

Faculté de santé publique

Quelles sont les méthodes alternatives permettant de limiter le recours à la contention physique dans les unités de pédopsychiatrie ?

Mémoire réalisé par
Adil Ahbad

Promoteur :
Walter Hesbeen

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Quelles sont les méthodes alternatives permettant de limiter le recours à la contention physique dans les unités de pédopsychiatrie ?

Mémoire réalisé par
Adil Ahbad

Promoteur :
Walter Hesbeen

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je souhaite, dans un premier temps, adresser mes sincères remerciements à Monsieur Walter Hesbeen, promoteur de ce mémoire, pour son accompagnement, ses conseils ainsi que la qualité de ses réflexions tout au long de ce travail. Son regard sur la dimension humaine du soin et ses enseignements ont nourri ma réflexion et m'ont permis d'aborder cette thématique avec davantage de profondeur et de sens.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels ayant accepté de participer aux entretiens et au focus group. Leur disponibilité, leur confiance et la richesse de leurs témoignages ont constitué une contribution essentielle à ce mémoire. Les échanges réalisés tout au long de cette recherche m'ont permis de mieux comprendre la réalité du terrain ainsi que les nombreux questionnements qui entourent la contention et les alternatives en pédopsychiatrie.

Mes remerciements s'adressent également aux enseignants rencontrés au cours de ce master, pour les connaissances transmises et la qualité de leur accompagnement tout au long de mon parcours universitaire.

Je souhaite aussi remercier mes proches pour leur soutien, leur patience et leurs encouragements durant la réalisation de ce travail. Leur présence a représenté une véritable source de motivation tout au long de ces années d'études et particulièrement durant les moments les plus exigeants de ce mémoire.

Enfin, j'adresse une pensée particulière à toutes les personnes rencontrées au cours de mon parcours professionnel en pédopsychiatrie. Les situations vécues sur le terrain, les questionnements partagés avec les équipes ainsi que les jeunes rencontrés et accompagnés au quotidien ont largement contribué à nourrir cette réflexion et à donner du sens à ce travail.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie des étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Liste des abréviations

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

HAS : Haute autorité de santé

AVIQ : Agence pour une vie de qualité

CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant

SAJ : Service d'aide à la jeunesse

SPJ : Service de protection judiciaire

SPHG: Hôpitaux généraux avec un service psychiatrique

HP: Hôpitaux psychiatriques

CIM: Conférence interministérielle

SMEA: Santé mentale pour enfants et adolescents

TIC: Trauma-Informed Care

CPS: Collaborative Problem Solving

Table des matières

Introduction	6
1. Contexte	11
1.1 Qu'est-ce que la pédopsychiatrie ?	11
1.2 L'isolement et la contention physique	11
1.3 La législation belge	12
1.4 La législation internationale	13
1.5 Données relatives à la pédopsychiatrie en Belgique	13
• 1.5.1 Les structures pédopsychiatriques	13
• 1.5.2 Les données statistiques	14
• 1.5.3 Saturation des services pédopsychiatriques	15
2. La revue de la littérature scientifique.....	17
2.1 Le vécu de l'isolement et de la contention physique chez les patients et les soignants	18
2.2 La formation du personnel	19
2.3 Utiliser les compétences relationnelles dans la désescalade des crises	20
2.4 L'implication des jeunes dans les décisions de soins et dans le vécu de leur hospitalisation	20
2.5 Les activités de médiation corporelle et expressive	21
2.6 Les salles d'apaisement	22
2.7 Les équipes mobiles comme dispositif de prévention	23
2.8 Six Core Strategies	24
2.9 Trauma-Informed Care / L'approche de soins informés par les traumatismes	25
2.10 Le Collaborative Problem Solving / Le modèle de résolution collaborative de problèmes	27
3. Rencontres avec des témoins privilégiés	31
3.1 Entretien n°1 – Pédopsychiatre.....	31
3.2 Entretien n°2 – Directrice des soins infirmiers.....	35
3.3 Entretien n°3 – Infirmière en pédopsychiatrie	40
3.4 Entretien n°4 – Infirmier en chef en pédopsychiatrie.....	44
3.5 Entretien n°5 – Éducateur spécialisé en pédopsychiatrie	49
4. Focus group.....	52
4.1 Analyse des données issues du focus group	52
5. Discussion et préconisations.....	61
5.1 Apports des différentes méthodes.....	61
5.2 Une priorité donnée à la prévention des situations de crise	63
5.3 Le rôle des alternatives concrètes dans la pratique clinique	64

5.4 Regard critique et réflexion personnelle.....	67
5.5 Préconisations.....	68
5.6 Limites et intérêts de mon travail.....	70
6. <i>Conclusion</i>	73
7. <i>Bibliographie</i> :.....	76
8. <i>Annexes</i>	80

Introduction

Le choix du sujet de mon mémoire a été dicté par une décision personnelle, à la suite de situations rencontrées presque quotidiennement dans ma pratique professionnelle.

Je travaille en tant qu'infirmier dans une unité de crise en pédopsychiatrie, réservée aux garçons de 12 à 18 ans. L'unité est destinée à l'aide psychothérapeutique et spécialisée des adolescents atteints de troubles psychologiques graves et de troubles du comportement.

Notre unité est particulièrement confrontée à des comportements qui se traduisent par des formes importantes de violence et d'agressivité.

La relation avec les familles constitue un autre aspect complexe du travail en unité de crise. Elles sont souvent en grande détresse, d'une part parce qu'elles peuvent elles-mêmes présenter certaines difficultés, et d'autre part en subissant l'impact des troubles psychiatriques de leur enfant. Par exemple, il est possible que des parents soient en désaccord avec certaines décisions thérapeutiques, notamment lorsque des mesures de contention sont envisagées. Certains voient cela comme une atteinte à la dignité de leur enfant, tandis que d'autres en demandent parfois l'utilisation dans l'espoir de « contrôler » un comportement qu'ils ne parviennent plus à gérer eux-mêmes à la maison.

Il est important d'inclure les familles dans l'accompagnement de l'enfant et de créer une relation de confiance afin de travailler sur des problématiques familiales potentielles mais aussi afin d'instaurer un climat épanouissant pour le jeune à domicile.

La contention physique, bien que parfois nécessaire pour assurer la sécurité, peut susciter de fortes émotions pour les membres du personnel, et peut causer divers effets chez les patients également.

Plusieurs expériences ont amené notre équipe à penser à de nouvelles approches pour mieux gérer les situations critiques.

Depuis presque deux ans, notre équipe réfléchit et tente de mettre en place des pratiques de gestion de crise visant à réduire le nombre de situations conflictuelles. Ces interventions incluent des techniques de relaxation et de respiration, des promenades thérapeutiques dans le jardin de l'institution ou à l'extérieur, ainsi que des activités sportives et ludiques comme les jeux de société. Nous encourageons également les jeunes à prendre du recul en se retirant

temporairement dans leur chambre individuelle, où ils peuvent se recentrer dans un environnement plus apaisant avec des outils mis à leur disposition pour s'occuper.

Nous disposons également d'une salle d'apaisement, dont la présence s'avère particulièrement efficace. Cette pièce permet de rester à l'écart de l'ambiance générale de l'unité et d'éventuels conflits, offrant ainsi aux patients la possibilité de se détendre et de s'isoler en toute sécurité.

Nous y avons également ajouté un sac de boxe permettant aux jeunes de canaliser leur énergie, réduisant ainsi leur tension et leur agressivité tout en offrant une alternative concrète à l'escalade d'une crise. Pour les mêmes raisons, nous avons ajouté un ballon de football dans la pièce afin d'offrir une variante à cet outil.

Mon désir d'explorer cette problématique a été motivé par diverses situations vécues dont une concernant un jeune garçon de 13 ans que nous appellerons Hugo.

Il a été admis dans notre unité suite à des comportements violents envers lui-même et envers d'autres jeunes notamment à l'école.

Lors d'une activité, Hugo s'est soudainement mis à crier, à renverser le matériel et à menacer de s'en prendre à un autre patient. Pour éviter de recourir à une mesure de contention physique, l'équipe a choisi d'essayer une approche alternative. Un infirmier qui avait créé un lien de confiance avec Hugo s'est avancé vers lui et lui a demandé s'il voulait aller dans la salle d'apaisement avec lui. Il a refusé dans un premier temps, puis a accepté. En salle d'apaisement, il a exprimé sa frustration en se défoulant sur le sac de boxe pendant quelques minutes. Peu à peu, il a commencé à se détendre, s'est assis sur le fauteuil et a accepté d'échanger sur ce qui avait déclenché sa crise.

Cette intervention a permis d'éviter la mise en contention, tout en garantissant la sécurité de tous. L'utilisation de cet espace, combinée à une approche empathique, a non seulement désamorcé la situation, mais aussi renforcé la confiance du patient envers l'équipe. Ce type d'exemple concret illustre l'importance de développer et de promouvoir des alternatives à la contention.

Mais j'ai aussi été confronté à une situation beaucoup plus complexe, qui m'a personnellement marqué.

Nous avons accueilli un adolescent de 15 ans en mise en observation après avoir été agressif envers son père. Le contexte familial est très compliqué et marqué par de nombreuses tensions, plusieurs fugues et des comportements à risque répétés de la part du jeune.

Dès son entrée dans l'unité, il était très agité, en colère et verbalement agressif. Il refusait tout contact avec les soignants et exprimait sa volonté de quitter l'unité immédiatement.

Avec l'équipe, nous avons tout essayé pour l'accueillir de la manière la plus adaptée possible car nous savons que les premiers moments au sein de l'unité peuvent être compliqués pour certains jeunes : accueil paisible, tentatives de dialogue, intervention d'une psychologue et du psychiatre, écoute attentive... Mais rien n'y faisait. Au contraire, sa colère s'accroissait et il a fini par se cogner violemment la tête contre le mur et a tenté d'agresser un membre de l'équipe.

Au vu de son comportement auto- et hétéro-agressif, nous n'avions plus d'autre option pour garantir sa sécurité ainsi que celle de l'équipe, si ce n'est de le conduire en salle d'isolement avec mise en contention physique.

Mais ce qui fut surprenant, c'est ce qui s'est passé après. Une fois mis en contention, le jeune s'est relâché complètement. Il ne parlait plus, ne s'agitait plus. Ce comportement m'a semblé inhabituel, presque inquiétant, car dans la plupart des cas, les jeunes sont en opposition ou expriment leur colère.

Une fois sortis de la salle d'isolement, nous étions plusieurs membres de l'équipe à avoir remarqué ce comportement inhabituel. Nous avons décidé, après quelques minutes, d'aller voir le jeune qui s'était endormi. Nous l'avons laissé se reposer et une fois réveillé, il a quitté la salle d'isolement.

Nous avons évoqué avec lui son comportement avant la contention et il a exprimé un mal-être global, un sentiment d'étouffement et d'abandon. Mais il ne mentionnait pas la mise en contention en elle-même. Je l'ai donc questionné à ce sujet et pendant la conversation, il a fini par nous confier qu'auparavant, il avait été « ligoté » et enfermé par ses parents, quelquefois pendant des heures quand il était en crise chez lui. Ce moment a ravivé un traumatisme, faisant ressurgir un sentiment d'impuissance et de peur profondément ancré.

Cette situation m'a beaucoup fait réfléchir. Elle m'a montré à quel point une mesure, même encadrée et sécurisée, peut réactiver des blessures invisibles. Elle a également renforcé ma conviction qu'il est essentiel de développer des approches alternatives, respectueuses du vécu

traumatique des jeunes, afin de leur garantir un accompagnement qui protège non seulement leur intégrité physique, mais aussi leur équilibre psychique.

De ce fait, mes expériences ainsi que mon profond intérêt pour la pédopsychiatrie et le travail avec les jeunes patients, m'ont poussé à mettre à profit mon mémoire pour explorer cette problématique en profondeur. Mon objectif est de mieux comprendre les méthodes alternatives à la mise en contention en pédopsychiatrie, en examinant les stratégies préventives et les outils non restrictifs qui permettent de désamorcer les situations conflictuelles.

Question de recherche :

Quelles sont les méthodes alternatives permettant de limiter le recours à la contention physique dans les unités de pédopsychiatrie ?

Pour structurer cette réflexion, mon mémoire sera articulé en cinq parties.

La première partie introduit le contexte du sujet en présentant le cadre législatif et les données statistiques propres à la Belgique.

La deuxième partie est dédiée à la revue de la littérature scientifique. Elle s'appuie sur l'analyse de différents travaux portant sur la thématique afin d'en dégager les principaux enseignements et certaines pistes encore peu explorées en analysant des articles issus de pays étrangers au nôtre.

La troisième partie concerne des rencontres avec des témoins privilégiés. Il s'agit d'entretiens avec des professionnels directement concernés par le sujet, dans le but d'apporter un éclairage concret de la réalité du terrain et de partager leurs expériences.

La partie suivante présente le focus group, qui est un lieu d'échange entre pairs. Cette méthode permet aux participants d'exprimer leurs différents points de vue et d'approfondir les discussions au sujet de la problématique.

Enfin, la dernière partie est consacrée à la discussion et aux préconisations. Elle propose une analyse croisée des différents résultats, accompagnée de réflexions personnelles, afin de mettre en évidence plusieurs pistes d'amélioration pour la pratique professionnelle.

1. Contexte

1.1 Qu'est-ce que la pédopsychiatrie ?

D'après le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), la pédopsychiatrie vise à diagnostiquer et à traiter les problèmes mentaux, émotionnels ou comportementaux chez l'enfant et l'adolescent, en tenant compte de leur développement et de leur environnement familial.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en date du 1^{er} septembre 2025, une personne sur six est âgée de 10 à 19 ans. L'adolescence et ses changements physiques, émotionnels et sociaux, ainsi que la pauvreté, la maltraitance ou la violence, peuvent rendre les adolescents vulnérables aux troubles mentaux. L'OMS estime à 14 % le nombre de jeunes entre 10 et 19 ans souffrant de troubles mentaux.

Les jeunes souffrant de troubles mentaux sont particulièrement exposés à l'exclusion sociale, à la discrimination, à la stigmatisation, aux difficultés éducatives, aux comportements à risque, aux problèmes de santé physique et aux violations des droits humains, compliquant davantage leur développement et contribuant à fragiliser encore plus leur santé mentale.

1.2 L'isolement et la contention physique

Selon l'OMS (2019), la contention physique est une mesure temporaire qui vise à limiter les mouvements d'un patient par des moyens matériels ou manuels permettant d'empêcher un danger grave et imminent. Il s'agit d'une action qui ne peut être utilisée qu'en dernier recours, après que d'autres alternatives ont échoué. Son usage nécessite une évaluation et une surveillance médicale régulière, et elle doit être strictement encadrée, proportionnée et limitée dans le temps.

Quant à l'isolement, il s'agit de la séparation d'un patient dans une pièce fermée pour sa protection ou pour gérer un comportement dangereux. Comme pour la contention, l'OMS souligne que cette action ne doit être pensée que dans des cas extrêmes, pour la durée la plus courte possible, et avec le respect des droits du patient.

L'isolement et la contention physique sont considérées comme des mesures de privation de liberté, pouvant altérer la relation thérapeutique si elles ne sont pas encadrées de manière rigoureuse.

Morisset (2018) rapporte que le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), dans une note de recadrage publiée en 2012, qualifie la mise en chambre d'isolement et la mise sous contention de mesures extrêmes, justifiées par un risque imminent de blessures ou de violence aiguë. Le comité a observé, lors de visites dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, que l'utilisation de ces pratiques variait considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service à l'autre.

Ils ont donc insisté sur le fait qu'en aucun cas, l'isolement ou la contention physique ne doivent être utilisés à des fins punitives, ni pour infliger des souffrances ou de l'humiliation, établir une domination, résoudre une problématique organisationnelle, ni pallier un manque de personnel.

En France, selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017), l'isolement et la mise sous contention sont réalisés sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par l'équipe soignante doit être confirmée après un examen médical permettant de déterminer si la mesure est justifiée, si elle doit être maintenue ou si elle doit être levée.

Pendant toute la durée de la mesure, la surveillance du patient est importante et il convient de s'assurer que les patients puissent bénéficier d'un accès à l'alimentation, à l'hydratation et à l'hygiène lors de la mise sous contention ou de l'isolement.

En Belgique, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) témoigne de l'importance de la formation constante des équipes mais aussi de l'importance d'avoir des protocoles clairs et de réaliser des évaluations régulières afin d'améliorer les pratiques. L'AVIQ rappelle que ces mesures doivent être prises en dernier recours, dans le respect des lois sur les droits du patient et si possible après concertation pluridisciplinaire.

1.3 La législation belge

- Loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient, art. 5, 7, 8 et 13 :

« Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite ».

« Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable ».

« Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable (...) ».

« Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention (...) ».

« Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur ».

- Constitution belge : Art.23 :

« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine ».

1.4 La législation internationale

- Art. 3 de la Déclaration universelle des droits de l'homme :

« Tout individu a droit à la liberté et à la sûreté de sa personne ».

- Art. 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et Art. 15§1 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées – New York 13/12/2006 :

« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ».

Dans le cadre de la psychiatrie pour enfants et adolescents, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) rappelle qu'il faut protéger les enfants contre toute forme de brutalité ou de traitement dégradant, y compris dans un cadre institutionnel.

1.5 Données relatives à la pédopsychiatrie en Belgique

• 1.5.1 Les structures pédopsychiatriques

Dans notre pays, les soins de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents sont présents dans différentes structures telles que des unités pédopsychiatriques au sein d'hôpitaux généraux, des unités pédopsychiatriques au sein d'hôpitaux psychiatriques, ainsi que de nombreux dispositifs ambulatoires.

Dans certaines unités, les patients sont concernés par des mesures de placement relevant de la protection de la jeunesse. Ces mesures peuvent être administratives, via le service d'aide à la jeunesse (SAJ), ou judiciaires, via le service de protection judiciaire (SPJ) ou le tribunal de la jeunesse.

Selon le KCE, les jeunes pour lesquels une admission en pédopsychiatrie est envisagée ou effectivement mise en œuvre, présentent fréquemment un parcours de vie complexe. Beaucoup d'entre eux ont grandi dans un milieu familial difficile, souvent marqué par la pauvreté et des troubles mentaux chez les parents. Ces jeunes cumulent plusieurs difficultés comme des troubles du développement, des problèmes relationnels, des comportements violents et sexuellement transgressifs (comme auteurs et/ou victimes), une consommation de stupéfiants ou une déficience intellectuelle. Au cours des années, leur parcours les a souvent mis en contact avec différents services sociaux ainsi que les systèmes policiers et judiciaires.

Les données issues de la littérature mettent en évidence que les problèmes mentaux sont particulièrement fréquents parmi les jeunes qui ont eu des démêlés avec la justice, avec des taux de prévalence allant de 30 à 75 %, contre 6 à 16 % dans la population générale des jeunes.

- **1.5.2 Les données statistiques**

Un rapport du SPF Santé Publique réalisé en 2023, ainsi que les données issues du site du système de santé belge « *Vers une Belgique en bonne santé* » permettent de mettre en évidence plusieurs chiffres clés concernant la pédopsychiatrie en Belgique.

Au 1er janvier 2023, 52 hôpitaux disposaient d'un service de santé mentale pour enfants et adolescents, comprenant 27 hôpitaux généraux avec un service psychiatrique (SPHG) et 25 hôpitaux psychiatriques (HP).

Ces structures regroupaient 1 345 lits et places agréés dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents, soit 711 lits en hospitalisation résidentielle, 555 places en hospitalisation de jour et 79 lits en hospitalisation de nuit.

La Région de Bruxelles-Capitale présentait le taux le plus élevé de lits agréés par 100 000 habitants, soit 110. Dans la Région flamande, ce nombre est de 65 et dans la Région wallonne, 63. Dans les hôpitaux des Régions flamande et wallonne, respectivement 95,6 % et 92,1 % des patients habitent dans la région de l'hôpital. Quant aux hôpitaux de la Région de Bruxelles-Capitale, c'est le cas de 50 % des patients.

Entre 2007 et 2021, le nombre de séjours a augmenté de 50,1 %. Cette augmentation atteint 72,7 % dans les SPHG, contre 33,6 % dans les HP. Une baisse des admissions a été observée en 2020, en raison du COVID-19, mais par la suite, on constate une augmentation de toutes les formes de séjours dans les services psychiatriques pour enfants et adolescents, dont une hausse de plus de 50 % du nombre de séjours chez les jeunes de 13 à 17 ans.

En 2021, 8 152 séjours ont été dénombrés en HP et SPHG dans des services psychiatriques pour enfants et adolescents.

Quant à la durée des séjours, environ 80 % des séjours en pédopsychiatrie dans les HP et les SPHG ont une durée de moins de 3 mois.

En 2021, 57 % des patients en psychiatrie pour enfants et adolescents dans les HP et les SPHG étaient de sexe féminin. Par ailleurs, 57 % des séjours dans ces services concernent des patients de 13 à 17 ans.

En 2023, selon le baromètre des secteurs associatifs en Fédération Wallonie-Bruxelles, environ 10 439 enfants étaient placés, dont deux tiers dans une institution et un tiers dans une famille d'accueil.

- **1.5.3 Saturation des services pédopsychiatriques**

Les données statistiques indiquent un besoin accru de soins pour les enfants et adolescents souffrant de problèmes psychiques, d'autant plus que les données continuent d'augmenter au fil du temps.

Le rapport du KCE (2022) souligne un accès inégal aux soins pédopsychiatriques quant à l'offre de soins qui est très variable d'une région à l'autre du pays mais également quant à la disponibilité des ressources.

Le rapport souligne aussi un manque de coordination entre les services, et une importante pénurie de places d'hospitalisation pour les situations d'urgence mais également pour les situations non urgentes, dont les listes d'attente sont particulièrement longues.

Pour aider les services pédopsychiatriques face à l'augmentation des demandes, des équipes de liaison sont déployées. Il s'agit d'équipes composées de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers spécialisés. Elles interviennent dans les services hospitaliers non psychiatriques, comme la pédiatrie ou les urgences, et apportent également un soutien aux soignants dans ces services.

À noter que dans le cadre de la réforme « Psy107 », initiée en 2010-2011, il a été prévu de développer des équipes mobiles dans le but de rapprocher les soins du milieu de vie et de limiter les hospitalisations. Le 30 mars 2015, cette réforme a été progressivement adaptée aux enfants et adolescents à travers la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique, qui a adopté le

« Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA) ». Ces dispositifs seront détaillés plus loin dans ce mémoire.

Toutefois, le manque de places en hospitalisation pédopsychiatrique, ainsi que l'insuffisance de structures capables d'accueillir les jeunes patients nécessitant des soins, parfois rapidement, restent préoccupants.

Cette saturation a des effets importants. Pour les jeunes, cela peut entraîner des retards dans l'accès aux soins, voire des ruptures de soins, ce qui aggrave parfois leur état ou renforce leur mal-être. Du côté des familles, l'attente et le manque de solutions concrètes créent un stress important, une lourde charge mentale, et un sentiment de solitude dans la gestion des difficultés. Cette situation peut davantage détériorer la dynamique familiale et accentuer les tensions au sein du foyer. Enfin, pour les professionnels, la pression constante liée à l'afflux de demandes pèse lourdement sur les équipes. Le manque de ressources, combiné à l'arrivée de jeunes souvent en crise aiguë faute d'avoir pu bénéficier d'un suivi plus tôt, renforce l'épuisement, la frustration et le découragement face aux limites du système. Cette fatigue généralisée affecte la qualité de l'accompagnement et fragilise l'ensemble du dispositif de soins.

2. La revue de la littérature scientifique

Pour construire le cadre théorique de ce mémoire, une recherche documentaire dans la littérature scientifique a été menée dans le but d'identifier les études pertinentes portant sur les méthodes alternatives à la contention en pédopsychiatrie. Cette recherche a été réalisée à partir de plusieurs bases de données scientifiques reconnues, telles que PubMed, Google Scholar et Cairn.info. Ces plateformes ont été choisies en raison de leur richesse en publications scientifiques dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie.

Plusieurs mots-clés ont été utilisés : « alternatives à la contention », « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », « gestion de crise en psychiatrie infantile », « méthodes non restrictives » et « prévention de la contention en pédopsychiatrie ». Ces termes ont également été traduits en anglais, afin d'élargir la recherche : « alternatives to restraint », « child and adolescent psychiatry », « crisis management in psychiatry », « non-restrictive methods in psychiatry » et « prevention of restraint use in child and adolescent psychiatry ». L'utilisation des opérateurs booléens « AND » et « OR » a permis d'affiner les résultats et de cibler les publications en lien direct avec la problématique.

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis. Les articles retenus étaient ceux publiés au cours des dix dernières années (2015-2025), portant sur les enfants et les adolescents dans un contexte de psychiatrie, rédigés en français et en anglais. Ont été exclus les articles antérieurs à cette période de dix ans, ainsi que ceux portant sur des populations psychiatriques adultes.

Après une première sélection basée sur les titres et les résumés, j'ai exclu un grand nombre d'articles qui ne correspondaient pas aux critères énoncés et une lecture approfondie des articles restants a permis de réduire encore davantage la sélection à treize articles jugés pertinents pour ce travail. Ces articles constituent la base du cadre théorique.

Différentes alternatives à la contention seront abordées, en exposant les principes fondamentaux, leur mise en œuvre et quelques résultats d'études. Certaines sont connues et déjà utilisées dans plusieurs services en Belgique tandis que d'autres, sauf erreur de ma part, ne le sont pas encore. Certaines s'inscrivent dans des politiques institutionnelles bien établies, d'autres sont le fruit d'efforts collectifs d'équipes soucieuses d'améliorer les pratiques. Toutes témoignent d'une volonté d'aider les jeunes en souffrance psychologique de manière plus humaine et plus adaptée à leurs besoins.

2.1 Le vécu de l'isolement et de la contention physique chez les patients et les soignants

La contention physique est généralement considérée comme potentiellement traumatisante, tant pour les jeunes que pour les professionnels. Méndez et al. (2020), analysant les données d'entretiens menés auprès de 24 adolescents hospitalisés en psychiatrie en Espagne, ont constaté que 71 % d'entre eux estimaient que la contention était violente, humiliante ou injuste. Plusieurs d'entre eux expriment un sentiment de peur et de perte de contrôle sur leur corps, et expliquent que le recours à la contention réactive également des traumatismes existants. Cette expérience engendre une méfiance persistante envers le personnel médical et constitue un obstacle à la thérapie.

Dans le même sens, Slaatto et al. (2021) expliquent que l'isolement entraîne chez la majorité des enfants une augmentation de l'anxiété, de la peur, de la colère et de l'hostilité.

Ils montrent également que la contention physique peut être vécue comme une expérience douloureuse, perçue comme dégradante par les jeunes. Ces interventions peuvent aggraver la détresse du patient et ternir l'image qu'il a de l'équipe soignante. Toutefois, quelques patients expriment que l'isolement est un moment de sécurité ou d'apaisement.

Du point de vue des professionnels de santé, la situation est tout aussi complexe. Kelly et al. (2023) rapportent que 80 % des professionnels interrogés ressentaient du stress ou de la culpabilité après le recours à la contention, beaucoup la percevant comme un échec thérapeutique ou une rupture de la relation thérapeutique. Les auteurs expliquent que, dans les services où la contention était plus fréquente, le climat de l'équipe se dégrade, l'absentéisme augmente et les praticiens adoptent une attitude défensive dans leur pratique.

Beattie et al. (2019) soulignent que ces situations peuvent entraîner chez les soignants un traumatisme secondaire ou un épuisement professionnel, réduisant ainsi leur capacité à prodiguer des soins thérapeutiques et engendrant des conséquences néfastes pour leur propre santé.

De Luca et Chenivresse (2017) ont rapporté des sentiments ambivalents exprimés par les soignants après des épisodes de contention ou d'isolement, notamment un sentiment de soulagement face au fait que les débordements du patient aient pu être limités, mais en même temps une anxiété à l'idée de devoir à nouveau être confrontés au patient, ainsi qu'un sentiment d'échec, voire de culpabilité de n'avoir pu, par la communication ou par un autre moyen, maintenir une alliance thérapeutique et éviter le recours à cette mesure.

Dans certaines situations plus graves, comme lorsqu'un soignant est blessé, un sentiment de colère peut émerger au sein de l'équipe.

Ces constats renforcent l'idée que la contention ne doit être envisagée qu'en dernier recours et que d'autres méthodes doivent être intégrées aux plans de soins.

2.2 La formation du personnel

De manière générale, la majorité des soignants arrive en pédopsychiatrie avec une formation initiale qui reste très limitée en matière de gestion des troubles psychiques, en particulier chez les enfants et les adolescents. La psychiatrie et la pédopsychiatrie sont souvent peu abordées durant les différents cursus scolaires des professionnels, ce qui peut rendre difficile l'adaptation à ce type de pratique clinique. Ce manque de préparation est d'autant plus problématique lorsqu'il s'agit d'éviter le recours à des pratiques coercitives comme la contention. Dès lors, il apparaît indispensable de proposer des formations complémentaires, centrées sur des compétences spécifiques telles que l'écoute active, la désescalade, la communication non violente ou encore la compréhension des troubles du comportement. Ces outils permettent aux professionnels de mieux gérer les situations de crise et de privilégier des réponses adaptées.

Il est important de noter que l'utilisation d'outils ou d'approches alternatives ne peut se faire sans un cadre de formation adapté. Comprendre la finalité de chaque outil et s'assurer de sa bonne application sont des éléments essentiels pour son intégration dans le quotidien de l'équipe.

Kelly et al. (2023), par exemple, notent que la mise en œuvre des Six Core Strategies dans des unités psychiatriques pour adolescents aux États-Unis a été efficace en partie grâce à la formation du personnel axée sur la désescalade verbale, la gestion des comportements difficiles et la communication non violente.

Lefèvre-Utile et al. (2023) soulignent que la mise en œuvre de ces modèles requiert une formation et un soutien continu, notamment par le biais des supervisions cliniques et des groupes de discussion. Ces actions renforcent la confiance des professionnels dans la gestion des situations de crise, contribuant ainsi à prévenir le recours à des méthodes coercitives, parfois favorisé par l'absence de directives claires ou d'approches alternatives connues.

De plus, la formation des nouveaux membres du personnel dès leur arrivée est un facteur clé pour garantir des soins adaptés aux patients.

2.3 Utiliser les compétences relationnelles dans la désescalade des crises

Les compétences relationnelles sont essentielles pour prévenir les crises et les comportements violents.

La communication non violente, la reformulation empathique, l'écoute active et d'autres techniques permettent de désamorcer les situations conflictuelles dès leur apparition. Plusieurs études ont démontré que ces interventions, utilisées systématiquement au sein d'un service, réduisent le recours à des mesures coercitives.

Kelly et al. (2023) montrent que les unités ayant formé leurs équipes à ces approches relationnelles enregistrent une baisse notable du recours à la contention physique. Ces approches favorisent l'instauration d'un cadre sécurisant et bienveillant pour les patients.

Perers et al. (2021) évoquent des stratégies d'influence visant à modérer le comportement du patient afin de réduire le risque de violence et de préserver l'alliance thérapeutique. Le personnel soignant joue alors un rôle de guide, en proposant des alternatives concrètes (par exemple, en l'invitant à se promener dans le jardin ou à s'asseoir sur un banc à l'extérieur).

L'objectif est d'intervenir avant que la situation ne devienne critique. Les soignants s'appuient sur leurs connaissances de la personne et de ses besoins relationnels. Ils adoptent une posture d'adultes de confiance, préservant la relation avec le jeune.

Enfin, De Luca et Chenivresse (2017) rappellent que, dans le contexte de l'isolement ou de la contention, la qualité de la relation entre le soignant et le patient reste déterminante. L'attitude des professionnels, la clarté des informations données, la manière d'expliquer la mesure ainsi que la qualité de la surveillance influencent fortement la manière dont le patient vit cette expérience et jouent un rôle essentiel dans le maintien de la relation de confiance avec l'équipe.

2.4 L'implication des jeunes dans les décisions de soins et dans le vécu de leur hospitalisation

De plus en plus d'études soulignent l'importance d'impliquer activement les jeunes dans leur parcours de soins en pédopsychiatrie. Cette participation contribue à renforcer leur sentiment de sécurité, leur adhésion au projet thérapeutique et peut limiter le recours à des mesures coercitives.

Méndez et al. (2020) rapportent que la construction d'outils tels que les contrats de comportement ou les protocoles personnalisés permet d'anticiper les situations de tension, tout

en favorisant un sentiment de contrôle chez le jeune. Élaborés conjointement par le professionnel de santé et le patient, ces outils contiennent des stratégies concrètes que le jeune peut utiliser et mettre en œuvre de manière autonome en cas de crise ou avec un soutien professionnel complémentaire.

Lefèvre-Utile et al. (2023) décrivent l'impact positif de ce travail sur le climat de l'unité. En rendant les patients acteurs de leur parcours de soins, les équipes constatent que les jeunes sont plus enclins à collaborer, moins susceptibles d'adopter des comportements agressifs et entretiennent de meilleures relations avec leurs pairs et l'équipe.

Dans une perspective similaire, De Luca et Chenivresse (2017) rappellent l'intérêt d'un entretien centré sur le vécu de l'isolement, systématiquement proposé directement après la levée de la mesure mise en place. Ils soulignent cependant que le recul temporel peut être bénéfique. Le fait de renouveler cet échange quelques jours plus tard permettrait au jeune de donner davantage de sens à l'expérience vécue.

2.5 Les activités de médiation corporelle et expressive

Les activités de médiation corporelle et expressive occupent une place croissante dans les dispositifs de prévention des comportements violents en pédopsychiatrie.

De nombreux services proposent désormais des ateliers structurés, comme des activités sportives, artistiques, musicales ou de jardinage, offrant ainsi aux jeunes des moyens de s'exprimer et de canaliser leur énergie.

Selon De Luca et Chenivresse (2017), ces médiations, lorsqu'elles sont considérées comme de véritables outils thérapeutiques et intégrées à la stratégie de soins individualisée, favorisent l'ancrage corporel et relationnel des jeunes, leur permettant de renouer avec les sensations, de retrouver leur sensibilité et de reprendre le contrôle d'eux-mêmes.

Elles contribuent également à créer une atmosphère plus paisible au sein de l'unité en favorisant des relations positives entre les jeunes et avec les soignants.

Les résultats observés comprennent une diminution des conflits et des tensions au sein du groupe, ainsi qu'une implication accrue du patient dans ses propres soins.

Pour les professionnels, ces espaces sont perçus comme une occasion de communiquer avec les jeunes et de développer une relation thérapeutique dans un cadre moins formel que les pratiques de soins.

2.6 Les salles d'apaisement

Les salles d'apaisement, également appelées « sensory rooms » ou « safe rooms », sont des espaces aménagés dans les unités de soins pour offrir aux jeunes un environnement sécurisant, accessible de manière volontaire, dans lequel ils peuvent se retirer lorsqu'ils en ressentent le besoin, selon les possibilités du service.

Méndez et al. (2020) et Lefèvre-Utile et al. (2023) les décrivent comme des environnements sensoriellement modulables, pouvant être verrouillés ou non, incluant des fauteuils confortables, des éclairages doux et des objets sensoriels ayant pour objectif d'aider les patients à s'autoréguler, en particulier lors de pics d'anxiété et/ou d'agressivité.

Les effets observés dans les unités ayant adopté ce type d'espaces sont nombreux : diminution du recours à l'isolement, amélioration du sentiment de contrôle chez les jeunes, régulation émotionnelle plus rapide lors des situations de tension (Méndez et al., 2020 ; Lefèvre-Utile et al., 2023).

Une forme particulière de ces salles est appelée salle Snoezelen. Initialement développée aux Pays-Bas, elle a ensuite été adoptée par plusieurs institutions belges. Une salle Snoezelen est équipée de dispositifs stimulant les sens, tels que des objets à toucher (balles anti-stress, pâte à modeler), des couvertures lestées, des lumières colorées et une musique relaxante. Plusieurs structures en Belgique proposent désormais ces salles dans le cadre de leur programme thérapeutique, principalement pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique ou de troubles anxieux, afin de favoriser leur régulation sensorielle et émotionnelle.

Les études scientifiques analysées mettent en évidence plusieurs résultats concernant l'utilisation des salles d'apaisement et leur impact sur le recours à la contention ou à l'isolement.

Seckman et al. (2017) ont étudié une unité d'hospitalisation américaine pour adolescents de 12 à 17 ans présentant des troubles émotionnels et comportementaux. Ils ont mesuré les taux d'isolement et de contention six mois avant et six mois après la mise en place d'une salle d'apaisement. Ils ont observé une réduction du recours à la contention (-32,8 %), ainsi qu'une diminution des comportements agressifs des patients.

De leur côté, West et al. (2017) ont étudié une unité d'hospitalisation australienne pour adolescents âgés de 12 à 18 ans, en comparant, durant une année, 56 utilisateurs de salle d'apaisement et 56 non-utilisateurs. Les résultats ont montré une réduction statistiquement

significative de l'anxiété après l'utilisation de la salle d'apaisement, la réduction la plus importante étant observée chez les adolescents ayant des antécédents d'agressivité. Toutefois, il n'y avait pas de différence significative dans les taux d'isolement avec contention avant et après la mise en place de la salle d'apaisement.

Bobier et al. (2016) ont mené une étude pilote dans une unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents en Nouvelle-Zélande, accueillant des patients jusqu'à l'âge de 18 ans. Cette étude portait sur l'introduction d'une salle sensorielle non verrouillée au sein de l'unité. Les résultats ont montré une diminution significative des épisodes d'isolement (verrouillés) entre les six mois précédant et les six mois suivant l'introduction des salles sensorielles, ainsi qu'une légère diminution des épisodes d'isolement avec contention complète.

Ces résultats suggèrent que les salles d'apaisement constituent une méthode pertinente pour prévenir les situations de crise et favoriser l'autorégulation. Leur intégration dans les unités de soins représente un moyen concret de réduire le recours à la contention.

2.7 Les équipes mobiles comme dispositif de prévention

De nombreuses études soulignent l'intérêt croissant des équipes mobiles de crise dans la prévention des hospitalisations et, par conséquent, dans la réduction du recours à la contention physique et à l'isolement. De Luca et Chenivresse (2017) rappellent que ces équipes, souvent composées de professionnels issus de différentes disciplines (psychologues, psychiatres, infirmiers, éducateurs spécialisés), interviennent directement dans le milieu de vie du jeune, que ce soit au sein de sa famille, à l'école ou dans une institution. Leur approche systémique et collaborative permet d'agir en amont de la crise, d'accompagner le jeune et son entourage dans un cadre familial, et de maintenir le lien avec les structures de soins.

Cette intervention vise à éviter l'hospitalisation des jeunes en prévenant les admissions d'urgence et, lorsque cela est possible, en favorisant leur maintien à domicile ou une admission volontaire dans un environnement plus calme.

En intervenant à domicile dès les premiers stades, les équipes mobiles peuvent parfois éviter que la situation ne se détériore au point de nécessiter une hospitalisation d'urgence, au cours de laquelle le jeune est souvent admis dans un état de grande détresse et risque davantage d'être soumis à des mesures coercitives.

En Belgique, le déploiement d'équipes mobiles fait partie d'une réforme du système de soins de santé mentale : la réforme dite « Psy107 », qui a débuté en 2010-2011. L'objectif est de désinstitutionnaliser les soins par le développement de services communautaires et le renforcement des interventions à domicile.

Cette réforme a ensuite été adaptée aux enfants et aux adolescents. Le 30 mars 2015, la Conférence interministérielle de santé publique a adopté le Guide pour une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents (SMEA), qui préconise une politique couvrant l'ensemble du parcours de soins : prévention et promotion de la santé mentale, services de soins spécialisés, interventions de première ligne et soins ambulatoires.

Dans ce cadre, 11 réseaux SMEA ont été créés, regroupant l'ensemble des acteurs concernés (hôpitaux, services de jour, équipes mobiles, services jeunesse, écoles, etc.), afin d'assurer une continuité et une coordination optimales des soins. Ce travail en réseau vise à apporter une aide et une intervention rapides et adaptées aux jeunes en difficulté psychologique, en tenant compte de leur environnement quotidien.

Ces dispositifs visent à prévenir les interruptions de soins, à renforcer les liens entre les services et à promouvoir des alternatives à l'hospitalisation.

2.8 Six Core Strategies

Le modèle des « Six Core Strategies », développé aux États-Unis par la National Association of State Mental Health Program Directors, propose une approche systémique et institutionnelle visant à prévenir et réduire le recours à la contention et à l'isolement dans les services psychiatriques. Il ne s'agit pas uniquement d'un ensemble d'outils techniques, mais d'un véritable changement organisationnel impliquant l'ensemble de l'institution.

Ce modèle repose sur six axes principaux :

1. Un engagement visible de la direction en faveur du changement.
2. Une collecte et une analyse systématiques des données liées aux pratiques coercitives.
3. La formation continue des professionnels.
4. L'implication des patients et de leurs familles dans la construction des plans de soins.
5. L'adoption d'outils de prévention proactive.

6. Une révision post-événement des situations de crise afin de favoriser l'amélioration continue.

Plus concrètement, ce modèle repose sur l'idée que la réduction des mesures coercitives ne dépend pas uniquement des soignants présents sur le terrain, mais de l'ensemble de l'organisation. Il est nécessaire qu'un changement global soit mis en place : de l'engagement clair de la direction en faveur de la réduction des pratiques coercitives jusqu'à l'analyse post-événement des situations de crise, en passant par les autres axes cités précédemment.

Slaatto et al. (2021) identifient l'engagement de l'équipe envers l'approche, un cadre institutionnel clair et des objectifs partagés comme éléments clés du succès.

Dans le cadre d'un projet pilote mené au sein d'une unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Norvège, sur une période de six mois, les auteurs montrent que la mise en œuvre des stratégies décrites a permis de réduire de 67 % le nombre d'épisodes de contention et de diminuer significativement le temps passé sous contention.

Roy et al. (2021) rapportent son utilisation dans une unité pour adolescents en France. Dans cette étude, l'affinement du suivi des indicateurs de contention permet de repérer plus facilement les risques d'escalade. Le renforcement des compétences des soignants par la formation leur a permis de se sentir plus aptes à désamorcer efficacement les crises. L'élaboration par les jeunes d'un plan d'action pour gérer les situations critiques a également contribué à consolider le lien soignant-soigné. Même si les personnes interrogées ne disposaient pas de données chiffrées, elles ont constaté que le recours à l'isolement et à la contention physique a diminué et que la qualité de l'accompagnement quotidien s'est améliorée.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que ce modèle peut contribuer à une réduction des pratiques coercitives, bien que son efficacité semble dépendre d'une réorganisation institutionnelle importante.

2.9 Trauma-Informed Care / L'approche de soins informés par les traumatismes

Le Trauma-Informed Care (TIC) repose sur l'idée que de nombreux jeunes hospitalisés en pédopsychiatrie ont été exposés à des expériences traumatiques qui influencent directement leurs comportements (maltraitance, négligence, violences...).

Méndez et al. (2020) ont interrogé 38 jeunes hospitalisés dans des unités de crise psychiatrique pour enfants et adolescents et ont constaté que 65 % d'entre eux présentaient des antécédents de maltraitance ou de négligence. Dès lors, les comportements « perturbateurs » ne semblent

pas relever d'une opposition volontaire, mais plutôt une stratégie d'adaptation ou de défense. Il est donc essentiel d'adapter les soins et l'accompagnement à leurs vécus traumatiques.

Selon Bryson et al. (2017), le TIC est une stratégie de changement organisationnel qui aligne l'ensemble du fonctionnement institutionnel sur des principes thérapeutiques visant à éviter la « retraumatisation » par des interactions non coercitives entre le soignant et le patient.

Cette approche met l'accent sur la clarté du cadre et des règles, la communication empathique, la validation des émotions, ainsi que sur des interventions centrées sur le patient telles que des activités ludiques ou sportives (Hidalgo et al., 2016), des approches de débriefing et de résolution de problèmes, ainsi que la mise en place de routines sécurisantes (Azeem et al., 2015).

Elle s'inscrit également dans une logique fondée sur les forces du jeune (Forrest et al., 2018), en cherchant à construire une alliance thérapeutique solide afin de réduire le recours aux pratiques coercitives.

Concrètement, le TIC repose sur l'hypothèse que derrière certains comportements problématiques se cache un besoin non satisfait (Kelly et al., 2023). En reconnaissant que ces comportements peuvent être l'expression d'un vécu traumatique et non une opposition volontaire, le TIC modifie la posture des équipes face aux situations de crise, en s'appuyant sur les différentes stratégies et outils intervenant à trois niveaux complémentaires.

Au niveau environnemental, cela signifie rendre l'environnement plus prévisible et plus sûr en enseignant et en expliquant les règles et en limitant les changements brusques qui engendrent l'insécurité.

Au niveau de la relation soignant-soigné, cela signifie être à l'écoute, valider les émotions et communiquer avec empathie, contribuant ainsi à mieux gérer la détresse émotionnelle.

Au niveau institutionnel, le TIC nécessite un soutien structuré aux équipes par le biais de formations continues, d'un encadrement professionnel et de supervisions.

Bryson et al. (2017) insistent d'ailleurs sur le fait que les équipes doivent être soutenues tout au long du changement, notamment par de la formation continue, du coaching et de la supervision.

Les résultats rapportés dans la littérature sont globalement positifs. Dans la revue menée par Bryson et al. (2017), qui se concentrait sur les études portant sur la mise en œuvre du TIC dans

des structures psychiatriques ou résidentielles pour jeunes, 9 études sur 13 ont montré une diminution significative du recours à la contention ou de l'isolement.

Kelly et al. (2023) ont constaté qu'un an après l'introduction d'une approche basée sur le TIC, le recours à la contention dans les unités étudiées a diminué de 40 %. Les jeunes ont déclaré se sentir plus en sécurité et plus respectés, et les professionnels se sont sentis mieux équipés pour comprendre les réactions et les comportements des patients.

Les données suggèrent que les stratégies fondées sur le TIC ont des effets plus larges sur la santé mentale des patients, notamment une diminution des symptômes de trouble de stress post-traumatique, une amélioration du sentiment de sécurité ainsi qu'une réduction de la durée des hospitalisations (Boel-Studt, 2017). Les interventions centrées sur le patient, reposant sur le TIC, permettent d'améliorer les stratégies de désescalade et de réduire les pratiques coercitives (Matte-Landry & Collin-Vézina, 2022). De plus, cette approche permet aux soignants de dispenser de meilleurs soins en renforçant leur capacité à agir de manière thérapeutique et en contribuant à améliorer leur satisfaction au travail (Griffing et al., 2021).

Dans le cadre précis de la contention et de l'isolement, le TIC vise à réduire la probabilité que des situations de crise se produisent et, dès son élaboration et sa mise en œuvre, permet à l'équipe d'être mieux préparée et soutenue.

Le Trauma-Informed Care apparaît comme une approche pertinente et cohérente pour faciliter la réduction du recours à l'isolement et à la contention en pédopsychiatrie.

2.10 Le Collaborative Problem Solving / Le modèle de résolution collaborative de problèmes

Le Collaborative Problem Solving (CPS), développé par Ross Greene, repose sur le principe que les jeunes en difficulté ne sont pas en opposition volontaire, mais qu'ils ne possèdent pas toujours les compétences nécessaires pour répondre aux exigences qui leur sont imposées. Plutôt que de punir ou de menacer, cette approche vise à identifier ces lacunes et ces besoins non satisfaits, et à accompagner les jeunes dans la recherche de solutions mutuellement acceptables (Perers et al., 2021).

Comme l'indiquent Black et al. (2020), le modèle CPS propose trois types de plans pour répondre aux demandes adressées à un enfant ou un adolescent dans un cadre thérapeutique. Le plan A consiste à imposer au patient les demandes de l'adulte, le plan C consiste à mettre de

côté temporairement ces demandes, et le plan B, qui est le cœur du modèle CPS, consiste à développer de manière collaborative les compétences qui lui font défaut grâce à un processus en trois étapes.

L'empathie est la première étape. Elle consiste pour le clinicien à collaborer avec le jeune afin de mieux comprendre les raisons de ses difficultés à répondre aux demandes.

La deuxième étape concerne la préoccupation de l'adulte. Elle invite le soignant à réfléchir à la signification de cette demande, à son utilité et à la possibilité de l'ajuster.

La dernière étape, l'invitation à la discussion, implique une recherche conjointe de solutions acceptables pour tous, répondant aux besoins de l'enfant et aux demandes du soignant (Black et al., 2020).

Dans l'étude menée par Black et al. (2020), les auteurs ont examiné l'application du modèle CPS dans une unité d'hospitalisation de 16 lits pour enfants et adolescents en Nouvelle-Zélande. Un an après la mise en œuvre du modèle, le recours à l'isolement a diminué de 98 %, avec une réduction de 30 % des contentions partielles et de 60 % des contentions totales. Aucune augmentation de la durée d'hospitalisation, de l'agressivité envers le personnel ou du nombre de disparitions de patients n'a été observée.

De plus, les enquêtes menées auprès du personnel soignant ont révélé un fort soutien au modèle CPS et une appréciation très positive de son utilité. Certains jeunes interrogés estimaient que le CPS les avait aidés à adopter des comportements plus adaptés et à développer des compétences favorisant une meilleure résolution des problèmes.

Néanmoins, l'utilisation du modèle CPS a engendré certaines difficultés. Celles-ci étaient principalement liées à la stabilité du modèle, en raison du turnover important des membres du personnel. Celui-ci compliquait l'uniformité des pratiques, surtout lorsque certains soignants n'étaient pas encore formés à l'approche.

Des résultats convergents sont rapportés dans d'autres études. Ercole-Fricke et al. (2016), dans une étude menée sur une période de cinq ans au sein d'une unité psychiatrique d'urgence aux États-Unis accueillant des jeunes âgés de 12 à 17 ans, ont observé une diminution statistiquement significative des stratégies telles que les procédures de restriction en chambre. Les auteurs soulignent que les épisodes de contention étaient déjà peu fréquents au départ, mais

qu'ils ont néanmoins continué à diminuer, bien que cette réduction n'ait pas atteint le seuil de signification statistique.

Dans une autre étude, Sams et al. (2016) ont intégré le modèle CPS dans une approche multi-composantes fondée sur les forces (strength-based care), au sein d'une unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents âgés de 5 à 18 ans. Cette approche repose sur l'idée que les compétences, les centres d'intérêt et les ressources de l'individu constituent des leviers essentiels dans l'élaboration d'un projet thérapeutique efficace. La combinaison du CPS avec cette philosophie de soins a permis d'observer une réduction de 75 % du nombre total d'heures d'isolement et de contention sur une période d'un an, bien que la signification statistique de cette diminution ne soit pas précisée par les auteurs. L'initiative englobait également plusieurs interventions complémentaires, parmi lesquelles : un groupe de pleine conscience destiné aux adolescents, un groupe de thérapie comportementale, de la thérapie assistée par les animaux, ainsi qu'une thérapie d'acceptation et d'engagement.

Dans l'ensemble, les données suggèrent que le Collaborative Problem Solving est une approche structurée et pertinente qui contribue à réduire le recours à la contention physique en modifiant à la fois l'attitude des professionnels et l'implication des jeunes dans leur parcours de soins.

Conclusion

L'analyse de la littérature met en évidence que le recours à la contention et à l'isolement en pédopsychiatrie s'inscrit dans des contextes cliniques difficiles, avec des conséquences importantes tant pour les jeunes que pour les professionnels. Les patients perçoivent ces mesures comme violentes ou injustes, avec des répercussions évidentes sur l'alliance thérapeutique, tandis que les équipes subissent des tensions émotionnelles ainsi que des dilemmes éthiques liés à leur utilisation.

Les données scientifiques montrent néanmoins qu'il existe des alternatives structurées et que, une fois mises en place, elles permettent de réduire le recours aux pratiques coercitives. Certaines interventions sont plus directes et ciblées, comme les salles d'apaisement ou les activités de médiation corporelle et expressive, offrant aux jeunes des moyens concrets de réguler leurs émotions et de désamorcer les crises. D'autres sont des modèles organisationnels, tels que les Six Core Strategies, qui s'inscrivent dans une dynamique de transformation des pratiques.

Cette transformation est rendue possible par un travail coordonné, allant de l'engagement de la

direction en faveur du changement des pratiques jusqu'à la mise en œuvre de stratégies sur le terrain.

3. Rencontres avec des témoins privilégiés

Dans le prolongement du cadre théorique, cette troisième partie vise à approfondir la compréhension des pratiques liées à la contention et à l'isolement en pédopsychiatrie. Des entretiens ont été réalisés auprès de cinq témoins privilégiés, impliqués dans la thématique.

Ces entretiens ont été menés sous la forme de libre-échange, tout en s'appuyant sur un canevas de questions préalablement défini. Les professionnels interrogés présentent des parcours, des formations et des expériences variés, permettant d'aborder le sujet sous différents angles et à travers des perceptions diversifiées.

L'objectif de cette démarche est d'explorer leurs expériences, leurs pratiques ainsi que les stratégies mises en place pour limiter le recours à la contention physique. Ces échanges apportent un éclairage concret sur la réalité du terrain et permettent d'identifier les leviers ainsi que les obstacles rencontrés dans l'application des alternatives.

La retranscription complète de l'un des entretiens est présentée en annexe.

3.1 Entretien n°1 – Pédopsychiatre

L'entretien n°1 a été mené auprès d'un pédopsychiatre exerçant depuis 1995. Il est actuellement chef de service dans deux unités de pédopsychiatrie et intervient également en institution publique de protection de la jeunesse (IPPJ) ainsi qu'en consultation. Son parcours professionnel, s'étendant sur plus de trente années, lui a permis d'acquérir une vaste expérience du travail auprès d'adolescents présentant des troubles du comportement et des pathologies psychiatriques, ainsi que de la gestion des crises.

Le professionnel décrit un public particulièrement difficile à gérer, composé de jeunes souffrant de troubles de santé mentale et présentant des difficultés à réguler leur comportement, souvent inscrits dans un parcours judiciaire. Ce sont des jeunes impulsifs qui peinent à maîtriser leurs émotions et à se contrôler.

Dans ce contexte, il introduit une distinction essentielle entre la notion de contention physique et celle de « contenance ». Selon lui, la problématique ne se limite pas à l'acte de contenir physiquement un patient, mais renvoie plus largement à la capacité de l'équipe à offrir un cadre stable, sécurisant et cohérent.

« Ce sont des jeunes qui ont besoin de sentir que les limites sont clairement définies et qu'ils ont face à eux une équipe qui reste ferme. »

Cette notion de contenance revient fréquemment dans son discours et l'amène à envisager la contention physique comme une étape visant à structurer et sécuriser le jeune.

Dans certaines situations, le recours à la contention physique ou à l'isolement devient nécessaire, notamment lorsque les comportements du jeune représentent un danger pour lui-même, pour les autres patients ou pour les professionnels. Il insiste toutefois sur le fait que ces mesures ne sont jamais envisagées comme une sanction, mais comme un moyen de maintenir un cadre de soin sécurisant.

« On est là pour toi [...] on continue à travailler avec toi, malgré ce qui vient de se passer. »

Cette attitude témoigne d'une volonté de maintenir la relation thérapeutique malgré l'utilisation de mesures potentiellement vécues comme contraignantes. La contention apparaît ainsi comme un outil permettant d'éviter une rupture du soin, ce qui constitue un enjeu majeur en pédopsychiatrie.

Le pédopsychiatre associe les comportements agressifs aux réalités biologiques du développement cérébral. Il souligne que, chez les plus jeunes, les capacités de régulation émotionnelle sont encore limitées en raison de l'immaturité du cortex préfrontal, structure impliquée dans le contrôle des impulsions et la gestion des émotions. À l'inverse, les systèmes émotionnels et pulsionnels sont particulièrement actifs à cette période, ce qui favorise des réactions impulsives et parfois violentes.

Dans ce contexte, le patient peut rencontrer des difficultés à comprendre les instructions ou à mobiliser ses propres ressources d'autorégulation, et peut adopter des comportements d'opposition et de destruction en état de tension.

Les adolescents plus âgés, quant à eux, peuvent tirer davantage profit de stratégies alternatives issues de la communication ou de la négociation.

Par ailleurs, le professionnel met en évidence une évolution notable des pratiques au fil du temps, en lien avec des changements de structure et d'organisation. Il insiste notamment sur le rôle déterminant de l'architecture des unités dans la prévention des situations de crise. Le passage à des espaces plus adaptés, notamment avec des chambres individuelles, a permis de réduire significativement le recours à l'isolement.

« Les facteurs architecturaux jouent un rôle dans la diminution des comportements agressifs. »

Cette réduction semble également liée à la diminution du nombre de chambres d'isolement avec contention disponibles dans l'unité. Alors qu'il y en avait plusieurs, il n'en reste plus qu'une. Cette réduction a contribué à limiter le recours à cette pratique, en incitant les équipes à rechercher plus activement des solutions alternatives.

Ces éléments soulignent l'importance des facteurs environnementaux et organisationnels dans la gestion des comportements difficiles et indiquent que la réduction de la contention ne dépend pas uniquement des pratiques individuelles, mais également des conditions dans lesquelles les soins sont dispensés.

En complément de ces éléments structurels, le pédopsychiatre insiste sur la prévention au quotidien. Celle-ci repose notamment sur la présence active et continue des soignants, particulièrement dans les moments informels, où les tensions entre adolescents peuvent émerger.

De ce point de vue, la mise en place d'activités structurées apparaît comme un levier important. Elles permettent non seulement de réduire les tensions, mais aussi d'instaurer un cadre structurant fondé sur des règles connues et partagées. Elles constituent ainsi une alternative indirecte à la contrainte, puisqu'elles agissent en amont de la crise.

Le pédopsychiatre évoque les bienfaits du dialogue et de la désescalade pour apaiser les tensions au sein de l'unité de soins. Il décrit différentes solutions, comme la mise à distance temporaire du jeune dans sa chambre, les interventions verbales avec les différents professionnels présents au sein de l'unité ou encore l'ajustement des traitements médicamenteux. Toutefois, il reconnaît que ces stratégies ne sont pas toujours suffisantes, notamment lorsque la crise survient de manière brutale.

« Il y a des situations où l'explosion est soudaine [...] et là nous devons réagir immédiatement. »

Parmi les alternatives proposées, l'utilisation de la chambre du patient ou de la salle d'apaisement constitue une stratégie fréquemment employée qui permet au jeune de s'éloigner de l'agitation de ses pairs et de bénéficier d'un cadre protecteur.

Le professionnel mentionne également l'existence de programmes de formation destinés au personnel, axés sur la désescalade et la gestion de l'agressivité, mais déplore que certaines de

ces formations semblent davantage viser à gérer les conséquences sécuritaires des situations violentes qu'à développer des alternatives.

Un aspect particulièrement intéressant du discours concerne la proposition de collaborer avec les patients pour élaborer des mesures anticipatives. Il suggère d'impliquer activement les patients dans une réflexion sur la manière dont ils peuvent mieux gérer leurs émotions.

« Qu'est-ce que tu penses qui pourrait t'aider ? [...] on le responsabilise. »

Cette approche s'inscrit dans une logique de participation des patients à leurs propres soins et dans une démarche plus collaborative. Elle permet de valoriser les compétences du jeune et de favoriser son engagement dans le processus thérapeutique, tout en constituant une piste pertinente pour réduire le recours à la contention.

Concernant les effets de la contention, le pédopsychiatre met en évidence les risques associés, en particulier le risque de retraumatisation.

« Cela peut entraîner une retraumatisation [...] le jeune peut se sentir à la merci d'autrui. »

Cette dimension est particulièrement importante en pédopsychiatrie, où de nombreux patients ont été victimes de maltraitance ou ont vécu des expériences traumatiques. Le recours à la contention peut ainsi réactiver des traumatismes passés et engendrer une détresse considérable.

Enfin, le professionnel évoque un axe d'amélioration dans les pratiques actuelles. Il souligne l'absence de débriefings après les épisodes de contention, tant avec les patients qu'au sein de l'équipe, pour analyser les événements, en tirer des enseignements, adapter les pratiques et se soutenir mutuellement. Il évoque également le vécu parfois difficile des soignants face à ces interventions.

Cet entretien illustre que la contention physique, bien que parfois nécessaire, s'inscrit dans un ensemble d'interventions cliniques, relationnelles, organisationnelles et environnementales. Il souligne que sa réduction ne peut se limiter à la mise en place d'alternatives ponctuelles, mais nécessite une approche globale combinant prévention, cadre institutionnel, implication du patient et travail d'équipe.

3.2 Entretien n°2 – Directrice des soins infirmiers

L'entretien n°2 a été réalisé auprès d'une directrice des soins infirmiers d'un hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents, qui a occupé pendant plusieurs années le poste d'infirmière en chef.

Infirmière de formation, spécialisée en psychiatrie, elle bénéficie d'un parcours professionnel de plus de trente ans dans le domaine de la santé mentale, dont plus de vingt-cinq années auprès d'adolescents. Son expérience clinique et managériale lui confère une vision à la fois opérationnelle et institutionnelle des pratiques de contention et des alternatives mises en place.

D'emblée, la professionnelle affirme que la mise en contention n'est pas la norme, qu'elle est appliquée en dernier recours, après avoir épuisé toutes les autres solutions et lorsque le patient présente un risque majeur pour lui-même ou pour autrui. Dans cette perspective, la contention s'inscrit dans une logique de protection face à une situation clinique jugée critique, notamment en présence de comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs sévères.

Cette approche met en évidence une conception de la contention comme un outil de sécurité plutôt que comme une réponse disciplinaire. La professionnelle rappelle à plusieurs reprises qu'une telle mesure implique une atteinte à un droit fondamental, à savoir la liberté individuelle, ce qui renforce la nécessité de l'encadrer strictement et de la limiter autant que possible.

« Mettre quelqu'un sous contention, ce n'est pas rien : on prive quelqu'un d'un droit fondamental, qui est sa liberté. »

Elle souligne notamment la difficulté parfois particulière de certains profils de patients, en particulier les jeunes hospitalisés contre leur volonté dans un contexte médico-légal. Ces jeunes présentent souvent une faible demande de soins, une conscience limitée de leurs troubles et éprouvent des difficultés importantes à établir une alliance thérapeutique avec les adultes. Selon elle, cette difficulté relationnelle s'explique fréquemment par des trajectoires de vie marquées par la maltraitance, la trahison ou des ruptures répétées de confiance. C'est dans de tels contextes qu'une alliance met du temps à se construire et qu'elle est souvent fragile, ce qui rend la prévention des crises plus difficile.

« Ces jeunes ne veulent pas être hospitalisés [...] ils sont très peu dans une demande d'aide. »

Par ailleurs, elle met en évidence une évolution nette des pratiques au sein de son institution, marquée par un engagement clair en faveur d'une réduction du recours aux mesures de

contention, fondée sur une culture davantage axée sur la prévention, l'anticipation des crises et le renforcement des soins centrés sur la personne. Elle indique que cette transformation a permis une diminution importante des mises en chambre d'isolement, grâce au développement simultané d'alternatives concrètes, d'une réflexion clinique collective et d'un investissement accru dans la formation des équipes.

Un élément significatif de cette évolution réside dans le changement de terminologie utilisé au sein de l'institution. Le terme de « chambre d'isolement » a été remplacé par celui de « chambre de sécurité », afin de recentrer le sens de cette mesure sur sa fonction première, à savoir la protection du patient et de son environnement. Ce changement de terminologie n'est en aucun cas anodin ; il reflète une volonté institutionnelle de redonner du sens à cette pratique et d'éviter une représentation uniquement punitive ou excluante de cette mesure.

Concernant les effets de la contention, la directrice met en évidence un vécu émotionnel souvent intense, tant pour les patients que pour les équipes. Ces situations surviennent généralement dans un contexte de crise aiguë, marqué par une agitation importante, voire par l'usage de la force, ce qui peut générer chez les professionnels des sentiments d'impuissance et de tristesse. Du côté des patients, la contention peut également être perçue initialement comme une expérience conflictuelle, suscitant incompréhension, colère ou opposition.

Toutefois, la professionnelle insiste sur l'importance du travail de reprise réalisé après coup. Elle distingue la « phase chaude », où l'émotion prédomine, de la « phase froide », où une réévaluation plus distanciée et apaisée est possible. Ce retour réflexif vise à redonner un sens clinique à la mesure prise, tant pour le patient que pour les soignants, et à atténuer les effets émotionnels négatifs qui lui sont associés.

L'apport principal de cet entretien réside dans la richesse des alternatives décrites. La professionnelle les présente comme un système d'alternatives à la contention qui se recoupent à différents moments de l'accompagnement : avant la crise, pendant les phases d'escalade et même après un épisode critique. Il ne s'agit donc pas d'une alternative unique, mais d'une logique globale de prévention, de désescalade et d'accompagnement.

Une alternative particulièrement intéressante réside dans le travail entrepris dès l'admission. Il s'agit d'interroger systématiquement le jeune sur l'existence de comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs, mais aussi sur les stratégies d'apaisement qu'il utilise au quotidien pour se gérer lorsqu'il se sent saturé. Ce point est crucial car il montre que la prévention ne commence

pas en situation de crise, mais dès l'entrée dans l'unité, dans un moment calme. Le jeune est ainsi encouragé à identifier ses facteurs déclencheurs et les stratégies qui l'aident habituellement : être seul, être accompagné, écouter de la musique, marcher, respirer profondément, utiliser certains objets ou habitudes.

Grâce à ces informations, les soignants peuvent rapidement établir des repères personnalisés et adapter leur accompagnement de manière plus pertinente. Cela permet également au patient de se sentir acteur de son parcours de soin et de participer activement à l'élaboration de réponses adaptées à ses besoins.

« On interroge le patient sur ce qu'il met déjà en place chez lui pour pouvoir se calmer. »

Les alternatives décrites sont ensuite extrêmement variées. Certaines impliquent un soutien relationnel, comme les entretiens de soutien, les entretiens post-crise et les entretiens de référence. Ces espaces permettent d'explorer les vulnérabilités du jeune, les causes de ses réactions, les éléments sensibles de la situation relationnelle et les moyens d'éviter la répétition et l'escalade de la crise. Dans cette perspective, l'alternative ne vise pas tant à désamorcer une crise imminente mais à mieux la comprendre. La réflexion clinique menée lors d'entretiens ou de réunions d'équipe apparaît ainsi comme une alternative indirecte, mais essentielle, car elle permet de prévenir la répétition des situations de crise.

D'autres alternatives relèvent davantage de médiations plus concrètes. La professionnelle cite : écouter de la musique, pratiquer une activité, se promener, se mettre en retrait, s'occuper autour d'un support précis. Ces médiations ont deux fonctions importantes. Premièrement, elles offrent au patient la possibilité de détourner momentanément son attention d'une situation de tension croissante et deuxièmement, elles constituent un support relationnel entre le patient et le soignant, permettant d'entrer en lien autrement que par la confrontation verbale directe. Dans les situations de tension grandissante, ce déplacement du registre interactionnel peut s'avérer crucial pour diminuer l'agitation.

L'un des dispositifs développés dans l'entretien concerne la mise à disposition d'espaces d'apaisement spécifiques. La directrice évoque notamment une salle de bien-être, accessible aux jeunes accompagnés d'un soignant, et équipée de nombreux objets favorisant la concentration et l'apaisement émotionnel. Cette salle comprend, entre autres, une roue des émotions, des huiles essentielles, une musique douce, des exercices de relaxation, un tapis, des

balles anti-stress, un sac de frappe et différents supports permettant soit l'apaisement sensoriel, soit la décharge physique.

Les avantages de cette salle sont multiples. Elle offre un espace distinct du service, moins stimulant et donc susceptible de favoriser un recentrage. Elle permet également de soutenir l'expression émotionnelle chez des jeunes qui ont parfois des difficultés à verbaliser ce qu'ils ressentent et propose des méthodes d'autorégulation dans un cadre sécurisant et bienveillant. Cette salle de bien-être constitue ainsi une alternative très structurée à la contention, puisqu'elle permet d'intervenir avant que la tension n'atteigne un niveau critique :

« Elle permet aux jeunes de décharger les pulsions qui les traversent. »

Une autre stratégie décrite consiste à extraire temporairement le patient du groupe lorsque celui-ci devient trop stimulant ou trop envahissant. Toutefois, cette mise à l'écart ne se fait pas sur un mode d'abandon. La professionnelle insiste au contraire sur l'accompagnement du jeune dans sa chambre à l'aide d'un chariot contenant différents supports : jeux de société, puzzles, livres à colorier, mots croisés et autres médiations. Le but est de maintenir une présence soignante et un lien relationnel, tout en apaisant la situation.

L'entretien met également en évidence l'importance du recours à un tiers comme stratégie de désescalade. Lorsque la relation entre le soignant et le jeune devient trop tendue, un collègue ayant une meilleure relation avec le patient peut intervenir. Cela montre que l'alternative à la contention peut aussi se situer dans la capacité de l'équipe à ajuster rapidement les interactions et à reconnaître que certains liens sont, à un moment donné, plus apaisants que d'autres. Le collectif devient alors un véritable outil clinique.

La professionnelle souligne l'importance de la formation du personnel, la considérant comme un levier majeur dans la réduction du recours à la contention. Des formations obligatoires à la désescalade verbale sont organisées pour l'ensemble des travailleurs, avec un accent mis sur la posture soignante, la gestion des émotions, l'absence de jugement, la prévention des escalades symétriques, ainsi que l'attention portée au transfert et au contre-transfert. La communication non verbale joue un rôle essentiel et la professionnelle insiste sur le fait qu'une mauvaise posture corporelle peut à elle seule accroître la tension. En parallèle, des modules obligatoires de désescalade physique sont également proposés, notamment pour apprendre à se protéger, à coordonner les interventions et à limiter les blessures lorsque la contention devient inévitable.

Selon elle, ces formations ont contribué de manière importante à la diminution des contentions et à une meilleure coordination des équipes :

« On peut avoir tous les outils du monde, si le personnel n'est pas formé à adopter une posture adaptée, cela reste compliqué. »

Concernant les freins, la question des effectifs est évoquée, mais avec nuance. Elle reconnaît qu'un manque de personnel peut compliquer la mise à disposition d'un membre de l'équipe pour accompagner individuellement un jeune ou dispenser une formation. Cependant, elle insiste surtout sur le fait que ces difficultés peuvent être contournées et ne doivent pas empêcher le développement des pratiques alternatives. Son discours met clairement en avant une priorité donnée à la formation et à la structuration des équipes, considérant qu'une équipe bien formée et coordonnée sera davantage en mesure de prévenir les situations de crise.

Un autre point intéressant de cet entretien concerne le débriefing et l'analyse à froid des événements critiques. Ces temps permettent aux soignants de partager leur expérience, d'échanger sur la coordination mise en œuvre, d'identifier les points forts et les points à améliorer. Elle mentionne aussi l'existence d'un outil institutionnel de déclaration des incidents, qui permet aux professionnels de formaliser les situations problématiques, de réévaluer les risques encourus et d'ouvrir un espace de parole avec la hiérarchie, destinataire de la déclaration d'incident. Ces dispositifs ne constituent pas des alternatives directes à la contention, mais ils contribuent indirectement à la prévention du recours à la contention, en permettant à l'organisation de tirer des enseignements des événements critiques.

Enfin, plusieurs pistes d'amélioration sont évoquées. Elle souligne notamment la nécessité de poursuivre le travail de formalisation des alternatives dans les transmissions ciblées et de veiller à ce que les nouveaux professionnels soient rapidement formés malgré le turnover. Elle met aussi en avant le besoin de renforcer la communication avec les patients après un épisode de contention, dans un cadre réunissant le jeune, le médecin et certains membres du personnel. Une telle démarche permettrait de croiser les vécus, de restaurer du sens après la crise et, potentiellement, de consolider l'alliance thérapeutique.

Ainsi, cet entretien met en évidence une approche globale, clinique et institutionnelle des alternatives à la contention en pédopsychiatrie. Il montre que la réduction du recours à cette mesure ne repose pas sur un outil unique, mais exige d'anticiper les besoins plus complexes, de personnaliser les soins, de mettre en œuvre des interventions concrètes, de travailler en équipe,

de se former davantage et de renforcer la réflexion post-événement. Autant d'éléments qui soulignent que les alternatives à la contention s'inscrivent dans une dynamique de soins complexe, mobilisant des ressources humaines et des dispositifs adaptés ainsi qu'une culture institutionnelle orientée vers la prévention de la privation de liberté.

3.3 Entretien n°3 – Infirmière en pédopsychiatrie

L'entretien n°3 a été réalisé auprès d'une infirmière disposant d'une longue expérience professionnelle, avec trente années exercées en neuropédiatrie et dix ans en pédopsychiatrie. Ce parcours lui permet d'avoir une vision particulièrement large des situations rencontrées à la croisée de la neurologie, de la psychiatrie et des traumatismes. Selon elle, les traumatismes précoces laissent des traces et affectent profondément les capacités de régulation émotionnelle, les relations avec les adultes et le comportement.

« Ce sont comme des cicatrices qui peuvent se former dans le cerveau et qui mettent les jeunes en grande difficulté, en grande souffrance. »

Cette entrée en matière est importante, car elle donne immédiatement une orientation particulière à son discours. Son approche est globale et s'appuie sur l'histoire du jeune et les traumatismes passés qui ont influencé son fonctionnement. Dans cette perspective, l'agitation, la violence et les débordements émotionnels ne sont pas envisagés comme de simples troubles du comportement, mais l'expression d'une souffrance, souvent liée à des expériences traumatiques et à une insécurité relationnelle profonde.

Dès lors, la mise en contention est vécue par la professionnelle comme un échec, dans la mesure où elle vient signifier que l'équipe n'a pas réussi à empêcher la situation de se dégrader. Cette manière de présenter la contention est intéressante, car elle impose une exigence clinique forte concernant le travail en amont, l'anticipation et la qualité de l'accompagnement.

« Moi, je le vis un peu comme un échec, parce que cela veut dire qu'on n'a pas réussi à mettre quelque chose en place pour atténuer la situation avant d'en arriver là. »

Cette représentation de la contention ne signifie toutefois pas que la professionnelle nie sa nécessité dans certaines circonstances. Elle reconnaît que, parfois, le risque pour le jeune lui-même ou pour les autres semble si important que la contention représente une mesure de protection. Elle insiste cependant sur le fait que cette mesure ne doit être envisagée qu'en dernier recours, après un travail clinique et relationnel approfondi, et non comme une solution de facilité à laquelle recourir dans l'urgence.

Dans cette logique, l'un des éléments les plus marquants de son discours concerne l'importance du sentiment de sécurité durant l'enfance. Elle insiste sur l'idée que ce sentiment est souvent absent chez les jeunes en pédopsychiatrie, car ils ont grandi dans des familles où ils ne se sentaient pas en sécurité affectivement et relationnellement. Cette vulnérabilité précoce compromet leur capacité à faire confiance, à recevoir de l'aide et à entretenir des relations saines. La difficulté à entrer en lien avec le soignant ne relève donc pas, dans son analyse, d'une opposition volontaire ou d'une mauvaise volonté, mais d'un mode de fonctionnement profondément marqué par l'insécurité.

« Si, dans la toute petite enfance, on ne s'est pas senti en sécurité, cela peut être réactivé ensuite dans les relations. »

L'entretien met également en évidence le poids émotionnel que représentent les situations de violence ou de mise en contention pour les soignants. La professionnelle rappelle qu'elle a elle-même déjà été agressée, et qu'il existe bien, dans certains moments, une dimension de survie pour les équipes. Elle ne minimise donc en aucun cas la violence de certaines situations, ni la nécessité de protéger le personnel, mais insiste sur le fait que cette réalité ne doit pas faire perdre de vue ce que traverse le jeune au moment de la crise.

Une situation relatée dans l'entretien illustre particulièrement bien cela. Elle décrit un cas où un soignant accompagne un jeune en détresse vers la chambre d'isolement et, au dernier moment, lui propose une séance de méditation. Pour la participante, cette scène est particulièrement significative, car elle montre qu'il peut exister, même dans l'instant critique, une possibilité de tenter encore quelque chose.

« Voilà un collègue qui a compris qu'au dernier moment, il y avait peut-être encore quelque chose à mettre en place. »

Concernant l'évolution du recours à la contention physique au fil de sa carrière, elle perçoit une évolution progressive des pratiques avec une plus grande attention portée aux alternatives, une meilleure conception des espaces de travail ainsi que l'implication des collègues, qui montrent un réel engagement dans la mise en place de pratiques alternatives à la contention.

Un passage intéressant de l'entretien concerne les effets de la contention sur les patients. La professionnelle relate le cas d'une adolescente à risque suicidaire qui a été placée sous contention car elle tentait de se faire du mal. La mise en contention a été réalisée dans un cadre

bienveillant, ce qui lui a été bénéfique. Elle a pu exprimer par la suite que cette mesure était nécessaire et que, sans cela, elle se serait mise en grand danger.

« Par la suite, quand on est allés dans sa chambre, elle nous a dit : merci. »

À partir de cet exemple, la soignante rappelle que la contention peut être traumatisante, mais aussi qu'un refus absolu de cette pratique est impensable au vu de certaines situations extrêmes où la mesure est nécessaire. Elle plaide donc pour une réflexion clinique approfondie sur la nature des actes commis et pour un suivi auprès du jeune concerné.

L'apport principal de cet entretien pour le mémoire réside toutefois dans la richesse et la nouveauté des alternatives décrites. Chez cette professionnelle, les alternatives à la contention prennent une forme très concrète et reposent en grande partie sur l'utilisation de médiations thérapeutiques. Elles ne sont pas perçues comme de simples occupations, mais comme de véritables instruments de communication, d'expression et de régulation. Elles permettent de redonner au jeune une certaine confiance en lui, de lui faire retrouver un minimum de sécurité intérieure et d'ouvrir des possibilités de communication indirecte lorsque la verbalisation directe est compliquée.

La professionnelle explique avoir développé pendant de nombreuses années de grands projets photographiques avec les jeunes, soutenus institutionnellement et parfois menés en partenariat avec des lieux culturels ou des institutions extérieures. Au-delà de la dimension artistique, les projets ont abouti à de véritables rencontres cliniques, souvent très profondes, où l'image permettait au jeune d'évoquer des éléments de son histoire dans un cadre moins direct que lors d'entretiens.

« Ce n'était pas juste "clic, clic, clac, clac". C'était un véritable entretien. »

Ce point est particulièrement intéressant dans l'analyse des alternatives, car il montre que certaines médiations artistiques permettent aux jeunes non seulement de relâcher leurs tensions, mais aussi d'explorer des problématiques psychologiques plus profondes. On constate ici que la photographie apparaît comme un support qui favorise la créativité et l'expression à travers l'exposition, offrant ainsi au jeune la possibilité de créer une œuvre personnelle.

Dans la même logique, la professionnelle évoque l'utilisation du tarot comme outil de projection. Elle souligne clairement qu'il ne s'agit pas d'une pratique divinatoire, mais d'un soutien symbolique permettant aux jeunes d'exprimer leurs préoccupations, leurs peurs ou leurs

conflits intérieurs à travers des images. Là encore, le véritable atout réside dans le rôle de médiateur joué par la carte : le jeune ne parle pas directement de lui-même, mais de ce qu'il perçoit sur la carte. Cela lui permet souvent de communiquer sur des expériences très intimes.

« Le jeune projette vraiment sa problématique dans l'image. »

La participante souligne également que cet outil lui a parfois permis d'entendre des paroles qu'elle n'avait jamais réussi à faire émerger autrement. Ce point est important, car il suggère que certaines méthodes alternatives à la contention sont aussi alternatives à la confrontation, aux entretiens directs et aux demandes explicites de verbalisation. Le détour par le symbole et par l'image peut constituer une voie d'accès plus ajustée pour certains patients.

Les approches corporelles occupent également une place importante dans son discours. Elle souligne notamment l'importance de la méditation, de la respiration et de tout ce qui contribue à restaurer un sentiment de sécurité intérieure. Chez les jeunes, la peur ou la tension peuvent rendre tout travail verbal immédiat très difficile. C'est pourquoi les exercices de respiration ou de méditation peuvent constituer des alternatives particulièrement pertinentes, même en situation de crise.

« Pour avoir accès à la parole, il faut se sentir en sécurité. »

Au-delà de ces médiations plus spécifiques, la professionnelle valorise aussi des activités plus simples, comme les jeux de société ou la cuisine. Les jeux de société, par exemple, permettent selon elle d'ancrer le jeune dans la réalité, de capter son attention, de créer un lien et de lui offrir un environnement sécurisant.

Quant à la cuisine, elle la présente comme un moment de partage, un lieu d'apprentissage concret et un support relationnel. L'activité cuisine renforce également l'estime de soi du patient, dans la mesure où il est impliqué dans l'ensemble du processus, depuis les courses jusqu'à la préparation du repas. Le fait de mener cette activité à terme lui procure ainsi un sentiment d'accomplissement et de réussite.

Cette attention portée aux gestes simples est intéressante car elle indique que les alternatives à la contention ne doivent pas toujours être des dispositifs sophistiqués, mais peuvent aussi résider dans des activités simples, à condition que le soignant puisse les utiliser comme des supports d'interaction et les mettre en œuvre avec une intention clinique réelle.

Un autre thème abordé lors de l'entretien était celui de la présence soignante. Pour la participante, le simple fait d'être présent auprès des jeunes constitue une alternative importante à la contention. Les jeunes ont besoin d'adultes disponibles, parfois simplement pour être là et passer du temps avec eux. C'est cette disponibilité qui empêche les situations de dégénérer, qui augmente les chances de repérer les signes de tension ou de conflits et qui contribue à éviter que la situation ne devienne critique.

« Ce sont des enfants qui ont besoin qu'on soit là pour eux. »

Concernant les freins à la mise en place de ces alternatives, la professionnelle met en avant plusieurs contraintes liées à l'organisation du travail. Les imprévus, les situations d'urgence, les déplacements vers d'autres unités ainsi que la gestion de situations aiguës viennent fréquemment perturber ces initiatives. Dans ce contexte, les équipes peuvent se retrouver soit débordées, soit en sous-effectif, ce qui complique considérablement la mise en place d'alternatives à la contention.

Plusieurs pistes d'amélioration sont proposées. La professionnelle évoque d'abord la possibilité de développer davantage certaines médiations, notamment la musique. Plus largement, elle insiste sur l'intérêt de renforcer la solidarité d'équipe et de soutenir une dynamique collective plus engagée autour de cette problématique. Elle met aussi en avant la nécessité de travailler davantage avec les autres professionnels, en croisant les compétences et en développant des projets communs.

Cette dernière réflexion est particulièrement intéressante car elle souligne que les alternatives à la contrainte peuvent également être envisagées au niveau institutionnel, comme le fruit d'un travail collectif.

Ainsi, cet entretien révèle une approche profondément clinique, relationnelle et humaniste des alternatives à la contention. Il indique que, pour cette professionnelle, la limitation du recours à la contention consiste avant tout à modifier le regard porté sur les comportements des jeunes, comportements façonnés par le traumatisme et le besoin de sécurité. Elle met l'accent sur les médiations thérapeutiques, la présence du soignant, le travail d'équipe et la prévention des situations de crise.

3.4 Entretien n°4 – Infirmier en chef en pédopsychiatrie.

L'entretien n°4 a été mené auprès d'un infirmier en chef supervisant plusieurs unités de psychiatrie pour enfants et adolescents, dont une unité de traitement intensif fermée accueillant

des patients souvent hospitalisés sous contrainte, ainsi que des unités ouvertes. Son parcours professionnel inclut également une expérience de plusieurs années en unité de réhabilitation pédopsychiatrique.

D'emblée, le professionnel met en évidence que les situations de crise s'inscrivent dans des moments précis du parcours de soins. Parmi ceux-ci, on peut notamment citer l'admission en unité de soins, qu'il décrit comme une phase à haut risque de déstabilisation, en particulier lorsque l'hospitalisation se fait sous contrainte. Le jeune, confronté à un lieu inconnu, un cadre institutionnel et une perte de liberté peut immédiatement éprouver un sentiment d'injustice, d'opposition et de méfiance envers l'équipe soignante.

« L'arrivée dans l'unité constitue un moment particulièrement délicat pour les patients, marquée par une rupture avec leur milieu de vie et leur famille, d'autant plus quand l'hospitalisation se fait contre leur volonté. »

Le professionnel explique que les équipes ont progressivement adapté leurs pratiques afin de rendre ce premier contact plus rassurant, en prenant davantage de temps pour présenter les lieux, rencontrer chaque patient individuellement, expliquer le déroulement d'une journée type et permettre aux jeunes de poser des questions. Cette approche vise à limiter le choc initial et à prévenir les premières escalades comportementales.

Il met également en évidence que certaines crises surviennent dans des situations relationnelles spécifiques, lorsque le jeune se sent incompris, persécuté ou traité injustement, que ce soit par d'autres patients ou par le personnel soignant.

« Les situations de crise sont souvent liées à de la frustration. »

Dans la mise en place d'alternatives à la contention, il est essentiel d'identifier les moments et les facteurs déclencheurs d'une situation de crise afin que l'équipe soignante puisse adapter ses interventions et prévenir ces situations problématiques.

Le professionnel explique que les situations de crise ne surgissent pas brutalement, mais qu'elles évoluent progressivement. De ce fait, même lorsqu'un conflit éclate, une intervention reste possible pendant un moment lors duquel les soignants peuvent tenter de désamorcer la situation avant qu'elle ne prenne de l'ampleur et ne se complexifie.

Parmi les effets de la contention chez les patients, certains peuvent développer une méfiance durable envers les professionnels ayant participé à la contention, ce qui complique la poursuite

du travail thérapeutique. Le professionnel souligne également que la contention peut exacerber l'anxiété et l'insécurité chez certains patients. Dès lors, lorsqu'elle s'avère nécessaire, il est essentiel qu'elle soit réalisée dans les meilleures conditions possibles.

« Les jeunes se rappellent très bien quels soignants étaient présents et cela peut fragiliser la relation thérapeutique par la suite. »

Du côté des équipes, la contention est décrite comme une pratique lourde, éprouvante émotionnellement, engendrant tension, malaise et dilemmes moraux. Il apparaît donc essentiel d'organiser des débriefings leur permettant d'analyser les événements, d'exprimer leurs sentiments et d'en tirer des enseignements.

« Ce n'est jamais agréable de devoir priver quelqu'un de liberté. »

L'alternative principale identifiée par le professionnel est la désescalade verbale associée aux entretiens individuels. Il est convaincu que consacrer du temps de qualité aux patients permet d'identifier des situations problématiques ou conflictuelles, d'atténuer les tensions, mais également d'améliorer le contact et de renforcer l'alliance thérapeutique.

« Le fait de prendre un moment juste pour le patient, cela change complètement la dynamique. »

Le professionnel évoque également l'utilisation de la salle bien-être comme une alternative concrète et souvent mobilisée dans la gestion des situations de tension. Elle offre au patient un environnement différent de la salle commune, un espace plus calme, moins stimulant et plus propice à la relaxation et à la régulation émotionnelle, notamment grâce à une ambiance apaisante et à la présence de différents supports adaptés, tels que des tatamis, un hamac ou encore des outils facilitant l'expression des émotions. Ce changement d'atmosphère permet au patient de prendre du recul par rapport au climat de tension présent dans l'unité. De plus, c'est un espace où les jeunes sont accompagnés d'un soignant, ce qui permet un soutien plus personnalisé, favorisant le dialogue et un apaisement progressif.

Les sorties dans le jardin de l'établissement, dans un parc voisin, ou même, lorsque cela est possible, en dehors du site, sont également décrites comme des alternatives efficaces. Elles permettent au patient de s'évader partiellement de l'environnement de l'unité. Cela permet de soulager les tensions, notamment grâce à une diminution des interactions conflictuelles et au

contact avec un environnement plus paisible, offrant un cadre propice à un échange plus serein avec le soignant.

Un élément particulièrement précieux de l'entretien concerne le travail effectué dès l'anamnèse, visant à identifier les stratégies d'adaptation propres à chaque patient.

Le professionnel illustre ce propos par l'exemple d'un patient qui avait identifié un objet transitionnel apaisant : un doudou. Le patient a confié à l'équipe que le simple fait de le tenir permettait de réduire sa tension et de l'apaiser. L'équipe a pris cela en compte et, lors de situations d'agitation, elle lui propose son doudou, ce qui réduit rapidement l'intensité de ses réactions comportementales et favorise un retour à la communication. Cet exemple souligne l'importance de prendre en compte les ressources propres du patient dans la gestion des situations de crise.

« Le jeune sait mieux que quiconque ce qui peut l'aider et le soulager. »

Dans une perspective d'enrichissement des alternatives à la contention, l'équipe a également mis en place des médiations thérapeutiques telles que le dessin et la peinture. Ces activités permettent aux patients de s'exprimer autrement que par les mots. À travers ces supports, le patient peut transmettre indirectement ses sentiments, ses expériences et ses ressentis.

Dans cette même logique, l'équipe a également mis en place un travail de psychoéducation, souvent en collaboration avec les psychologues, centré notamment sur la compréhension des émotions et des mécanismes de crise. L'accent a été mis sur l'accompagnement des jeunes dans la compréhension de leurs émotions et des différentes phases qui mènent à une tension accrue. Ils deviennent ainsi capables de repérer les premiers signes de désorganisation et de mobiliser des stratégies d'autorégulation adaptées.

Des contrats individualisés ont également été mis en place au sein de l'unité. Ces derniers permettent de formaliser avec le patient les stratégies d'apaisement les plus efficaces, ainsi que la conduite à tenir en cas de montée en tension, d'intensification des pulsions ou d'autres manifestations en fonction de la problématique de chaque patient. L'avantage de ces contrats réside dans le fait qu'ils sont rédigés en collaboration avec le patient, l'impliquant ainsi activement dans son parcours de soin. De plus, ils favorisent la cohérence entre les membres de l'équipe soignante en définissant clairement les interventions prioritaires.

Le professionnel souligne également l'importance des formations dans la mise en œuvre des alternatives à la contention. Il indique notamment que des formations centrées sur la

désescalade verbale et physique sont suivies par l'ensemble du personnel. Une formation à la communication non violente a également été mise en place. Grâce à cela, les soignants disposent d'outils pratiques pour gérer les situations de crise en intervenant plus tôt et de manière plus appropriée. En renforçant les compétences des professionnels en matière de communication, de gestion des émotions et de posture soignante, ils sont plus à même de limiter le recours à la contention.

« Le fait que l'ensemble de l'équipe soit formée permet d'avoir des repères communs et d'agir de manière plus cohérente. »

Le professionnel déplore que le manque d'effectifs constitue un véritable obstacle à la mise en place de ces différentes alternatives. En effet, de nombreuses alternatives reposent sur la capacité d'un soignant à apporter un soutien individualisé à un patient pour un entretien, une activité ou une sortie. Or, lorsque l'équipe est en sous-effectif, il peut s'avérer impossible de libérer un professionnel pour assurer ce soutien individualisé.

Parmi les pistes d'amélioration évoquées, le professionnel met en avant la mise en place d'une salle d'apaisement, distincte de la salle bien-être existante. Contrairement à cette dernière, la chambre d'apaisement permettrait au patient de se retirer dans un environnement parfaitement sécurisé, sans la présence constante d'un soignant et sous surveillance caméra. Cette caractéristique apparaît pertinente dans certaines situations où le patient, rongé par l'irritation et la tension, a besoin de solitude pour s'apaiser. Par ailleurs, ce type d'espace est spécifiquement conçu pour limiter les risques, en étant totalement exempt d'objets dangereux, susceptibles d'être utilisés à mauvais escient et de représenter une menace pour le patient. Selon lui, une salle d'apaisement serait une alternative intéressante et efficace à la mise en contention.

Enfin, le professionnel souligne son engagement et l'importance de développer des approches alternatives à la mise en contention dans l'accompagnement des patients, mais il reconnaît que, dans des cas comme ceux rencontrés en unité de crise, celles-ci ne permettent pas toujours de répondre de manière optimale. En effet, les patients présentent fréquemment des états d'agitation, de désorganisation psychique, ou un risque de se blesser ou de blesser les autres. De ce fait, certaines situations peuvent rapidement devenir incontrôlables et nécessitent une mesure restrictive telle que la mise en contention afin de préserver l'intégrité du patient.

« Dans certaines situations, le jeune est complètement dépassé ou déstructuré, et malgré tout ce qu'on essaie de mettre en place, on n'arrive plus à assurer sa sécurité. »

Ainsi, cet entretien met en évidence une approche riche et nuancée des alternatives à la contention, reposant sur la relation, l'environnement, l'accompagnement individualisé et la collaboration avec le patient.

3.5 Entretien n°5 – Éducateur spécialisé en pédopsychiatrie

L'entretien n°5 a été réalisé auprès d'un éducateur spécialisé travaillant depuis plusieurs années en pédopsychiatrie, au sein d'une unité fermée accueillant des garçons adolescents. Son parcours professionnel et son expérience s'appuient sur une pratique de terrain à travers des activités éducatives et une interaction quotidienne avec les jeunes.

Dès le début de la conversation, le professionnel a exprimé un grand intérêt pour les approches physiques et sportives, en raison de son propre vécu. Athlète passionné depuis de nombreuses années, il considère le sport comme un outil précieux pour gérer ses émotions et surmonter les situations de crise.

« Le sport m'a toujours permis de me canaliser et de gérer certaines tensions. »

Au sein de son unité, son équipe s'inscrit dans une dynamique visant à développer des alternatives à la contention. Cet engagement collectif a donné lieu à de nombreuses réflexions au sein de l'organisation concernant les moments à risque. L'une des périodes identifiées par l'équipe comme particulièrement propices aux conflits est celle située entre le retour de l'école ou des activités et le moment du souper. Durant cette période, il est apparu clairement que la plupart des jeunes, souvent fatigués et stimulés par leur journée, se retrouvaient en groupe sans activité structurée, ce qui favorisait les tensions et les conflits.

Ce constat a conduit le professionnel à suggérer la mise en place, durant cette période, d'activités sportives permettant aux jeunes de se dépenser physiquement afin d'évacuer leurs tensions de manière adéquate. Cette activité leur permettrait également d'occuper ce temps libre, propice aux débordements. L'activité sportive est alors envisagée comme une véritable alternative à la contention, puisqu'elle intervient en amont des situations de crise.

Les installations de l'établissement permettent une grande variété d'activités. Par exemple, une salle omnisports permet de pratiquer de nombreux sports, notamment le football, le basketball et le badminton. Dans les espaces extérieurs, il est possible de marcher, courir et pratiquer de

petites activités. Il est également possible de pratiquer d'autres activités physiques en plein air dans les parcs avoisinants l'institution.

« Certains jeunes présentent un niveau de tension très élevé en fin de journée, et le fait de pouvoir se dépenser physiquement permet de diminuer significativement cette charge. »

Dans cette perspective, le sport apparaît comme un moyen d'évacuer les tensions, mais aussi comme une ressource éducative et relationnelle. Il offre aux jeunes une manière de s'exprimer autrement que par la violence, une occasion de se confronter à des règles et de renouer avec un certain cadre. Toutefois, la mise en place de ces activités n'a pas été sans difficultés.

Le professionnel constate rapidement que certaines tensions pouvaient surgir au cours des activités. Les enjeux de la compétition, les frustrations de la défaite et parfois les contacts physiques engendraient de nouvelles tensions.

Il a donc adapté le dispositif en mettant en place un cadre plus structuré, avec des règles claires pour contrôler les débordements et une période de retour au calme en fin de séance avant le retour dans l'unité.

Cette période peut prendre la forme d'un moment de détente dans une ambiance calme, pendant lequel les jeunes sont allongés quelques minutes, ou elle peut consister en un débriefing de groupe lorsque des tensions sont apparues durant l'activité. L'objectif immédiat de cette manœuvre est d'empêcher que cette excitation ne dégénère en conflit par la suite.

« Il est apparu nécessaire d'intégrer un temps de retour au calme après l'activité, afin de permettre aux jeunes de redescendre progressivement en tension avant de réintégrer l'unité. »

Dans une logique d'évolution du projet, le professionnel évoque la mise en place d'un programme de boxe. Cette activité, conçue comme une alternative spécifique pour les jeunes ayant un besoin accru de décharge physique, est encadrée par un professionnel extérieur spécialisé afin d'éviter tout risque de débordement.

« Ce type d'activité nécessite un encadrement structuré, raison pour laquelle nous avons fait appel à un professionnel extérieur. »

Après plusieurs mois de mise en place, le professionnel observe une nette diminution des tensions durant le créneau identifié comme problématique et au cours de la soirée. Ce moment, autrefois marqué par des conflits et des passages à l'acte, apparaît désormais

comme un véritable moment d'activités où les patients peuvent se dépenser et partager un moment agréable.

« On a observé une diminution notable des tensions sur ce créneau et sur le reste de la journée, avec beaucoup moins de conflits qu'auparavant. »

Cependant, cette solution présente des limites. Tous les jeunes ne peuvent pas participer aux activités, que ce soit en raison de leur état de santé, de leur comportement en salle ou de certaines restrictions liées à leur situation clinique. Cette alternative ne peut donc être généralisée. Néanmoins, pour les jeunes qui restent dans l'unité, d'autres dispositions sont prises. Les professionnels animent des ateliers avec eux en salle, proposant des jeux de société ou des discussions, afin de leur offrir un moment structuré et rassurant bien qu'ils n'aient pas pu participer à l'activité sportive.

Enfin, le professionnel suggère plusieurs pistes d'amélioration visant à impliquer davantage les jeunes dans le choix des activités qui leur seront proposées. Il propose, par exemple, d'organiser des séances de discussion où les patients pourraient eux-mêmes proposer des ateliers correspondant à ce qu'ils préfèrent. Ils deviendraient ainsi des acteurs à part entière de l'organisation, et non de simples spectateurs. Par ailleurs, il souligne l'importance de diversifier les activités au fil de la semaine, en instaurant une certaine rotation, afin de répondre aux préférences de chacun. Cette diversification permettrait d'éviter de proposer toujours les mêmes ateliers, que certains jeunes n'apprécient pas forcément, et donc de satisfaire chacun.

Ainsi, cet entretien souligne l'intérêt, pour les patients, de pratiquer une activité sportive leur permettant de canaliser leur énergie et d'évacuer leurs tensions dans un environnement sécurisant et structuré, contribuant ainsi à prévenir les situations de crise. Il souligne également la nécessité d'identifier les moments de la journée où les tensions et les débordements sont les plus susceptibles de se produire. L'identification de ces moments permet de mettre en œuvre des interventions visant à prévenir l'escalade des situations et à réduire le recours à la contention.

4. Focus group

Cette partie présente les résultats du focus group, conçu comme un espace d'échange entre pairs.

Cette méthode qualitative permet aux participants de comparer leurs expériences, d'échanger leurs points de vue et d'approfondir les discussions autour du sujet. Contrairement aux entretiens individuels, le focus group offre aux participants l'occasion d'interagir en partageant des témoignages qui s'enrichissent, se contredisent et s'affinent mutuellement. Il permet ainsi un accès privilégié à la réflexion collective des acteurs de terrain, tant sur le plan pratique que sur celui du fonctionnement des équipes.

De plus, le focus group complète les données issues de la littérature et les entretiens avec des témoins privilégiés en permettant de découvrir de nouvelles alternatives et en apportant un éclairage supplémentaire sur celles déjà identifiées.

Le focus group mené a réuni des infirmiers et des éducateurs spécialisés travaillant dans une unité de crise pédopsychiatrique. Ces professionnels sont régulièrement confrontés à l'agressivité et à l'escalade de l'agitation et apportent une perspective concrète sur la manière de limiter le recours à la contention dans ce contexte. Ils fournissent également des informations sur les moyens mis à leur disposition et les difficultés qu'ils rencontrent lors de leur mise en œuvre.

4.1 Analyse des données issues du focus group

Dans un premier temps, les échanges issus du focus group mettent en évidence une sensibilité largement partagée par les membres de l'équipe à l'égard de la problématique de la contention. De manière générale, les professionnels présents s'inscrivent dans une dynamique commune visant à limiter au maximum le recours à cette pratique, en développant et en mobilisant des alternatives adaptées aux situations rencontrées. La contention est unanimement décrite comme un moment difficile à vivre, tant pour le patient que pour les soignants, en raison de la privation de liberté qu'elle implique.

Cette difficulté est d'autant plus marquée dans le contexte spécifique de la pédopsychiatrie, où les patients accueillis sont souvent très jeunes, parfois âgés de 12 ou 13 ans. Plusieurs participants ont souligné que cette réalité alourdit le fardeau émotionnel et éthique associé à la contention physique. Certains soignants ont également indiqué qu'ayant eux-mêmes des

enfants, ils sont encore plus sensibles aux conséquences psychologiques d'une contention chez les jeunes patients.

Les participants reconnaissent toutefois que les points de vue au sein de l'équipe ne sont pas totalement homogènes. Certains professionnels s'inscrivent dans une perspective selon laquelle le recours à la contention pourrait être évité de manière quasi systématique, à condition de développer suffisamment d'alternatives et d'anticiper les moments de crise. À l'inverse, d'autres rappellent que, dans certaines situations extrêmes, notamment en cas de violence importante ou de risque de passage à l'acte auto-agressif, la contention reste une mesure indispensable pour garantir la sécurité du patient, des autres jeunes et des membres du personnel. Néanmoins, même lorsque la contention est jugée nécessaire, elle demeure vécue comme un moment éprouvant pour les équipes et pouvant entraîner des conséquences négatives potentielles chez le patient, tant sur le plan émotionnel que relationnel.

Dans la continuité des échanges, les professionnels soulignent la complexité de la population de patients accueillie comme un élément central à prendre en compte pour comprendre le recours à la contention et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des alternatives. La majorité des patients sont des adolescents placés sous contrainte, suite à une décision judiciaire, et par conséquent, leur hospitalisation est souvent involontaire. Ce manque d'engagement initial dans le processus de traitement rend leur accompagnement plus complexe, dans la mesure où ces jeunes peuvent se montrer méfiants, voire provocateurs, et peuvent rejeter toute forme d'autorité ou de cadre institutionnel.

Par ailleurs, les participants indiquent percevoir une évolution du profil des patients admis au fil du temps. Les jeunes se présentent désormais dans des états cliniques bien plus graves qu'auparavant, principalement en raison du nombre limité de lits disponibles et des délais d'attente souvent très longs. Suite à ces délais d'attente, les participants signalent que nombre de ces jeunes ont reçu un traitement inadéquat pour leurs troubles psychiatriques, voire aucun traitement, ce qui entraîne une exacerbation des symptômes lors de l'admission. À cela s'ajoute fréquemment un vécu de frustration, de colère ou d'incompréhension, lié à des parcours parfois marqués par des ruptures ou des environnements maltraitants et violents. Tous ces facteurs créent une tension accrue dès l'entrée dans le service et rendent plus complexe la mise en place d'un cadre thérapeutique adapté.

Dans ce contexte, les professionnels insistent sur le fait que certains jeunes n'ont parfois jamais réellement intégré de cadre structurant auparavant, ou y sont fortement opposés, ce qui rend

leur adaptation à la vie en institution particulièrement difficile. Cette réalité impacte directement le recours aux alternatives à la contention, dans la mesure où celles-ci nécessitent souvent un minimum d'adhésion, de collaboration ou de disponibilité psychique de la part du patient. Ainsi, malgré les efforts déployés par les équipes, certaines stratégies peuvent échouer dans un premier temps, en particulier en début d'hospitalisation, période durant laquelle les tensions sont les plus importantes.

Les participants témoignent de l'importance d'identifier les périodes de risque dans le quotidien des patients afin d'adapter les interventions et de prévenir les comportements dangereux. Parmi celles-ci, les premiers jours suivant l'admission sont particulièrement cruciaux, mais d'autres moments de la journée présentent également un potentiel de tension.

Par exemple, les temps dits « creux », c'est-à-dire sans activité prévue, offrent des opportunités de conflits ou de comportements inappropriés. Les professionnels expliquent qu'aucun encadrement spécifique n'était assuré aux jeunes entre la fin du petit-déjeuner et le début de la réunion communautaire, car il n'y avait qu'une dizaine de minutes. Ce léger temps d'attente favorisait l'apparition régulière de conflits, car tous les jeunes étaient rassemblés au même endroit. L'équipe a donc légèrement modifié le planning de la matinée en déplaçant de quelques minutes le petit-déjeuner afin de se rendre directement à la réunion communautaire. Grâce à ce changement, le nombre de situations conflictuelles a considérablement diminué durant cette période.

Les professionnels soulignent également l'existence de moments plus spécifiques à certains patients, en lien avec leur histoire personnelle ou leurs expériences traumatiques. Le moment du coucher est notamment cité comme particulièrement sensible pour certains jeunes, en particulier ceux ayant vécu des situations de maltraitance ou d'abus. Dans ces cas, l'approche doit être individualisée, avec la mise en place d'accompagnements spécifiques, tels qu'un temps d'échange avant le coucher, une présence rassurante du soignant ou des rituels visant à sécuriser le patient.

Cette distinction entre moments à risque collectifs et moments spécifiques à chaque patient met en évidence la nécessité d'une double approche dans la prévention des crises : à la fois organisationnelle, en adaptant le fonctionnement du service, et individualisée, en tenant compte des besoins et des vulnérabilités propres à chaque jeune. Dans cette perspective, les intervenants insistent sur l'importance de la collaboration, tant au sein de l'équipe qu'avec le jeune, afin

d'identifier les facteurs de risque et de déterminer des solutions efficaces pour y faire face, telles que des entretiens ciblés, des actions spécifiques ou des aménagements du quotidien.

Il en va de même pour l'admission du patient, qui a progressivement été adaptée afin de minimiser les tensions. Les professionnels ont décrit la mise en place d'une procédure d'admission plus structurée comprenant notamment une rencontre avec le médecin et quelques membres de l'équipe, une présentation du service et un renforcement de l'accompagnement en début d'hospitalisation. Dans certains cas, notamment lorsqu'une hospitalisation est prévue, une première prise de contact avec l'équipe peut être envisagée au préalable, permettant ainsi à l'adolescent de s'acclimater à l'environnement et de réduire le sentiment de perturbation ressenti lors de son arrivée dans le service.

Par la suite, les participants ont cité un ensemble d'alternatives concrètes mobilisées quotidiennement au sein de leur service.

Tout d'abord, ils soulignent l'importance des formations, considérées comme un levier majeur dans la prévention des crises. Étant donné que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une discipline spécialisée souvent confrontée à des situations cliniques complexes et imprévisibles, les participants insistent sur la nécessité que tous les professionnels aient accès aux outils appropriés pour prodiguer des soins efficaces.

Dans ce contexte, il a été indiqué qu'ils avaient suivi une formation à la désescalade, ce qui leur permet d'identifier les situations à risque et d'y faire face de manière appropriée afin de désamorcer un conflit avant qu'il ne devienne problématique.

Leur institution a également mis en place des programmes de formation basés sur les méthodes de communication non violente afin de favoriser des interactions positives avec leurs patients. Cette méthode repose notamment sur l'écoute active, l'identification des besoins et l'expression appropriée des émotions, ce qui contribue à réduire la confrontation directe et à instaurer une relation plus apaisée.

Les professionnels soulignent que les compétences acquises grâce à ces formations sont particulièrement utiles dans leur pratique quotidienne et contribuent concrètement à réduire le recours à la contention.

Par ailleurs, les participants témoignent de l'importance du travail d'équipe. Établir des relations solides avec ses collègues est essentiel pour collaborer efficacement en période

difficile et pour offrir un cadre sécurisant aux patients. Cette cohésion permet notamment de faciliter la mise en place d'alternatives, en assurant une continuité des soins et en garantissant une cohérence dans les interventions auprès des patients. Les professionnels évoquent également le rôle des membres plus expérimentés, qui constituent une ressource importante pour les nouveaux arrivants. Ces derniers constituent des repères et des guides, partageant leurs connaissances et leurs expériences, et fournissant des exemples concrets de gestion de situations complexes. Autant d'éléments qui renforcent les compétences et l'expertise de toute l'équipe.

Lors des discussions, l'accent a été mis sur l'influence de l'environnement sur le bien-être des patients et sur son rôle dans la gestion des tensions. À ce titre, les professionnels évoquent de nouveaux aménagements liés au déménagement de leur unité, notamment la création d'une salle d'apaisement, dont ils ne disposaient pas auparavant. Cet espace constitue désormais une alternative concrète à la contention et offre un espace sûr et calme permettant aux patients de s'isoler lorsqu'ils se sentent submergés ou anxieux. De plus, les participants ont convenu que l'accès à cet espace est extrêmement bénéfique en cas d'agitation extrême, car il permet de désamorcer la crise avant qu'elle ne s'aggrave.

Un autre changement ayant contribué à réduire les conflits est le passage de chambres partagées aux chambres individuelles. La cohabitation engendrait souvent des tensions liées au manque d'intimité, aux différences de modes de vie et aux conflits entre patients. Désormais, chaque jeune dispose d'un espace privé où se retirer ou s'isoler, ce qui favorise sa régulation émotionnelle.

Au-delà de l'environnement matériel, les participants considèrent également la présence physique des soignants comme une stratégie préventive fondamentale. Selon eux, cette présence permet de tisser des liens avec les jeunes et de partager des moments avec eux. Les participants ont constaté que les situations de crise survenaient plus fréquemment lors des périodes d'inactivité et d'ennui chez les jeunes, notamment lorsqu'ils étaient « livrés à eux-mêmes ». Maintenir les jeunes occupés et impliqués, ou simplement être disponibles pour discuter avec eux ou assurer une présence attentive, permet de réduire ces périodes d'inactivité et les conflits qui leur sont associés.

Ils abordent ensuite les différentes médiations jugées essentielles pour prévenir les situations de crise et limiter le recours à la contention. Parmi celles-ci, les entretiens individuels apparaissent alors comme une alternative majeure, offrant au patient un espace sécurisant, bienveillant et personnalisé pour exprimer ses sentiments, ses frustrations ou ses

incompréhensions. Ce temps où le soignant est pleinement disponible pour le patient favorise l'établissement d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique plus solide. La verbalisation apparaît comme un outil central, permettant de mettre des mots sur des ressentis souvent intenses, et de prévenir une escalade vers des comportements plus agités ou agressifs, ou encore de favoriser une désescalade lorsque le patient est en tension.

Les entretiens familiaux sont reconnus comme un élément essentiel de l'accompagnement des jeunes. L'implication et le soutien des parents, tuteurs et/ou autres personnes de confiance élargissent le cadre thérapeutique et permettent d'inclure plusieurs figures d'attachement clés dans le processus de soin. Ces figures peuvent offrir au jeune un sentiment de sécurité et de réconfort, contribuant ainsi à l'apaiser, à réduire son anxiété et à favoriser un retour au calme dans les situations stressantes. Leur implication constitue donc une alternative pertinente au recours à la contention.

Parallèlement, ils mettent en avant le recours à diverses formes de médiation thérapeutique, qui occupent une place significative dans la prévention des situations difficiles. Les activités sportives permettent aux adolescents de se dépenser, de canaliser leur énergie débordante et de relâcher les tensions accumulées.

Les médiations artistiques sont également mobilisées comme supports d'expression indirecte. Elles permettent aux patients d'exprimer des émotions souvent difficiles à verbaliser, comme celles liées à un traumatisme. Ces activités offrent un espace sécurisant, où le jeune peut s'exprimer à son rythme tout en donnant au professionnel la possibilité d'entrer en relation avec lui de manière plus progressive.

Les participants évoquent l'utilisation de techniques de relaxation, telles que le grounding ou les exercices d'ancrage. Ces techniques incitent les patients à se concentrer sur le moment présent. Les sensations corporelles (respiration, contact avec le sol, perception de l'environnement) contribuent à diminuer la tension émotionnelle du patient en recentrant son attention sur des éléments concrets et rassurants de son environnement, favorisant ainsi le retour à un état d'apaisement.

Après avoir expérimenté ces différentes alternatives, les participants rapportent avoir constaté une diminution du recours à la contention physique au fil du temps. Cette évolution est appuyée par des données chiffrées transmises au sein de l'institution, notamment par la hiérarchie, qui mettent en évidence une tendance à la baisse du nombre de mises en contention chaque année

depuis 2020. Ce constat est très encourageant et constitue une source de motivation importante pour les équipes quant à l'efficacité des approches développées et mises en œuvre. Il les encourage davantage à poursuivre leur travail, à adapter leurs pratiques et à viser une amélioration continue. De plus, les participants indiquent que, grâce à une réflexion collective sur leurs pratiques et le développement de stratégies alternatives, il reste possible de diminuer encore le recours à la contention à l'avenir.

Cependant, comme l'indiquent les professionnels, de nombreux freins persistent dans la mise en œuvre efficace de ces alternatives, en lien direct avec la spécificité du public accueilli. Dans ce contexte, certaines situations de crise peuvent atteindre un niveau d'intensité tel que la mise en place d'alternatives devient difficile, voire impossible. Lorsque les patients éprouvent une colère ou une agitation intense, ils sont parfois incapables d'accéder aux ressources internes ou externes disponibles, ce qui limite l'efficacité de nombreuses interventions.

Cette réalité amène l'équipe à insister sur la nécessité d'une approche proactive, notamment par le biais de mesures préventives visant à éviter que les situations ne dégénèrent, plutôt que d'intervenir uniquement dans l'urgence. Néanmoins, les participants reconnaissent que certaines alternatives, bien que pertinentes ou appropriées dans un contexte plus stable, sont difficiles à mettre en œuvre dans une unité de crise. À titre d'exemple, ils évoquent l'utilisation d'outils tels que la rédaction de lettres destinées au patient en amont des moments de tension, visant à lui offrir un support de réflexion lors des moments de crise. Cependant, ce type de dispositif peut se révéler inefficace lorsque le patient est en état d'agitation, comme l'illustre l'exemple d'un patient qui a déchiré la lettre sans même l'ouvrir, sous l'effet de la colère et de la frustration. Cet exemple illustre le décalage possible entre certaines approches théoriques et la réalité du terrain en pédopsychiatrie.

De plus, des contraintes organisationnelles viennent également limiter la mise en œuvre des alternatives. Comme l'ont souligné certains participants, le manque de personnel constitue l'obstacle le plus fréquent, car de nombreuses stratégies nécessitent la présence physique d'une personne auprès du patient. La charge de travail quotidienne, les imprévus et la gestion simultanée de multiples situations complexes rendent également l'application de ces interventions difficile, même lorsqu'elles sont pertinentes.

Un autre frein identifié concerne l'implication variable des professionnels au sein des équipes. Certains membres du personnel sont moins sensibles à cette démarche et peuvent privilégier le recours à la contention plus rapidement en situation de crise. Cette différence d'approche risque

de compliquer la mise en place d'alternatives et d'entraver un accompagnement plus cohérent et coordonné au sein de l'équipe soignante.

Concernant les pistes d'amélioration, les professionnels expriment plusieurs besoins visant à renforcer le développement des alternatives à la contention au sein de leur pratique. En premier lieu, ils soulignent un manque de formations spécifiquement centrées sur les méthodes alternatives. Bien qu'ils bénéficient déjà de formations, ils estiment que celles-ci pourraient être enrichies par des informations davantage orientées vers des outils concrets et diversifiés permettant de prévenir les situations de crise. En effet, de nombreuses stratégies actuellement mises en place au sein de l'unité reposent essentiellement sur l'initiative et la créativité des membres de l'équipe, qui développent des alternatives à partir de leur propre expérience ou de leurs observations cliniques. Ils souhaiteraient donc accéder à un panel plus large de pratiques, potentiellement utilisées dans d'autres institutions, mais dont ils n'ont pas nécessairement connaissance. Ils estiment que le partage d'expériences, la diffusion de pratiques innovantes et l'accès à des formations ciblées sur ces approches pourraient constituer un levier important pour enrichir leur accompagnement et leurs interventions cliniques.

Une autre suggestion d'amélioration évoquée consistait à impliquer directement les patients dans la discussion de ce sujet. Plus précisément, les professionnels souhaitent créer des groupes de parole afin de faciliter les échanges entre soignants et soignés concernant le recours à la contention. Ces espaces d'échange permettraient un partage collectif des réflexions et des sentiments, aideraient les professionnels à comprendre comment les jeunes réagissent face aux situations de crise et offriraient l'opportunité de collaborer à la recherche de stratégies alternatives plus adaptées à leurs besoins. Cette approche s'inscrit dans une logique participative visant à reconnaître le rôle actif du patient dans ses propres soins. Par ailleurs, en les incluant dans l'élaboration de ces stratégies, on peut espérer une meilleure acceptation de celles-ci lors de leur mise en œuvre.

En conclusion, les résultats issus du focus group révèlent la complexité de l'accompagnement en pédopsychiatrie de crise, ainsi que les nombreux obstacles à la réduction du recours à la contention. Les échanges témoignent du fait que les professionnels sont de plus en plus conscients des risques potentiels de cette pratique et sont motivés à explorer et à mettre en œuvre d'autres solutions.

Ainsi, le focus group constitue une ressource complémentaire aux données issues de la littérature et des entretiens avec les témoins privilégiés et confirme que, même si le recours à la

contention peut parfois s'avérer inévitable, une approche structurée et réflexive de la pratique, ainsi que l'identification d'alternatives appropriées, permettent d'en diminuer l'utilisation.

5. Discussion et préconisations

Dans le cadre de ce travail, ma question de recherche est la suivante :

« Quelles sont les méthodes alternatives permettant de limiter le recours à la contention physique dans les unités de pédopsychiatrie ? »

Afin d'explorer cette problématique, plusieurs approches méthodologiques ont été adoptées. Dans un premier temps, une contextualisation du sujet a permis de situer les enjeux de la contention en pédopsychiatrie, notamment au regard du cadre législatif et des réalités du système de soins en Belgique. Une analyse de différents travaux issus de la littérature a ensuite été réalisée afin d'identifier les principales alternatives décrites dans les articles scientifiques, ainsi que leurs effets sur la réduction des pratiques coercitives.

Dans un second temps, des entretiens ont été menés auprès de témoins privilégiés exerçant différentes professions, permettant d'apporter un éclairage concret sur les pratiques cliniques, les stratégies mises en œuvre et les difficultés rencontrées dans la gestion des situations de crise. À travers ces rencontres, je me suis aperçu que de nombreux éléments abordés dans ma partie théorique ressortaient également et apportaient une vision pratique issue du terrain.

Cette démarche a été complétée par la réalisation d'un focus group, favorisant une réflexion collective et une confrontation des points de vue entre pairs. Ce focus group m'a permis de développer et d'approfondir des éléments de réponse concrets en lien avec ma question de recherche. La rencontre avec cette équipe m'a permis d'identifier les différents facteurs favorisant et les freins à la mise en place d'alternatives à la contention, notamment dans une unité de crise pédopsychiatrique.

5.1 Apports des différentes méthodes

L'analyse croisée de ces différentes sources permet ainsi de dégager une compréhension globale et nuancée des alternatives à la contention, en mettant en évidence à la fois leur potentiel, leurs conditions d'efficacité et leurs limites dans le contexte spécifique de la pédopsychiatrie.

Une tension importante autour du recours à la contention en pédopsychiatrie apparaît entre nécessité clinique et questionnements éthiques.

D'une part, la littérature scientifique ainsi que les données issues des entretiens et du focus group convergent pour souligner que la contention constitue une mesure de dernier recours, mobilisée dans des situations où la sécurité du patient, des autres jeunes ou des professionnels

est directement menacée. Dans ces contextes de crise aiguë, marqués par des comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs, la contention apparaît parfois comme la seule intervention permettant de contenir une situation devenue incontrôlable. Certains professionnels insistent ainsi sur le fait que, malgré le développement d'alternatives, il subsiste des situations dans lesquelles aucune autre stratégie ne permet d'assurer une sécurité immédiate.

D'autre part, cette pratique est largement décrite comme problématique, tant sur le plan éthique que sur le plan clinique. Les différents participants mettent en avant la charge émotionnelle importante associée à ces interventions, souvent vécues comme une atteinte à la dignité et à la liberté du patient. Ce ressenti est d'autant plus marqué en pédopsychiatrie, où les patients sont mineurs et présentent fréquemment des antécédents de traumatismes. Dans ce contexte, la contention peut être perçue comme une expérience violente, susceptible de réactiver des fragilités liées à des abus et d'accroître le stress du patient au point de compromettre la relation thérapeutique et, par conséquent, la poursuite de l'accompagnement.

L'ensemble des résultats révèle également une diversité d'opinions au sein des équipes. Certains professionnels estiment qu'avec des stratégies préventives et des alternatives supplémentaires, le recours à la contention pourrait être évité de manière quasi systématique. D'autres reconnaissent que, dans certaines situations extrêmes, une intervention immédiate et contenante est indispensable à la sécurité des patients.

Par ailleurs, l'analyse de la littérature scientifique met en évidence une différence intéressante entre certaines approches développées à l'étranger et les pratiques davantage observées en Belgique. Des modèles comme les Six Core Strategies reposent sur une approche institutionnelle globale, intégrant l'ensemble du fonctionnement de l'unité et impliquant tous les niveaux de l'organisation dans la réduction du recours à la contention. À l'inverse, les alternatives mises en place dans les services rencontrés apparaissent souvent plus concrètes, plus directes et davantage centrées sur des interventions de terrain ciblées.

Selon moi, cette dimension institutionnelle plus large pourrait constituer un levier particulièrement intéressant dans l'approche de cette problématique. Lors du focus group, il est apparu que certains professionnels adhéraient davantage que d'autres aux alternatives à la contention et à leur mise en œuvre quotidienne. Cette hétérogénéité des pratiques peut limiter la cohérence des interventions au sein des équipes. Le travail autour des alternatives ne peut pas uniquement reposer sur l'initiative individuelle de certains soignants, mais nécessite un véritable soutien institutionnel afin que l'ensemble des professionnels puisse développer des

repères communs et adopter des pratiques cohérentes. Une telle approche pourrait également favoriser le développement de formations davantage centrées sur les alternatives à la contention et renforcer progressivement une culture de soins commune autour de cette problématique.

5.2 Une priorité donnée à la prévention des situations de crise

L'un des apports majeurs de ce travail réside dans la place centrale accordée à la prévention dans la réduction du recours à la contention. L'ensemble des méthodes mobilisées, qu'elles soient issues de la littérature, des entretiens ou du focus group, converge vers une même idée : l'efficacité des alternatives repose avant tout sur leur capacité à intervenir en amont des situations de crise.

En effet, les résultats montrent que les situations nécessitant une contention surviennent rarement de manière totalement imprévisible. Elles s'inscrivent le plus souvent dans une dynamique progressive, caractérisée par une montée en tension, des signes précurseurs et des facteurs déclencheurs identifiables. Dans cette perspective, le travail des équipes vise à repérer ces signaux suffisamment tôt pour intervenir avant que la situation ne devienne incontrôlable.

Les données issues du focus group mettent particulièrement en évidence l'importance d'identifier les moments à risque dans le quotidien des patients. Certains moments sont communs à l'ensemble du groupe, tels que le début d'hospitalisation, les périodes d'inactivité ou les temps de transition. Ces moments sont propices à l'émergence de tensions en raison d'un manque de repères, d'une surcharge émotionnelle ou d'une absence de structuration du temps. D'autres moments sont spécifiques à chaque patient et doivent être appréhendés de manière individualisée, notamment en fonction de leur histoire personnelle, de leurs traumatismes ou de leurs difficultés particulières.

Cette double approche, à la fois organisationnelle et individualisée, apparaît comme un élément clé dans la prévention des crises. D'une part, l'adaptation du fonctionnement du service, à travers la structuration du temps, la réduction des périodes « creuses » ou encore l'amélioration des conditions d'accueil, permet de diminuer les facteurs de risque collectifs. D'autre part, la prise en compte des besoins spécifiques de chaque patient, notamment via l'anamnèse, les entretiens ou les contrats individualisés, permet d'anticiper les réactions individuelles et de proposer des réponses adaptées.

Par ailleurs, les résultats soulignent l'importance du travail réalisé dès l'admission du patient. Cette phase apparaît comme particulièrement sensible, en raison du caractère souvent contraint

de l'hospitalisation et du bouleversement qu'elle constitue dans le quotidien du patient. La qualité de l'accueil et la clarté des informations transmises durant les premiers instants sont essentielles pour prévenir les premières escalades comportementales. Une admission bien préparée et accompagnée contribue ainsi à limiter l'opposition initiale et à instaurer un climat de confiance.

Cette logique préventive se retrouve également dans plusieurs modèles issus de la littérature, tel que le Trauma-Informed Care, qui insistent sur l'anticipation des situations à risque, la compréhension des facteurs déclencheurs et la mise en place d'environnements sécurisants. Ces approches confirment que la réduction du recours à la contention ne repose pas uniquement sur la gestion des crises, mais sur une transformation globale des pratiques, orientée vers l'anticipation et la régulation des tensions.

Ainsi, la prévention apparaît comme un moyen essentiel pour réduire le recours à des méthodes coercitives. Elle repose sur l'observation attentive des patients, une connaissance approfondie de leurs besoins et une capacité constante des équipes à ajuster leurs interventions. Toutefois, cette dynamique exige du temps, des ressources et une implication importante des professionnels, ce qui peut constituer une limite dans des contextes marqués par une forte pression organisationnelle.

5.3 Le rôle des alternatives concrètes dans la pratique clinique

Au-delà de la dimension préventive, les résultats mettent en évidence la diversité des alternatives concrètes mobilisées par les équipes pour limiter le recours à la contention. Ces alternatives s'inscrivent dans une logique visant à proposer des réponses immédiates aux situations de tension, tout en maintenant une approche thérapeutique centrée sur le patient.

Les données recueillies montrent que ces alternatives reposent en grande partie sur trois axes complémentaires : la relation soignant-soigné, l'environnement de soins et l'utilisation de médiations thérapeutiques.

Tout d'abord, la relation apparaît comme un élément clé de la gestion des situations de crise. Les entretiens individuels, la présence active des soignants et les interventions de désescalade verbale sont régulièrement décrits comme des outils efficaces permettant de contenir la tension sans recourir à des mesures coercitives. Le fait de consacrer un moment spécifique au patient, de l'écouter et de valider ses émotions contribue à renforcer l'alliance thérapeutique et à prévenir l'escalade des comportements agressifs. Cette dimension relationnelle est documentée

dans la littérature et souligne l'importance des compétences de communication dans la réduction du recours à la contention physique (Kelly et al., 2023).

Ensuite, l'environnement de soins influence fortement le comportement des patients. L'aménagement d'espaces spécifiques, tels que les salles d'apaisement, constitue une alternative particulièrement pertinente. Ces espaces offrent aux patients la possibilité de se retirer dans un cadre sécurisant, moins stimulant, favorisant ainsi un retour progressif au calme. Les données issues du focus group mettent particulièrement en évidence l'impact positif de la mise en place d'une salle d'apaisement. Les participants ont notamment expliqué qu'à la suite du déménagement de leur unité, l'introduction de cet espace a constitué un réel changement dans l'approche thérapeutique des jeunes, permettant une diminution notable des tensions et offrant une alternative concrète dans la gestion des situations de crise.

Cette observation est renforcée par les entretiens réalisés, au cours desquels plusieurs professionnels soulignent également l'intérêt de ce type de dispositif. À ce titre, l'infirmier chef évoque, parmi ses pistes d'amélioration, la mise en place d'une salle d'apaisement comme un levier susceptible d'apporter une réelle plus-value dans la gestion des situations d'agitation.

Le passage à des chambres individuelles ou l'adaptation de l'organisation quotidienne apparaissent également comme des facteurs contribuant à la réduction des conflits entre patients.

Par ailleurs, les médiations thérapeutiques occupent une place importante dans les pratiques observées. Les activités sportives, artistiques ou encore les supports d'expression indirecte permettent aux jeunes de canaliser leur énergie et d'exprimer leurs émotions autrement que par la violence. Ces médiations constituent des outils particulièrement adaptés en pédopsychiatrie, où la verbalisation peut être difficile, notamment en situation de crise. Elles permettent également de tisser un lien différent avec le soignant, moins centré sur la confrontation, favorisant ainsi une interaction plus apaisée.

Enfin, certaines techniques spécifiques, telles que les exercices de relaxation ou le grounding, sont également mobilisées pour aider les patients à réguler leurs émotions. En recentrant leur attention sur les sensations corporelles, ils parviennent à diminuer l'intensité émotionnelle et à réduire le risque de passage à l'acte.

Comme l'illustre l'un des entretiens réalisés, contrairement à certaines alternatives nécessitant davantage de préparation ou un contexte plus stable pour être mises en place, ces approches

présentent l'avantage de pouvoir être utilisées même dans les derniers instants précédant une éventuelle mise en contention.

Néanmoins, bien que ces alternatives semblent appropriées et efficaces dans de nombreux cas, leur mise en œuvre reste conditionnée par plusieurs facteurs. L'efficacité de ces méthodes dépendra principalement du moment où elles sont utilisées, de l'état du patient et de sa capacité à mobiliser les outils proposés. Comme l'ont indiqué les participants du focus group, certaines techniques peuvent s'avérer inefficaces lorsque la crise est déjà installée et que le patient est extrêmement agité. À ce stade, l'accès à la relation thérapeutique et/ou aux outils d'autorégulation est limité, ce qui réduit considérablement l'impact des alternatives.

Malgré le développement progressif des alternatives à la contention, les résultats soulignent l'existence de plusieurs limites entravant leur application dans la pratique quotidienne. Ces difficultés sont liées à la fois à la complexité du public accueilli, aux contraintes organisationnelles ainsi qu'au fonctionnement institutionnel.

Premièrement, la spécificité de la patientèle en pédopsychiatrie constitue un frein majeur. Les professionnels décrivent des adolescents présentant des troubles sévères, souvent associés à des parcours de vie marqués par des traumatismes, des ruptures relationnelles et une absence de cadre structurant. L'intensité de leurs crises est telle que d'autres options thérapeutiques deviennent inapplicables, notamment lorsque l'enfant manifeste une colère extrême, une incapacité à gérer ses émotions et un comportement impulsif. Dans ces situations, les outils habituellement à la disposition des professionnels s'avèrent souvent inefficaces, voire impossibles à mettre en œuvre.

Deuxièmement, les contraintes organisationnelles constituent un obstacle important. Le manque de personnel constitue un frein fréquent à la mise en œuvre d'alternatives, dans la mesure où celles-ci nécessitent souvent un accompagnement individualisé. Mener un entretien, accompagner lors d'une sortie ou superviser une activité requiert la présence et la disponibilité d'un professionnel, ce qui peut s'avérer difficile à garantir dans un contexte de charge de travail élevée. Les événements imprévus, la gestion simultanée de plusieurs situations et les exigences organisationnelles limitent également la capacité des équipes à mobiliser ces interventions de manière cohérente.

Ces différents éléments mettent en évidence que l'identification des freins et des limites constitue un levier essentiel dans l'amélioration des pratiques. En effet, l'analyse des difficultés rencontrées sur le terrain ne doit pas être perçue comme un échec, mais plutôt comme une étape nécessaire dans une réflexion visant à faire évoluer les pratiques de soin et d'accompagnement. Elle s'inscrit dans une logique d'ajustement continu, où les pratiques ne sont pas figées, mais évoluent en fonction des expériences vécues, des observations cliniques et des retours des équipes soignantes.

5.4 Regard critique et réflexion personnelle

À la lumière de l'ensemble des résultats analysés, je considère que la réduction du recours à la contention en pédopsychiatrie ne peut être envisagée comme un objectif atteignable de manière absolue, mais plutôt comme un processus d'amélioration continue. Celui-ci implique une remise en question constante des pratiques, visant à en diminuer la fréquence, la durée ainsi que les effets, notamment à travers le développement d'alternatives et l'amélioration des pratiques professionnelles.

En effet, si la plupart des méthodes alternatives identifiées démontrent une réelle efficacité dans la prévention et la gestion des situations de crise, leur mise en œuvre reste fortement dépendante du contexte clinique, organisationnel et relationnel. Il me semble que plus les ressources, les moyens et les alternatives sont mis en place au sein des services, plus il est possible de tendre vers une diminution significative du recours à la contention.

Selon moi, la prévention constitue le moyen le plus pertinent pour limiter le recours à la contention physique. L'ensemble des données analysées converge vers l'idée que plus l'intervention est précoce, plus elle est efficace. Lorsqu'une crise est installée, la capacité des professionnels à agir est fortement limitée, et la contention est parfois la seule option disponible pour assurer la sécurité. Cette observation rejoint les réalités du terrain, où certaines situations d'agitation extrême, notamment chez des patients en crise aiguë, ne permettent plus la mobilisation d'alternatives.

Il m'apparaît également que les approches fondées sur l'écoute, la disponibilité et la compréhension du vécu du patient sont essentielles dans la construction d'une alliance thérapeutique solide. Dans ce cadre, le rôle du soignant dépasse la simple gestion des

comportements pour s'inscrire dans une démarche visant à offrir au patient un cadre sécurisant et bienveillant.

En outre, la diversité des profils rencontrés en pédopsychiatrie invite à remettre en question la possibilité d'une réponse standardisée. Chaque patient présente des besoins différents, en lien avec son histoire, ses traumatismes et ses capacités d'adaptation. Dès lors, je considère que certaines alternatives doivent être pensées de manière individualisée, en s'appuyant sur une connaissance fine du patient et sur une collaboration active avec celui-ci.

Enfin, bien que je souhaite, de manière idéale, un arrêt des mises en contention en pédopsychiatrie, j'admets néanmoins que celle-ci ne peut être totalement dissociée de certaines réalités cliniques. En dernier recours, dans des situations où le patient présente un risque important et imminent pour lui-même ou pour autrui, et où les capacités de régulation sont altérées, la contention constitue alors une mesure de protection nécessaire.

Ainsi, la réduction du recours à la contention physique repose sur une combinaison de facteurs incluant la prévention, la qualité de la relation, l'adaptation des pratiques et les conditions organisationnelles. Elle nécessite également une remise en question constante des pratiques et une réflexion éthique approfondie de la part des professionnels.

5.5 Préconisations

Au regard des éléments analysés dans ce travail, il m'apparaît essentiel de formuler certaines préconisations visant à améliorer l'accompagnement en pédopsychiatrie et à limiter le recours à la contention. Ces propositions s'appuient à la fois sur les données de la littérature, les observations issues du terrain, mais également sur une réflexion personnelle développée au cours de ce mémoire.

Tout d'abord, il apparaît essentiel de renforcer les formations spécifiquement centrées sur les méthodes alternatives à la contention. Bien que les professionnels bénéficient déjà de formations en désescalade ou en communication, les résultats montrent un besoin d'approfondir ces apprentissages en les orientant plus spécifiquement vers des outils concrets, directement applicables sur le terrain. Le développement de modules de formation axés sur les alternatives existantes, incluant des retours d'expérience d'autres institutions, pourrait permettre d'élargir

le panel de stratégies mobilisables par les équipes et de favoriser une diffusion plus large des pratiques innovantes.

Ensuite, il semble pertinent de promouvoir une approche davantage participative en impliquant activement les patients dans leur parcours de soins. La mise en place de groupes de parole axés sur la contention et les situations de crise pourrait constituer une démarche intéressante. Ces espaces offriraient aux jeunes la possibilité de s'exprimer, de partager leurs expériences et de proposer leurs propres stratégies d'apaisement. Une telle démarche permettrait non seulement d'améliorer la compréhension des situations de crise, mais également de renforcer l'adhésion des patients aux alternatives proposées.

Lors du focus group, j'ai évoqué certaines alternatives qui n'étaient pas mises en place au sein de l'unité des participants. Ces derniers ont d'ailleurs réagi positivement à ces propositions et les ont considérées comme intéressantes à développer dans leur pratique. Cela m'a permis de constater que certaines méthodes utilisées et reconnues comme efficaces dans un service peuvent rester méconnues dans d'autres structures, alors même que celles-ci sont parfois situées à proximité les unes des autres, voire dans la même ville. Je trouve dès lors intéressant de favoriser davantage les échanges entre services accueillant le même type de population, notamment par le biais de temps d'échange ou de collaborations interinstitutionnelles. Le partage des pratiques, des expériences et des outils cliniques pourrait permettre aux équipes de s'enrichir mutuellement et de faire évoluer leurs approches de soin, notamment concernant les alternatives à la contention, mais également sur d'autres aspects du soin en pédopsychiatrie.

Par ailleurs, le renforcement du travail d'équipe apparaît comme un enjeu central. Il serait pertinent de favoriser des temps réguliers d'échange entre professionnels, tels que des réunions cliniques, des supervisions ou des débriefings systématiques après les situations de crise. Cela est important à la fois pour analyser les pratiques, identifier les pistes d'amélioration, et pour consolider la cohésion d'équipe. Une plus grande homogénéité des pratiques pourrait ainsi être instaurée en matière de gestion de crise.

Bien que le manque d'effectifs ne puisse être entièrement résolu à l'échelle d'une unité, améliorer l'organisation du service afin de pallier en partie cette difficulté pourrait s'avérer judicieux. Cela pourrait permettre de libérer davantage de professionnels pour des interventions individualisées. Cette amélioration peut notamment passer par une meilleure répartition des

tâches, une anticipation des moments à risque ou encore une structuration plus fine du quotidien des patients afin de limiter les périodes propices aux tensions.

Dans cette perspective, je pense qu'il est essentiel de tendre vers une organisation qui favorise une véritable clinique partagée. En pédopsychiatrie, la complexité des situations rencontrées nécessite une réelle pluridisciplinarité, dans laquelle chaque professionnel peut apporter son regard clinique. Il ne s'agit pas uniquement d'appliquer des décisions prises par certains membres de l'équipe, mais bien de construire collectivement les interventions à partir des observations de chacun. Selon moi, cette dynamique permet d'affiner la compréhension des situations de crise et d'adapter plus efficacement les alternatives à la contention.

Néanmoins, cette organisation peut également se heurter à certaines limites. En effet, tous les professionnels ne s'inscrivent pas forcément dans cette démarche participative. Certains peuvent adopter une posture davantage centrée sur l'exécution, sans s'impliquer pleinement dans la réflexion clinique. Dès lors, la mise en place d'une clinique partagée repose sur l'implication active de chaque professionnel et sur une dynamique d'équipe valorisant la réflexion collective.

Ensuite, le développement et l'aménagement d'espaces adaptés, tels que les salles d'apaisement ou les espaces Snoezelen, devraient être encouragés. Ces dispositifs ont démontré leur utilité dans la prévention des situations de crise et ils constituent une alternative concrète à la contention. Au sein de l'établissement, la question de leur accessibilité, de leur adaptation aux besoins des patients et de leur intégration effective dans la pratique quotidienne se doit d'être abordée de manière cohérente.

Enfin, il pourrait être judicieux de renforcer les processus d'évaluation et de suivi des pratiques. L'utilisation d'indicateurs pour suivre l'évolution du recours aux mesures de contention, ainsi qu'une analyse régulière de ces données, pourraient contribuer à objectiver les progrès réalisés et à identifier les axes d'amélioration. Cette démarche s'inscrit dans une logique d'amélioration continue des pratiques, encourageant les équipes dans leur engagement à réduire le recours à la contention physique.

5.6 Limites et intérêts de mon travail

Ce travail présente plusieurs intérêts, tant sur le plan scientifique que sur le plan professionnel.

Tout d'abord, il permet d'apporter une vision d'ensemble et nuancée de la problématique de la contention en pédopsychiatrie, en croisant différentes sources de données. L'articulation entre la revue de la littérature, les entretiens avec des professionnels et le focus group constitue une richesse méthodologique, dans la mesure où elle permet de confronter les données théoriques aux réalités du terrain. Cette approche favorise une compréhension approfondie des pratiques, en mettant en évidence à la fois les stratégies existantes, leur efficacité et les difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre.

Par ailleurs, ce travail met en lumière la diversité des alternatives à la contention, en montrant qu'il ne s'agit pas d'une solution unique, mais d'un ensemble de pratiques complémentaires, intégrées dans une approche globale du soin et de l'accompagnement.

D'un point de vue professionnel, ce mémoire s'inscrit dans une démarche réflexive, en lien direct avec la pratique clinique. Il contribue à nourrir la réflexion sur les pratiques de soins, en questionnant le recours à la contention et en proposant des pistes d'amélioration concrètes.

Cependant, ce travail présente également certaines limites qu'il convient de souligner.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon dans les entretiens et le focus group reste limitée. Bien que les professionnels interrogés présentent des profils variés, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des unités de pédopsychiatrie. Les pratiques peuvent en effet varier en fonction des contextes institutionnels, des ressources disponibles et des caractéristiques du public accueilli.

Ensuite, la majorité des données recueillies repose sur des déclarations de professionnels, ce qui peut introduire un biais subjectif. Les participants peuvent, de manière consciente ou non, présenter leurs pratiques sous un angle plus favorable ou insister davantage sur les alternatives mises en place. L'absence d'observation directe des pratiques constitue donc une limite dans l'analyse des résultats.

Il convient également de souligner que les données issues du focus group reposent sur des échanges collectifs, pouvant être influencés par la dynamique de groupe. Celle-ci peut, dans certains cas, limiter l'expression de points de vue plus divergents ou nuancer certaines prises de position individuelles.

Également, la réalisation de ce travail m'a confronté à la difficulté de maintenir un regard totalement objectif sur la thématique étudiée. En tant qu'infirmier travaillant directement en

pédopsychiatrie de crise, mon expérience professionnelle et les situations vécues sur le terrain constituaient à la fois une richesse pour la compréhension du sujet, mais également un facteur de risque potentiel de biais dans l'analyse et l'interprétation des données.

Enfin, je ressens qu'un temps de travail plus important m'aurait permis d'aller encore plus loin dans certaines réflexions et dans l'approfondissement de certains aspects de la problématique.

Au regard de ce travail, il m'apparaît que cette recherche a permis d'apporter une compréhension de la problématique étudiée, tout en mettant en évidence la complexité des pratiques en pédopsychiatrie. Néanmoins, avec du recul, certains éléments pourraient être améliorés.

Si ce travail devait être réalisé à nouveau, il serait pertinent d'élargir l'échantillon de participants afin d'obtenir une vision plus représentative des pratiques. De plus, l'intégration d'observations directes sur le terrain permettrait de compléter les données déclaratives et d'apporter une analyse plus fine des situations de crise.

Il pourrait être intéressant d'organiser un second focus group après l'étape de discussion et des préconisations afin d'échanger avec les professionnels autour des réflexions dégagées. Cela permettrait de recueillir leurs réactions face aux interprétations proposées, de confronter les analyses à leur réalité de terrain et d'enrichir davantage la réflexion collective autour des alternatives à la contention.

Il serait également intéressant de réaliser des entretiens ou des focus groups en région flamande, ainsi que dans les pays limitrophes, afin de comparer les pratiques et d'enrichir la compréhension des approches mises en œuvre dans différents contextes.

De plus, explorer cette problématique du point de vue des patients eux-mêmes serait particulièrement pertinent. Leur expérience vécue permettrait d'apporter un éclairage complémentaire, susceptible d'enrichir la compréhension des pratiques et de guider le développement d'approches encore mieux adaptées à leurs besoins.

Enfin, un approfondissement de certaines alternatives, notamment à travers une analyse comparative de leur efficacité, pourrait constituer une piste d'amélioration pour renforcer la portée de ce travail.

6. Conclusion

La réalisation de ce mémoire a constitué une étape particulièrement marquante dans mon parcours, tant sur le plan professionnel que personnel. En tant qu'infirmier exerçant en unité de crise en pédopsychiatrie, ce travail m'a permis de prendre du recul sur mes pratiques quotidiennes et sur les situations auxquelles je suis confronté de manière récurrente. Il m'a offert l'opportunité de transformer des questionnements issus du terrain en une réflexion structurée, nourrie par des apports scientifiques et des retours d'expérience.

Depuis le début de mon parcours en pédopsychiatrie, j'ai toujours été particulièrement sensible à cette problématique. Les situations de contention auxquelles j'ai été confronté au fil de ma pratique ont souvent suscité chez moi de nombreuses réflexions et interrogations. J'ai également pu constater que cette sensibilité était largement partagée par plusieurs professionnels avec lesquels je travaille, qui se questionnent eux aussi sur ces pratiques et sur les alternatives possibles. Toutefois, malgré cet intérêt et cette volonté de faire autrement, il existait parfois un sentiment de ne pas savoir quelles autres approches mettre en place face à certaines situations complexes. La réalisation de ce mémoire m'a ainsi permis de découvrir de nombreuses alternatives et de développer une réflexion beaucoup plus large sur cette problématique. Plusieurs éléments abordés dans ce travail étaient des aspects auxquels je n'avais moi-même jamais réellement réfléchi auparavant.

La recherche dans la littérature scientifique m'a permis d'approfondir mes connaissances et de découvrir la richesse des approches existantes en matière d'alternatives à la contention. Elle a également mis en évidence que cette problématique dépasse largement le cadre individuel du soignant, en s'inscrivant dans des dynamiques institutionnelles, organisationnelles et relationnelles plus larges.

Les entretiens réalisés avec les témoins privilégiés ainsi que les échanges issus du focus group ont constitué des moments particulièrement enrichissants. Ces rencontres ont permis d'apporter un éclairage concret sur la réalité du terrain et ont fait émerger une cohérence notable entre les données théoriques et les pratiques cliniques. Au-delà des contenus, elles m'ont permis de percevoir l'engagement des professionnels, leur volonté de bien faire, ainsi que la dimension profondément humaine qui anime leur pratique quotidienne.

Mon constat, à la lumière de l'ensemble de ce travail, est que la réflexion autour des alternatives à la contention suscite un réel intérêt chez les professionnels de terrain. Beaucoup de soignants rencontrés témoignent d'une volonté sincère de faire évoluer les pratiques et de proposer un

accompagnement davantage centré sur la prévention, l'écoute et la relation thérapeutique. Toutefois, ce mémoire m'a également permis de comprendre que cette évolution ne dépend pas uniquement de la motivation individuelle des soignants. Elle nécessite un travail plus large, impliquant l'organisation des soins, le soutien institutionnel, la formation des équipes ainsi qu'une réflexion collective continue autour des interventions cliniques.

Les résultats de ce mémoire mettent également en évidence que les alternatives à la contention peuvent prendre des formes très variées. Certaines reposent sur des approches relationnelles, comme la désescalade verbale, les entretiens individualisés ou la communication non violente. D'autres s'appuient davantage sur des médiations concrètes, comme les activités sportives, les médiations artistiques, les salles d'apaisement ou encore les exercices de relaxation et de grounding. Ce travail m'a permis de réaliser qu'il n'existe pas une alternative unique applicable à toutes les situations, mais plutôt une multitude d'outils pouvant être mobilisés en fonction des besoins spécifiques du patient, du moment de la crise et du contexte institutionnel.

Par ailleurs, plusieurs éléments abordés dans les entretiens et dans le focus group m'ont particulièrement marqué. J'ai notamment pris conscience de l'importance de certains aspects auxquels je n'avais auparavant pas suffisamment prêté attention, comme l'impact de l'environnement architectural, le rôle des temps informels avec les patients ou encore l'influence de l'organisation quotidienne du service sur les tensions au sein de l'unité. Ce mémoire m'a également permis de mieux comprendre à quel point les situations de crise s'inscrivent souvent dans des parcours de vie complexes, marqués par des traumatismes, des ruptures relationnelles ou un profond sentiment d'insécurité.

Je retiens également que le travail d'équipe occupe une place centrale dans cette problématique. Les échanges réalisés au cours de ce mémoire montrent que la qualité de l'accompagnement dépend fortement de la capacité des équipes à communiquer, à partager leurs observations et à construire des réponses cohérentes face aux situations de crise. Ce travail quotidien demande un investissement humain important de la part des professionnels, qui évoluent dans un contexte souvent complexe. Malgré ces difficultés, les équipes tentent continuellement de faire de leur mieux afin d'accompagner les jeunes de la manière la plus respectueuse, sécurisante et adaptée possible. Cette réalité met en évidence l'importance du soutien entre collègues, de l'écoute et de la collaboration au sein des équipes pour faire face à ces réalités parfois éprouvantes.

Cependant, ce travail m'a également confronté aux limites de la réalité du terrain. Les professionnels rencontrés rappellent que certaines situations peuvent nécessiter le recours à la

contention lorsque la sécurité des patients est directement menacée. Cette réalité montre que la réflexion autour des alternatives ne consiste pas à nier la difficulté des soins en pédopsychiatrie, mais plutôt à chercher continuellement des moyens de prévenir les situations critiques et de réduire autant que possible le recours aux pratiques coercitives.

Au-delà de la pédopsychiatrie, ce travail m'a également amené à réfléchir plus largement à la place de la contention dans les soins de santé. Selon moi, cette réflexion autour de la contention et des alternatives gagnerait à être davantage abordée dès la formation initiale des professionnels, car ces questionnements concernent de nombreux secteurs, comme la psychiatrie adulte, la gériatrie ou encore certains services somatiques. Sensibiliser les soignants ou futurs soignants à ces enjeux pourrait favoriser le développement d'une réflexion clinique davantage centrée sur la prévention, les alternatives et la relation soignant-patient.

Pour terminer, comme le dit le neuropsychiatre français, Boris Cyrulnik, « tout être blessé est contraint à la métamorphose ». Cette citation résonne particulièrement avec la réalité des jeunes rencontrés en pédopsychiatrie, dont les comportements traduisent souvent une souffrance profonde. Elle rappelle également l'importance, pour les soignants, de proposer un cadre sécurisant et humain afin d'accompagner ces jeunes dans leur parcours de soin et de contribuer, à travers la qualité des soins et de l'accompagnement, à leur offrir de meilleures perspectives d'avenir.

7. Bibliographie :

American Psychiatric Association. (2022). *Practice guideline for the treatment of patients with psychiatric disorders*. APA Publishing.

Assemblée générale des Nations Unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Nations Unies. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

AVIQ. (2019). *Contention & isolement : Repères et bonnes pratiques*. Direction Audit et inspection de l'AVIQ. <https://www.aviq.be>

Bak, J., & Aggernæs, H. (2012). Coercion within Danish child and adolescent psychiatry compared to that of adults: A national study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-28>

Belgique. (2018). *Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient*. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F

Black, V., Bobier, C., Thomas, B., et al. (2020). Reducing seclusion and restraint in a child and adolescent inpatient area: Implementation of a collaborative problem-solving approach. *Australasian Psychiatry*, 28(5), 578-584. <https://doi.org/10.1177/1039856220917081>

Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412-1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). (2021). *Organisation de la pédopsychiatrie en Belgique : état des lieux et recommandations pour l'avenir* (KCE Report 340). KCE. <https://kce.fgov.be/fr>

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). (2016). *Rapport thématique sur les soins sans consentement en psychiatrie*. <https://www.cglpl.fr>

- Czernin, K., Bründlmayer, A., Oster, A., Baumgartner, J. S., & Plener, P. L. (2024). Children and adolescents at risk for seclusion and restraint in inpatient psychiatric treatment: A case control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00791-3>
- Day, D. M. (2002). Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 266-278. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.2.266>
- De Luca, M., & Chenivresse, P. (2017). Intérêts et vécus de l'isolement thérapeutique dans un service pour adolescents et jeunes adultes. *L'Information psychiatrique*, 93(10), 825-832. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1722>
- Delvenne, V., & Bula-Ibula, C. (2021). Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : quelles interactions ? *L'Information psychiatrique*, 97(5), 353-359. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2262>
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Santé mentale. Enquête de santé 2018*. Sciensano. www.enquetesante.be
- Haran, M., Killeen, D., Healy, M., Brophy, P., Donohue, A., Whyte, I., & Doody, B. (2023). Prevalence and correlates of restrictive interventions in an Irish child and adolescent psychiatric unit: A 4-year retrospective study. *Irish Journal of Medical Science*, 192(6), 2929-2936. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03316-7>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2016). *Qualité de vie et santé mentale des enfants et adolescents : recommandations de prise en charge*. <https://www.has-sante.fr>
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20040901-05>
- Kelly, P., Saab, M. M., Hurley, E. J., et al. (2023). Trauma informed interventions to reduce seclusion, restraint and restrictive practices amongst staff caring for children and adolescents with challenging behaviours: A systematic review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16, 629-647. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00524-2>
- LeBel, J., Huckshorn, K. A., & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89(2), 169-187.

Lefèvre-Utile, J., Guivarch, J., Cohen, D., Cravero, C., & Rolland, A. C. (2023). Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : une analyse des défis éthiques en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.06.002>

LeFrançois, B. A. (2018). "It's like mental torture": Participation and mental health service users' experiences of restraint. *Health*, 22(1), 94-111. <https://doi.org/10.1177/1363459316681210>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Isolement et contention en psychiatrie générale : recommandations de bonnes pratiques*. Ministère des Solidarités et de la Santé.

Morisset, J. (2018). Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. *Recherche en soins infirmiers*, 132(1), 78-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.132.0078>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings (NG10)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

Nielson, S., Bray, L., Carter, B., & Kiernan, J. (2021). Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care*, 25(3), 342-367. <https://doi.org/10.1177/1367493520937152>

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2017). *Mental health and human rights*. Nations Unies. <https://www.ohchr.org>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A., & Rask, O. (2022). Methods and strategies for reducing seclusion and restraint in child and adolescent psychiatric inpatient care. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 107-136. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09887-x>

Roy, C., Castonguay, A., Fortin, M., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A., Lafortune, D., Bernard, P., & Geoffrion, S. (2021). The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(2), 318-338. <https://doi.org/10.1177/1524838019843196>

Slaatto, A., Mellblom, A. V., Kleppe, L. C., Baugerud, G. A., & Kjøbli, J. (2021). Conflict prevention, de-escalation and restraint in children/youth inpatient and residential facilities: A systematic mapping review. *Children and Youth Services Review*, 127, 106069. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106069>

Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SFPEADA). (2019). *Manuel de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (3e éd.). Masson.

SPF Santé publique. (2020). *Santé mentale chez les jeunes en Belgique : état des lieux et besoins émergents*. <https://www.health.belgium.be/fr>

SPF Santé publique. (2023). *Données phares en santé mentale en Belgique*. Service Public Fédéral Santé publique

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. U.S. Department of Health and Human Services.

United Nations. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Nations Unies. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2015). *General comment No. 1: Article 12: Equal recognition before the law* (CRPD/C/GC/1).

Van der Merwe, M., Bowers, L., Jones, J., Simpson, A., & Haglund, K. (2013). Locked doors in acute inpatient psychiatry: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 293-299. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01936.x>

West, M., Melvin, G., McNamara, F., & Gordon, M. (2017). An evaluation of the use and efficacy of a sensory room within an adolescent psychiatric inpatient unit. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(3), 253-263. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12358>

World Health Organization. (2019). *Mental health of children and adolescents: Safe environments*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net>

8. Annexes

Retranscription de l'entretien n°2

Question : Bonjour. Dans un premier temps, est-ce que vous pouvez vous présenter de manière générale et expliquer un peu votre parcours dans la pédopsychiatrie ?

Réponse : Je suis actuellement directrice des soins infirmiers sur un site hospitalier pédopsychiatrique, et j'occupe cette fonction depuis 2015. À la base, je suis infirmière de formation. J'ai été diplômée en 1990 comme infirmière en soins généraux, puis j'ai réalisé une année de spécialisation en psychiatrie.

J'ai ensuite commencé à travailler directement dans un hôpital psychiatrique universitaire pendant plus ou moins dix ans, où j'étais infirmière auprès d'un public essentiellement adulte. En 2000, j'ai postulé pour devenir infirmière en chef. J'ai occupé cette fonction de 2000 à 2015. Durant cette période, j'ai travaillé directement dans un service mixte adolescents-adultes en psychiatrie, pendant environ quinze ans.

Ensuite, depuis 2015, comme je le disais, je suis devenue directrice. Aujourd'hui, je suis directrice d'un site qui accueille uniquement des adolescents. Durant mon parcours en tant qu'infirmière en chef, j'ai aussi suivi une école de cadre, ce qui m'a permis d'occuper cette fonction. En 2015, lorsque j'ai repris la fonction de direction, j'ai également fait un Master en santé publique, que j'ai obtenu en 2018.

Concernant plus spécifiquement la pédopsychiatrie, cela fait plus ou moins vingt-cinq ans que je travaille avec des adolescents.

Question : Super. Pour entrer un peu plus dans le vif du sujet après cette présentation, est-ce que vous pouvez nous donner un peu plus d'informations concernant les mises en contention que vous avez pu rencontrer tout au long de votre carrière ? Notamment peut-être les raisons les plus fréquentes, le contexte, etc.

Réponse : Je pense que, pour moi, la mise en contention est vraiment quelque chose qu'on essaie d'éviter au maximum. Quand elle a lieu, c'est souvent parce que toutes les alternatives à la mise en chambre de contention, et donc à une forme de privation de liberté, ont échoué. Cela rejoint d'ailleurs bien le travail de mémoire : on essaie toujours que ce soit le dernier recours.

L'objectif est alors de pouvoir mettre un arrêt, un stop, à un moment où les jeunes sont dépassés et ne parviennent plus à interrompre des comportements soit auto-agressifs, soit hétéro-agressifs. Je dirais que c'est la raison principale, à un moment donné, les jeunes sont débordés ou dépassés par une symptomatologie en lien soit avec des symptômes psychiatriques, soit avec des pulsions qu'ils ne parviennent plus à contrôler.

Donc, si l'on décide de mettre quelqu'un sous contention, c'est que l'on estime que le risque encouru serait plus important si on ne le faisait pas. C'est-à-dire qu'on pense qu'il pourrait agresser quelqu'un d'une manière gravissime ou se faire du mal. Voilà. Mais, comme je le disais, c'est vraiment le dernier recours, et auparavant on a essayé différentes choses pour éviter d'en arriver là.

Mettre quelqu'un sous contention, ce n'est pas rien, on prive tout de même quelqu'un d'un droit fondamental, qui est sa liberté.

Question : Effectivement. Au fil des années, est-ce que vous avez pu observer une diminution des mises en contention ou, justement, un développement des alternatives mises en place ?

Réponse : Oui, vraiment. En tout cas, ici, sur le site où je travaille, on a beaucoup évolué. Je pense aussi qu'il faut tenir compte d'une question importante : le cadre médico-légal joue également un rôle.

Quand on accueille des jeunes hospitalisés contre leur volonté, je pense qu'il est plus compliqué de développer une alliance thérapeutique d'emblée. Cela prend du temps. Ces jeunes entrent parfois dans un cadre anciennement appelé MEO, et nous sommes aussi confrontés à un public présentant de la comorbidité. Pour rappeler les anciens critères, il faut qu'il y ait une maladie mentale, que le jeune présente des comportements dangereux pour lui-même ou pour autrui, et qu'il y ait un refus de soins, c'est-à-dire une absence de conscience morbide.

Autrement dit, ces jeunes ne veulent pas être hospitalisés. Ils sont très peu dans une demande d'aide, avec souvent aussi une perte de confiance et une grande difficulté à aller à la rencontre de l'adulte. Chez les adolescents que nous accueillons, les adultes qui auraient dû être des personnes de confiance ont souvent été, au contraire, des adultes qui les ont trahis ou maltraités. Donc, la confiance envers l'adulte est vraiment très faible.

Et je reviens au quatrième critère : toutes les alternatives ont échoué. Souvent, ces jeunes arrivent ici hospitalisés dans un cadre où ils sont peu demandeurs, où l'énonciation de leurs

difficultés est compliquée, et où la confiance nécessaire pour se confier et trouver ensemble des solutions ne s'installe pas en deux temps trois mouvements. Cela prend du temps.

Parfois, ce sont donc des jeunes qui se retrouvent débordés, dépassés, et malheureusement, on remarque qu'ils sont plus souvent mis sous contention, justement parce que la gestion de leurs émotions et de leurs symptômes est plus difficile et demande davantage de temps.

Cependant, nous avons beaucoup travaillé ici sur le développement des alternatives. Nous avons essayé de mettre en avant un cadre institutionnel et organisationnel qui offre davantage de disponibilité, de présence, de processus de réflexion et d'accompagnement. Aujourd'hui, cela permet qu'il y ait beaucoup moins de mises en chambre de sécurité, et nous nous en réjouissons.

Question : D'accord, merci beaucoup. Concernant toujours la mise en contention, avant de passer aux alternatives, est-ce que vous pouvez citer certains impacts que vous avez pu observer, peut-être sur les jeunes suite à une mise en contention, et peut-être aussi sur l'équipe ?

Réponse : Souvent, ce type de situation se déroule dans un climat de crise, puisque, comme je le disais, toutes les alternatives ont échoué. Je pense donc que c'est un moment délicat. Le fait de tenir quelqu'un et de l'amener dans une chambre de sécurité n'est pas anodin. D'ailleurs, chez nous, on a changé la dénomination : on ne parle plus de chambre d'isolement. On utilise le terme de chambre de sécurité. C'est important, justement pour rappeler qu'il s'agit de sécuriser et de mettre le patient dans un endroit sécurisé, puisque ses comportements témoignent d'une insécurité potentielle pour lui-même ou pour autrui.

Les impacts ne sont pas simples. Pour le jeune, cela se fait parfois dans des situations de grande agitation, où il faut contenir, transporter, accompagner dans un mouvement qu'il ne souhaite pas. C'est donc souvent difficile pour le jeune, mais aussi pour l'équipe.

Il y a souvent beaucoup d'émotions. De l'inquiétude, de la tristesse, un sentiment de malaise, parfois même un sentiment d'être allé trop loin. Souvent, ensuite, on en reparle avec les jeunes, on en reparle en équipe. Cela permet de dissiper ou, en tout cas, de diminuer l'ensemble de ces émotions négatives, parce qu'on essaie de remettre du sens clinique.

Et cela, c'est important : le pourquoi réflexif et le pourquoi clinique. Pourquoi en est-on arrivé à devoir prendre cette mesure-là ? Parce que, sinon, le risque encouru allait être trop élevé. Le risque de suicide ou le risque de comportement violent devenait beaucoup trop important. À

partir de là, on se dit : d'accord, on prive quelqu'un de liberté, mais c'est préférable à un risque beaucoup plus grave.

Nous avons aussi des procédures très précises : cela ne se fait pas comme cela. Il faut notamment un accord médical. Mais en tout cas, c'est une décision réfléchie, encadrée, où l'on se dit qu'il faut à un moment poser cet arrêt que le jeune ne parvient plus à poser lui-même.

Pour le jeune, c'est souvent après coup, lorsque l'on rediscute avec lui, qu'il peut comprendre le sens de la mesure. Certains parviennent eux-mêmes à dire qu'ils se sentaient débordés, dépassés par ce qui leur arrivait, et que c'était finalement la solution qui s'imposait à ce moment-là.

Bien sûr, dans un premier temps, les retours sont parfois très négatifs. Le jeune peut dire : « Je ne comprends pas », il peut insulter, traiter tout le monde de tous les noms. Mais souvent, il y a un temps « à chaud », puis un temps « à froid ». Et le temps à froid permet justement de retravailler ensemble, avec le patient d'une part, et en équipe d'autre part, ce qui nous a amenés à cette mesure. Cela aide à mieux comprendre le sens et à diminuer certains ressentis.

Question : Concernant plus concrètement les alternatives, que pouvez-vous dire un peu des alternatives mises en place actuellement, ou que vous avez pu mettre en place dans votre carrière auparavant ?

Réponse : Aujourd'hui, je pense qu'il y a quelque chose de vraiment nouveau que nous essayons de mettre en place dès l'entrée, dès l'admission du patient. Il y a une question que l'on pose d'emblée au jeune, on lui demande s'il existe des risques de comportements auto- ou hétéro-agressifs.

Très souvent, le jeune répond lui-même : « Oui, j'ai des idées suicidaires », « Oui, je me suis déjà fait du mal », « Oui, je me suis déjà scarifié », « Oui, j'ai déjà fait des tentatives de suicide », ou encore : « Quand je suis énervé, je vois rouge et je balance des chaises », « Je peux devenir agressif envers quelqu'un d'autre ».

Ces questions sont posées dès l'admission, dans un contexte calme. Et surtout, ce qui est intéressant, c'est qu'on demande aussi au jeune ce qu'il met déjà en place chez lui pour pouvoir se calmer. Il peut nous dire, par exemple : « Il faut me laisser tranquille », « Il faut m'accompagner », « Je vais faire un tour », « Je vais prendre une réserve », « J'écoute de la

musique ». En fait, il amène lui-même ses alternatives. Il explique comment, déjà, il essaie de gérer cela seul ou avec l'aide de sa famille.

Je trouve que c'est très intéressant de poser cette question dans une situation calme, parce que cela nous donne ensuite, à nous, des pistes concrètes. Lors des transmissions, on peut dire : voilà, ce jeune dit que lorsqu'il est débordé, certains phénomènes reviennent, et voilà comment il essaie habituellement de les gérer.

C'est donc une notion importante, parce que des questions difficiles sont abordées dans un cadre calme et sécurisant. Et là, on voit vraiment qu'on prend en compte cette notion de patient partenaire, on essaie d'inclure directement le patient dans la prise en charge, dans une logique collaborative.

Ces alternatives sont, en réalité, très nombreuses. La liste est presque infinie, parce qu'on essaie d'abord de se baser sur ce que dit le patient lui-même, dans la mesure du possible. Mais institutionnellement, nous avons aussi mis en place toute une série d'alternatives.

Il y a, par exemple, la réserve médicamenteuse. Il y a l'utilisation de médias, quels qu'ils soient : écouter de la musique, faire une activité. Il peut aussi s'agir de faire une balade, ou au contraire de s'isoler, de se mettre en retrait. Il y a les entretiens de soutien, les entretiens de post-crise. Il y a aussi tout le travail plus approfondi mené dans le cadre des entretiens de référence. Là, on essaie d'aborder la question de la confiance, ainsi que les éléments qui peuvent déclencher ou aggraver certaines situations, afin de les travailler en amont. Cela peut se faire dans les entretiens de référence ou en staff clinique, afin d'aborder les questions de fond qui permettront peut-être au jeune de se sentir plus apaisé par rapport à sa problématique.

Nous avons également développé dans le service une salle bien-être, mise à disposition des patients, mais toujours avec l'accompagnement d'un soignant. Le soignant a été préalablement formé à l'utilisation des outils qui s'y trouvent. De mémoire, je pense qu'il y a cinquante-six outils qui peuvent être utilisés dans cette salle.

Par exemple, il y a une roue des émotions, ce qui est intéressant parce que certains jeunes ont des difficultés à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent. Grâce à cette roue, ils peuvent identifier plus rapidement s'ils sont dans un état de colère, de tristesse ou d'anxiété. Cette roue a été dessinée sur un mur. Il y a aussi l'utilisation d'huiles essentielles, l'usage d'une musique douce, des exercices de relaxation, un tapis sur lequel on peut simplement se poser, des cubes,

des balles anti-stress, de grosses balles également. Certains outils permettent aussi de décharger physiquement certaines tensions, par exemple en frappant contre un support prévu à cet effet.

Cette salle est utilisée comme alternative et permet aux jeunes, accompagnés par un membre du personnel, de décharger les pulsions qui les traversent. C'est quelque chose de très intéressant. La salle bien-être est d'ailleurs très jolie. Nous avons aussi un autre espace, toujours avec accompagnement d'un soignant, où le jeune peut se défouler. Il y a un sac de frappe, avec les gants et le matériel nécessaire.

Pour certains jeunes, une autre alternative consiste à les extraire temporairement du groupe, lorsqu'ils sont trop stimulés et qu'ils n'arrivent plus à gérer cette surcharge. On les met alors dans leur chambre. Mais pour ne pas les laisser seuls, nous utilisons un chariot avec lequel le personnel entre dans la chambre. Ce chariot contient des jeux de société, des puzzles, des livres à colorier, des mots croisés, et tout un ensemble de matériel qui permet d'accompagner le jeune autour d'un média. Cela aide à parler d'autre chose, à discuter, à faire redescendre l'ambiance.

Donc, parmi les alternatives, il y a les entretiens, les réserves, les sorties, les médias, mais aussi l'appel à un tiers. Et cela me semble aussi très important. Quand on est dans une discussion avec un jeune et que l'on voit qu'il monte dans une agitation symétrique, ou qu'un collègue se sent en difficulté, ou encore qu'on sent qu'une tension monte dans l'ambiance du service, on essaie qu'un autre collègue prenne le relais, notamment lorsqu'on sait qu'il a un meilleur contact avec le jeune. On sait très bien que le transfert se joue aussi dans ces situations. Donc, si je vois qu'un collègue est en difficulté, et que je sais, personnellement, que j'ai une bonne alliance avec ce jeune, je peux dire : « Voilà, je viens prendre le relais ». Cela fait aussi partie des alternatives.

Question : Voilà, je pense que c'est déjà très riche et très intéressant. Toujours dans le même domaine, est-ce qu'il y a des formations qui sont mises en place justement dans l'optique des alternatives ? Je pense notamment à la désescalade, ou autre.

Réponse : Oui. Je pense d'ailleurs que c'est aussi cela qui a permis une très forte diminution des mises en chambre de sécurité. Il y a les alternatives, bien sûr, mais il y a aussi la formation du personnel. Parce qu'on peut avoir tous les outils du monde, si le personnel n'adopte pas une posture soignante qui évite les escalades symétriques, cela reste compliqué.

En effet, nous avons mis en place une formation obligatoire pour tout travailleur, centrée sur la désescalade. C'est un module assez conséquent, mais nous pensons que cela en vaut vraiment la peine. Il s'agit de trois journées obligatoires pour chaque travailleur, autour de la désescalade verbale. La formation est donnée par un formateur extérieur, un psychologue, et elle est dispensée à l'ensemble du personnel du groupe.

Dans cette formation, on aborde notamment la question de notre propre posture soignante. Comment gérons-nous nous-mêmes nos émotions ? Parce que, comme je le disais, au-delà de la blouse blanche, nous sommes aussi des hommes et des femmes, avec nos difficultés, notre état du jour, notre humeur, etc. Pourtant, nous devons tout de même adopter une posture professionnelle.

On apprend donc à mieux comprendre et gérer ses émotions, à reconnaître comment on se positionne face à celles-ci, à éviter le jugement, à éviter les escalades symétriques, à être attentif aux notions de transfert et de contre-transfert, qu'ils soient positifs ou négatifs. Tout cela est abordé dans le cadre de la désescalade verbale.

Et au-delà des paroles, il y a aussi tout ce qui relève du comportement. On sait que la communication passe en grande partie par le non-verbal. Une posture peut suffire à provoquer une montée en tension. Parfois, on ne dit rien, mais la manière dont on se tient peut être vécue comme agressive ou menaçante. Donc ces éléments sont aussi travaillés : comment je me tiens debout, assis, les bras ouverts, les bras croisés, etc. Ce sont des choses très importantes.

À côté de cela, il y a également trois modules obligatoires de désescalade physique. Là, on apprend comment se protéger lorsqu'on risque soi-même d'être agressé. On apprend aussi des techniques pour se dégager d'une situation complexe. Et surtout, on travaille la manière de coordonner l'équipe lorsqu'il arrive, malheureusement, qu'il faille mettre quelqu'un sous contention physique.

L'objectif est d'éviter au maximum de faire mal au patient, mais aussi que les membres du personnel reçoivent des coups. Il y a donc tout un accompagnement autour de cela, la répartition des rôles, la gestion des personnes qui vont contenir le patient, la manière d'accueillir éventuellement des renforts extérieurs qui ne connaissent pas le patient, la façon de leur transmettre les informations importantes, mais aussi la manière de s'occuper des autres patients, afin de maintenir un climat de sécurité pour eux aussi, car ils sont parfois témoins de certaines scènes.

Depuis qu'il y a cette formation, cela se passe quand même beaucoup mieux à tous les niveaux. Le personnel reçoit moins de coups, et la coordination est meilleure.

Et puis il y a aussi des recyclages réguliers. Ces trois journées sont obligatoires, mais en plus, au sein des services, il y a régulièrement des modules de rappel, d'environ deux heures, où l'on retravaille certaines bases. Cela permet au personnel de conserver les repères et de continuer à s'exercer, car il faut entretenir ces compétences. Depuis la mise en place de ces formations, je trouve qu'il y a eu une forte diminution des situations de contention.

Question : Super, merci beaucoup. Concernant toujours l'usage des alternatives, est-ce qu'il y a certains freins que vous rencontrez, ou justement certaines facilités ?

Réponse : Je pense que j'ai la chance, aujourd'hui, d'avoir une équipe dont l'effectif est suffisant. Lorsqu'il y a moins de personnel, cela peut être plus compliqué pour dégager quelqu'un. Mais en même temps, cela a toujours été pour moi une priorité, parce que je pense qu'on y gagne.

Dans l'institution, nous avons la possibilité, si nécessaire, de faire appel à un professionnel supplémentaire afin de libérer un membre de l'équipe pour qu'il puisse intervenir en renfort dans les cas nécessaires.

Donc oui, le manque d'effectif peut être un frein, mais je n'ai pas trop envie d'en faire une explication centrale. Je dirais presque que cela peut devenir un prétexte. Pour moi, il faut essayer de le déjouer.

Je pense aussi qu'on en parle beaucoup, en réunion clinique. Les réunions cliniques sont, je crois, des moments très importants. Les transmissions entre les soignants le sont aussi. Toutes les questions autour de la gestion des phénomènes auto- et hétéro-agressifs y sont discutées. Et ensemble, on peut définir les axes de travail à privilégier pour éviter les situations de privation de liberté et mettre davantage en avant les alternatives.

Ce processus de réflexion, que moi je soutiens énormément, est pour moi un élément très facilitant. Les staffs, les réunions cliniques, tout cela permet d'essayer de cibler en amont les comportements et les risques potentiels, qu'ils soient auto- ou hétéro-agressifs, qui pourraient mener à une privation de liberté. L'idée est précisément d'éviter d'en arriver là. Et cela fait partie intégrante de notre travail infirmier, clinique et d'équipe.

Et puis il y a encore autre chose, lorsqu'il y a eu une mise en chambre de contention, on essaie toujours de faire un débriefing ensuite. C'est vraiment très important.

On fait un débriefing d'équipe, c'est-à-dire qu'on se réunit tous ensemble, et une personne prend le lead. On revient sur la situation : comment cela s'est-il passé ? Les gens peuvent exprimer leur vécu. C'est très important, comme je le disais, à chaud. Le personnel peut dire : « Cela a été difficile pour moi », « Je ne me sens pas bien », « Cela m'a touché », « Je ne me suis pas senti à ma place ». Il peut exprimer ses émotions.

Ensuite, on discute aussi de la coordination : est-ce que cela s'est bien passé ? Est-ce qu'on aurait pu faire attention à certaines choses ? Est-ce qu'au contraire cela s'est très bien déroulé ? En tout cas, on essaie de retirer un enseignement de chaque situation, en mettant en évidence les points positifs et les points d'attention. Parce que, parfois, il est encore possible d'améliorer certaines choses. L'idée est toujours d'être dans une logique d'amélioration continue.

Et puis, à côté de cela, nous avons développé ici un autre outil que je trouve précieux. Tout collaborateur peut rédiger une déclaration dans un outil informatique. C'est un dispositif de prévention, gestion d'accident, d'incident ou de risque. Si un travailleur estime qu'il souhaite signaler une situation, il peut décrire les faits dans ce document en ligne.

Le personnel décrit les faits et évalue lui-même le risque encouru, pour lui, pour le patient, et pour les autres, sur base d'une échelle. Lorsque le document est envoyé, il parvient automatiquement au N+1, au N+2 du site, mais aussi à la direction générale.

Ce que cela implique, c'est que le responsable direct doit rencontrer le collaborateur pour rediscuter de la situation. Cela permet, une fois encore, de rouvrir la parole, de reparler de ce qui s'est passé, de permettre au collègue de réexprimer ses ressentis, ses émotions. C'est très important.

Question : Super. Pour la question suivante, qui est l'une des dernières : on a déjà un peu évoqué les pistes d'amélioration, donc les choses que vous souhaiteriez peut-être mettre en place, ou que vous venez de mettre en place et dont on verra l'évolution. Je ne sais pas si vous voulez ajouter quelque chose à ce sujet.

Réponse : Aujourd'hui, on essaie, dans certaines transmissions ciblées, de mettre vraiment les alternatives en évidence. C'est tout nouveau, donc il faut faire vivre cela. Il faut que le personnel s'approprie l'outil et soit sensibilisé à son utilisation.

Comme je le disais, il existe un groupe de travail transversal dans le regroupement de nos quatre sites, qui s'appelle le groupe « privation de liberté », et dont je suis la pilote de projet. C'est un groupe très intéressant, parce qu'il nous permet justement de réfléchir ensemble à toutes les alternatives que l'on peut mettre en place.

Pour moi, il faut continuer à faire vivre et à développer ces outils. Je trouve qu'on a déjà pas mal d'outils. Maintenant, il faut aussi, avec le turnover, veiller à ce que les nouveaux professionnels soient formés rapidement, et qu'ils se sentent suffisamment en confiance pour pouvoir aussi s'exprimer en équipe.

Je pense que tout ce que nous avons mis en place facilite les choses : les rencontres individuelles, les débriefings après les situations, la reprise en staff lorsqu'il y a eu des situations compliquées. Peut-être qu'une chose que nous ne faisons pas encore de manière suffisamment systématique, ce serait de reprendre à froid avec le patient lui-même, après une mise sous contention, en présence de certaines personnes de l'équipe.

Je ne parle pas de réunir toute l'équipe, mais peut-être une ou deux personnes de l'équipe, avec le médecin, et le patient. Cela me semblerait intéressant. Souvent, cela se passe autrement : le patient a été mis sous contention, ensuite il y a tout un protocole de privation de liberté avec des surveillances et des critères bien définis, et lorsqu'il va sortir, il y a généralement un entretien entre le patient, le médecin, et souvent un membre de l'équipe. Le patient dit alors qu'il se sent mieux, mais on ne reparle pas nécessairement de la mise en chambre de sécurité elle-même.

Question : Notre entretien touche à sa fin. Je vous remercie sincèrement pour votre participation, le temps accordé ainsi que pour la richesse des informations et des réflexions partagées tout au long de cet échange.

