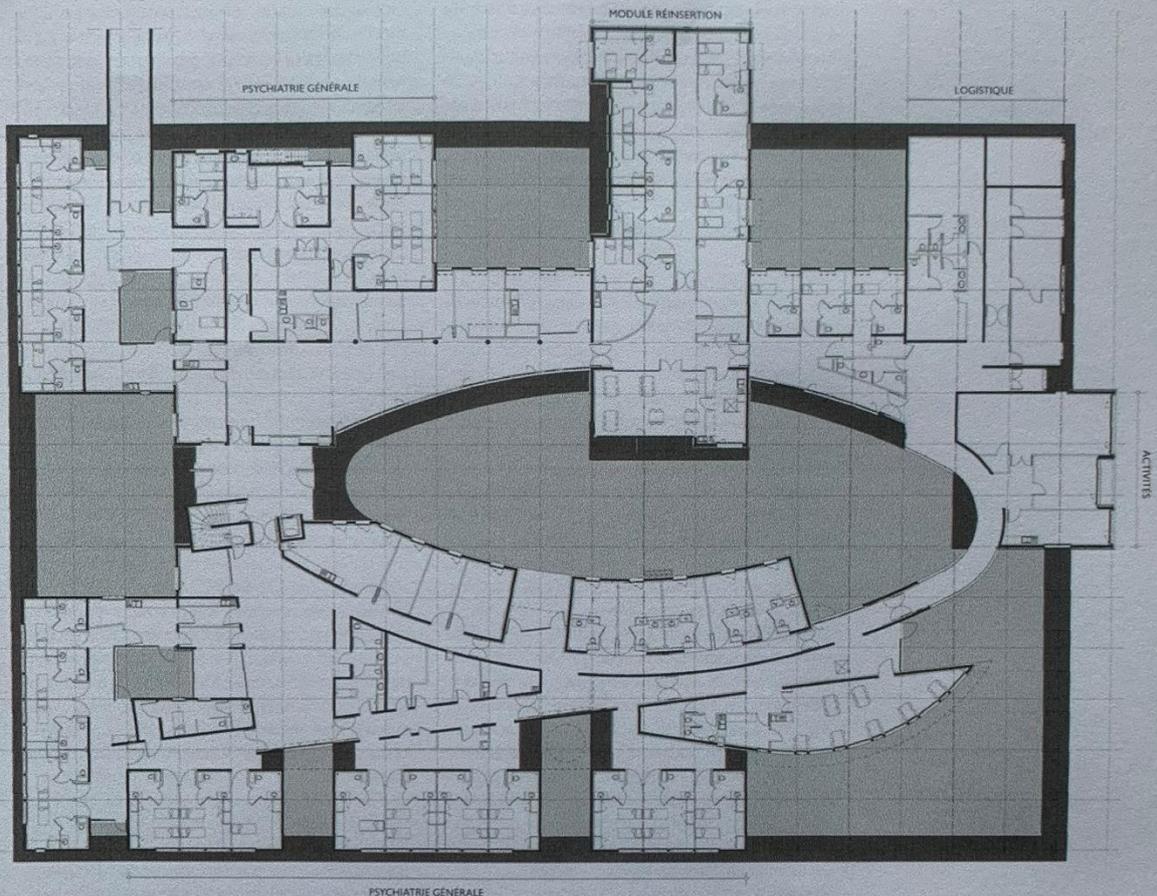
Le parcours

Le fractionnement de l'espace ainsi obtenu répond à notre souci d'alternance entre le bâti (emplacement) et le vide (espacement). Aux questions de la dissymétrie et du délicat équilibre entre continuité nécessaire aux soins et différenciation indispensable des prises en charge, l'architecte a répondu par la forme de l'ellipse (boude) et par la création d'un jardin intérieur qui est à la fois un contenant et une transposition de l'extérieur (la nature environnante) à l'intérieur (l'institution). Le jeu de transparences de deux patios répond à la même logique.

L'organisation modulaire permet d'envisager des aménagements en fonction des dimensions existentielles de la personne. Elle s'adresse par sa complexité à la globalité du sujet : elle sollicite l'éveil de soi-même par l'enchaînement de lieux très différents. L'ordonnement des différents éléments est générateur d'ordre et rassure. La délimitation franche des espaces contribue à donner des repères.

Nous avons ainsi été amenés à travailler sur la transition, les passages, les glissements ou les ruptures, tant entre les espaces que sur les espaces eux-mêmes, sans bien sûr négliger leurs particularités et leur morphologie, qui leur confèrent un caractère contenant ou ouvert.

De façon un peu schématique, on peut dire que les espaces contenant ont une surface limitée, un caractère intime, une lumière adoucie, une ambiance silencieuse et qu'ils sont plutôt statiques. Les espaces ouverts sont généreux, présentent une hauteur sous plafond importante, de la lumière, et sont les lieux du passage, des activités, du mouvement.



Plan d'aménagement des unités.

Dans quelle catégorie classer les espaces vides déjà évoqués ? Ces lieux ne sont pas fermés et, par conséquent, ils s'interpénètrent, risquent de se mélanger et de devenir non identifiables, donc de perdre tout intérêt. Le travail s'est alors porté sur la limite, la paroi traitée en plan libre qui porte en elle toutes les potentialités de richesse et de qualité des espaces qu'elle détermine. Matières, formes, textures, couleurs sont autant de paramètres qui ont influencé notre perception de l'espace.

Les surfaces

Les trois familles essentielles ont été utilisées, avec des sous-catégories selon qu'elles sont unitaires, séquencées, droites ou brisées : les surfaces plane, courbe, transparente.

La surface plane présente soit une frontalité qui renvoie à soi-même, soit une fuyante qui suggère le mouvement. Selon son caractère unitaire ou séquencé, la suggestion du déplacement est accélérée ou ralentie, suivant la fermeture ou l'ouverture de l'espace.

Les effets de la courbe sont différents selon le côté où l'on se trouve : concave (enveloppant, fermé, statique, isolant), convexe (fuyant, ouvert, dynamique), qui renvoie aux autres.

La paroi transparente a un caractère ambigu. Elle limite le déplacement mais pas la vision. Elle représente une sorte d'interdit en laissant voir des lieux pas forcément accessibles. Mais elle rassure et sécurise aussi puisqu'elle permet de voir et d'être vu. Elle prolonge le dehors dans le dedans comme un glissement qui, par le jeu d'un même matériau extérieur et intérieur, tend à faire disparaître la limite. L'impression d'enfermement disparaît : l'espace n'est plus contenant dans sa perception, même s'il l'est dans sa réalité physique.

À proximité des parois transparentes, qui longent l'ellipse et poussent à se déplacer quasiment en permanence, l'agencement des salons rythme la déambulation, limite l'isolement et crée des lieux de rencontres. Cette alternance donne l'opportunité de gérer sa sociabilité en fonction de ses états émotionnels.

La prise en charge des pathologies aiguës

Les besoins de prise en charge des pathologies aiguës ont orienté la conception de deux modules de cinq lits chacun, le centre d'accueil et de crise (CAC) et l'unité de soins intensifs (pouvant être fermée), ainsi que, en partie, des modules qui leur sont proches.

Le bâti joue ici un rôle de contenant et les distances sont raccourcies. La structure est conçue pour répondre au mieux à la double contrainte : isolement/sécurité/protection, d'une part, et actions thérapeutiques, de l'autre.

Hormis les chambres (lieu intérieur, contenant pour l'intimité), il n'y a pas d'autre lieu ayant une fonction institutionnelle dans ces modules. En revanche, les bureaux des infirmiers et les salles de soins constituent, par leur transparence, des espaces intermédiaires (et probablement transitionnels) entre le dehors et le dedans. Il en va de même pour les deux patios.

L'accueil

Les lieux d'accueil peuvent être considérés comme des « entre-deux » (entre avant et après), des interstices, des lieux neutres entre deux situations violentes : celle de l'extérieur, où le besoin du soin est déjà là et celle de l'intérieur, où le soin doit être donné, voire imposé. Ce sont des espèces de médiateurs que l'on s'attache à autonomiser au niveau du volume ; on cherche à montrer qu'ils n'appartiennent pas profondément à la structure, mais qu'il s'agit d'une zone neutre.

Un autre aspect est la problématique de l'entrée et de la sortie confondues dans un même espace. Le rapport à l'extérieur est fondamentalement différent suivant que l'on vienne ou que l'on s'en aille. Là encore, on imagine avoir besoin, pour retrouver le contact avec le monde, d'un espace tampon qui pourrait être différencié, comme l'accueil.

Construire un cadre thérapeutique

Pour habiter un lieu, il est nécessaire de se l'approprier, d'y mettre son empreinte. Le pari architectural a été d'essayer de modifier les comportements, de susciter les envies et d'inciter à de nouvelles pratiques ; mais aussi de rechercher un compromis entre deux pôles, celui de la culture individuelle de chaque sujet accueilli et celui de la production de soins : c'est ce que l'on peut probablement appeler un cadre thérapeutique.

Le paradigme de l'insertion

L'hôpital psychiatrique traditionnel reproduit des pratiques issues du paradigme psychiatrique du XIX^e siècle : éloignement des familles et de la cité ; ségrégation des malades ; mélange des pathologies ; séparation entre psychiatrie, médecine et assistance.

Notre travail s'est situé dans une dialectique entre dépendance et autonomie qui inclut la famille et la cité et rattache la psychiatrie au reste de la médecine, le but étant de favoriser l'insertion du patient, et plus particulièrement du patient chronique. Toute notre réflexion autour des interstices, de la créativité, de la dissymétrie et du mouvement essaie d'éviter la répétition de ces anciennes pratiques. Les lignes ne sont jamais droites, mais courbes, séquencées ou brisées, et les trajectoires pluriels : il y a au moins deux façons pour aller d'un endroit à l'autre...

Dans notre conception, la zone d'hébergement, auparavant unitaire et concentrée pour des raisons de contrôle, devient morcelée, édatée, ce qui génère d'autres types d'espaces et ramène à la question du vide.

Notre réalisation prend en compte la nécessité de faire participer l'usager/habitant au projet thérapeutique avec, comme corollaire, le besoin de faire entrer la famille dans le service, d'ouvrir celui-ci sur la société, de le relier au monde, et de le différencier de l'hôpital sans pour autant l'isoler.

Quelle image pour l'hôpital psychiatrique ?

Quelle image donner à ce qui reste toujours, dans l'esprit du public, un lieu d'enfermement des fous et de la folie ? Même si les questions restent parfois sans réponse, il faut se les poser afin d'orienter le travail de conception vers un objectif précis : donner à un service psychiatrique les mêmes qualités architecturales qu'à n'importe quel autre bâtiment hospitalier ou public.

Le retour à des constructions à l'échelle plus humaine, l'emploi progressif de matériaux et de couleurs appartenant à des registres divers, tendent vers une humanisation grandissante avec, pour conséquences, une diminution du stress des patients, de meilleures conditions de travail pour le personnel et donc de meilleurs soins.

Plus que sur le caractère médical, la symbolique doit porter sur les objectifs que doit atteindre le bâtiment, qui sont, finalement, d'aider les patients à réintégrer la société et donc à leur faire reprendre un contact normal avec le monde extérieur. L'environnement peut et doit refléter le cadre dans lequel évolue la société, c'est-à-dire la ville, avec sa complexité, sa richesse, ses contraintes.

Le bâtiment doit proposer des rythmes, des hiérarchies, des temps forts, des accalmies. La répartition des zones d'hébergement, la localisation des zones d'activités avec le positionnement particulier de certaines, la banalisation de quelques secteurs, les cheminements diversifiés, tout cela confère au bâtiment les caractères organisationnels d'une ville à l'échelle réduite : places, squares, avenues, rues, ruelles, monuments... Il doit raconter une histoire aux gens qui l'utilisent et à ceux qui le regardent.

Dans le projet de Dreux, deux tendances architecturales signifient la ville. Une première vise à ménager le patient, à le préserver d'agressions supplémentaires, à privilégier le calme, la sérénité, l'harmonie, ce qui revient à offrir un cadre neutre à la pratique de la psychiatrie. Dans la seconde tendance, l'architecture reflète la société, en présente les aspects les plus contradictoires. Les espaces peuvent donc être alternativement calmes et sereins, tendus et troublés. Ils seront provoquants ou rassurants, en tous les cas actifs. Le dosage entre sollicitation et confort reste à déterminer à chaque instant.

Ainsi, il est important de générer des intrusions physiques de l'extérieur en jouant sur les limites dehors/dedans et sur la qualification des espaces extérieurs à l'intérieur du bâtiment. À travers ce thème, des jardins ont été conçus en fonction de l'idée des modules : certains donnent directement sur l'extérieur, d'autres sont fermés mais offrent des perspectives sur l'extérieur, d'autres encore sont complètement intérieurs.

Finalement, on peut se demander si, à l'instar de la ville qui est le reflet de la société qui l'habite, les lieux d'hospitalisation ne réfléchissent pas et/ou ne génèrent pas les pathologies qu'on y traite.

Le projet de Dreux, pour lequel nous avons été confrontés à la double exigence contradictoire de rattacher l'hospitalisation psychiatrique à l'hôpital tout en l'ouvrant sur le monde, soulève une question : des lieux spécifiques à la psychiatrie moderne sont-ils réellement indispensables ? L'espace psychiatrique en tant que lieu spécifique de représentation des pathologies mentales n'existe pas. Il doit être relié au monde : dans sa représentation, dans sa pratique, dans sa logique.

Annexe 5 : Interview de Mr B. témoignant de son expérience en isolement.

Cette interview a été réalisée avec le consentement de Mr B qui accepte que cette vidéo soit diffusée à des fins d'études et de recherches. Dans cette perspective, il a signé une autorisation de droit à l'image le 27 février 2024. Les principes de non-diffusion des éléments de ce travail de fin d'études sans l'accord de ses auteurs, précités dans la « note aux lecteurs », s'appliquent également aux annexes et tout particulièrement à cette vidéo. Cet échange filmé vous est rendu accessible grâce au lien ci-après.

Lors de cet entretien, le patient est interrogé par le psychiatre référent des soins sous contrainte sur son vécu lors de son hospitalisation en espace d'isolement, son ressenti à propos des contentions mécaniques et par la suite son transfert dans le MSI.

<https://youtu.be/2O5ZEERhtBE?si=N8wnVwpVLUh0xpoq>

Annexe 7 : Questionnaire de retour d'expérience patient



CENTRE HOSPITALIER DE DREUX

POLE SANTE MENTALE ADULTE

Responsable médical de Pôle : Docteur Pierre PARIS

GRILLE D'ENTRETIEN à remettre

la semaine suivant la sortie de l'espace d'isolement

En préambule:

Explications sur les buts de cet échange

Explications sur le fait que je vais prendre des notes

ETIQUETTE
PATIENT

1- Vous souvenez-vous de votre dernier séjour en CSI. C'était quand ? Ça a duré combien de temps ?

.....

2- Vous souvenez-vous pourquoi vous y étiez allé ? Dans quelles conditions ?

.....

3- Comment s'était déroulé le séjour ? Racontez-moi

.....

4- Comment étiez-vous au début ?

.....

5- Comment étiez-vous à la fin ?

.....

6- Est-ce que vous vous rappelez quels étaient vos sentiments en CSI ?

.....

7- À votre avis pourquoi parle-t-on de chambre de soins intensifs ?

.....

8- Pensez-vous qu'on s'occupe différemment des patients en CSI ?

.....

9- Qu'est-ce qui fait du bien en CSI ?

.....

ETIQUETTE
PATIENT

10- Qu'est-ce qui est difficile en CSI ?

.....
.....

11-A quoi sert la CSI à votre avis ?

.....
.....

12-Et pour vous, à quoi vous a-t-elle servi ?

.....
.....

13-Est-ce que ça a changé quelque chose à votre prise en charge, à votre projet de soins ?

.....
.....

14-Est-ce que ça a changé quelque chose à votre relation aux soignants ?

.....
.....

15-Vous souvenez-vous avoir eu des temps de parole en CSI ? Pouvez-vous en parler ?

.....
.....

16-Avez-vous pu parler de la CSI à quelqu'un d'autre ?

.....
.....

17-Commentaires:

.....
.....
.....
.....
.....

Master Management des Organisations Soignantes

M2 - MOS@23 -24

PROJET MANAGERIAL

De la privation de liberté à la recherche d’alternatives de soins en Santé Mentale Adulte.

Comment accompagner l’équipe dans ce changement de paradigme ?

AUTEUR : Barbara FERJANI

MOTS CLÉS

Privation de liberté – droits des patients – éthique- alternatives de soins – management – équipe – changement – conduite de projet

KEY WORDS

Deprivation of liberty - patient rights - ethics - care alternatives - management - team - change - project management

RÉSUMÉ

Selon l’Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), « en 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie : 37 % sont concernées par un recours à l’isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes ». Ces mesures entravantes et restrictives de liberté pour les personnes apparaissent de plus en plus encadrées sur le plan législatif afin d’éviter les abus et en réduire le recours. Elles ne peuvent être utilisées que lorsque le patient représente un danger immédiat pour lui-même ou pour autrui et que toutes les autres alternatives de soins ont échoué. Pour autant, depuis quelques années en France, les pratiques restrictives de liberté pour les patients hospitalisés en soins sans consentement en psychiatrie font débat. Elles suscitent des questionnements éthiques chez les professionnels par rapport au respect des droits fondamentaux des usagers. L’expérience patient vient renforcer ce malaise chez les soignants en témoignant d’un vécu traumatique. Les équipes de soins se trouvent aux prises avec un dilemme entre une politique orientée vers le risque « zéro » et une philosophie tendant vers davantage d’humanité dans les soins. En écho à cette tension dans les pratiques soignantes, un nouveau mouvement s’imprime progressivement au sein de plusieurs établissements de santé français, depuis quelques années. Il prône la réduction voire même la suppression du recours aux mesures coercitives. Il plébiscite la recherche d’alternatives de soins plus respectueuses des droits des patients. En cela, l’usager est remis au cœur de la réflexion. Le passage d’une logique de privation de liberté vers une ouverture dans les soins apparaît comme un virage culturel dans notre abord du patient hospitalisé en soins sans consentement. En venant bousculer les codes habituels, cette innovation dans les pratiques soignantes pose la question de comment manager une équipe pour l’accompagner dans ce changement de paradigme.

ABSTRACT

According to the IRDES (Institute for Research and Documentation in Health Economics), "in 2022, 76,000 persons have been hospitalised in psychiatry on a full-time basis without their consent: 37% have been put in isolation, i.e. 28,000 individuals, and 11% have been subject to mechanical restraint, i.e. 8,000 persons". These measures, which restrict the freedom of hospitalised patients, are increasingly regulated by law in order to prevent abuse and reduce their use. They can only be used when the patient represents an immediate danger to himself or to others, and when all other alternatives have failed. However, for the past few years in France, there have been discussions about practices restricting the freedom of patients hospitalised in psychiatric care without consent. They provoke ethical questions among healthcare professionals regarding the respect of patients' fundamental rights. The patient's experience reinforces this discomfort among carers by testifying to a traumatic experience. Healthcare teams find themselves caught in a dilemma between a policy geared towards 'zero' risk and a philosophy tending towards more humane care. A new movement has been gradually put in place in a number of French health institutions over the last few years, echoing this tension in care practices. It advocates reducing or even eliminating the use of coercive measures. It is in favour of seeking alternative forms of care which are more respectful of patients' rights. This puts the patient back at the heart of the debate. The shift from a logic of deprivation of liberty to one of openness in care appears to be a cultural shift in our approach to patients hospitalised without consent. By shaking up the usual codes, this innovation in care practices raises the question of how to manage a team to support it through this paradigm shift.