



HAL
open science

La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles

Alice Huguet

► **To cite this version:**

Alice Huguet. La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02115470

HAL Id: dumas-02115470

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02115470>

Submitted on 30 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2017/2018

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 19 décembre 2018

par

Mme Alice Huguet

Née le 1er février 1986 à Sainte-Adresse (Seine-Maritime)

TITRE DE LA THÈSE :

La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles

Président : Monsieur le Professeur Pascal Delamillieure

Membres : Madame le Professeur Pascale Lescure

Monsieur le Professeur Xavier Lecoutour

Monsieur le Docteur Vincent Marzloff

Directeur de thèse : Dr Vincent Marzloff

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne Emery (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
M.	DUHAMEL Jean-François <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Pédiatrie
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M.	HÉRON Jean-François <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Cancérologie
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAU de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie

M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROUPIE Eric	Thérapeutique
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIADER Fausto	Neurologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire
Mme ZALCMAN Emmanuèle	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018 Médecine générale

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François Addictologie

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne Dermatologie
Mme LESCURE Pascale Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SABATIER Rémi Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

Année Universitaire 2017 / 2018

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne Emery (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian <small>sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18</small>	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	LANDEMORE Gérard <small>sera en retraite à partir du 01/01/18</small>	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2017</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSEY Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M.	GRUJARD Philippe	Médecine générale
M.	LE BAS François	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale

Remerciements

Je tiens à remercier :

Vincent Marzloff pour son accompagnement tout au long de ce travail, ses conseils avisés et sa patience.

Monsieur le Professeur Delamillieure de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Madame le Professeur Lescure et Monsieur le Professeur Lecoutour de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Tous les soignants qui ont jalonné mon parcours d'interne et m'ont guidée dans l'apprentissage de la psychiatrie, notamment, dans le désordre et sans exhaustivité : Benoît Chabot, l'équipe de l'hôpital de jour pour enfants du chemin vert, Olivier Sesbouë, Antoine Devos, l'équipe de pédiatrie du centre hospitalier de Bayeux, Hélène Salles, les équipes du CSAPA et du Caruud et l'ensemble des équipes de l'EPSM de Caen pour leur accueil.

Bien entendu, merci à ma famille, tout particulièrement mes parents, qui ont attendu ce jour sans jamais cesser d'y croire.

J'ajoute des grands mercis à mes amis « médicaux », avec une pensée particulière pour les belles rencontres au cours de l'internat : Nico, Sylvain, Pierre, Nedjma, Louise, Elsa, Solène, Sophie, Laure, Monica, Chiara, Fabienne, Rachel, Christophe, Aude, Hélène, Caroline, Maya, Cyril, Patrick, Pierre, et pour les indéfectibles : Perrine, jamais loin depuis cette fameuse P1, Agathe, pour tout ce qu'on a voyagé ensemble, Julie, pour la stabilité de notre amitié, Caro, parce qu'il n'y a pas besoin de mots, Anna, Emmanuelle... Merci pour les échanges autour de notre travail et surtout pour tout le reste.

Merci à Chris, Kiara, Thomas, Valérie et Arnaud qui m'ont soutenue dans les moments intenses de ces études.

Merci à ceux qui sont tout simplement là : ma colocataire, mais néanmoins amie, Elsa, pour les soupes et la relecture efficace, Elo, Marjo, Naoual, Greg...

Merci Peepoodoux, toi même tu sais pourquoi.

Enfin, merci à la Rhumba pour son immuable soutien.

Abréviations

AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
AT	Accidents de travail
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CATTP	Centres d'activité thérapeutique à temps partiel
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CIAC	Centre Intersectoriel d'Accueil et de Crise
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centres médico psychologiques
Crex	Comité de Retour d'Expérience
CNI	Coordination nationale des infirmiers
COVIRIS	Comité de coordination des vigilances et des risques
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CSI	Chambre de soins intensifs
DAPTI	Dispositif d'alerte et de de protection du travailleur isolé
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ESS	Equipe sécurité soins
FMESPP	Fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpitaux de Jour
IDEPP	Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
ONU	Organisation des Nations Unies
ONVS	Observatoire national des violences en milieu de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PICU	Psychiatric Intensive Care Units
PTI	Protection du travailleur isolé

RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
SMPG	Santé mentale en population générale
SMPR	Service médico-psychologique régional en milieu pénitentiaire
SPH	Syndicat des psychiatres des hôpitaux
UMD	Unité de malades difficiles
USIP	Unités de soins intensifs psychiatriques

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Motifs de recours à la contentions.....	p. 30
Tableau 2 : Facteurs favorisant les situations de mise sous contention.....	p. 35
Figure 1 : Qui informe le patient sur les motifs de la mise sous contention ?.....	p. 31
Figure 2 : Vécu soignant face à la mise sous contention en psychiatrie.....	p. 32
Figure 3 : Vécu des patients mis sous contention physique (point de vue des soignants).....	p. 33
Figure 4 : Contexte de reprise de son vécu avec le patient.....	p. 33
Figure 5 : Souhaits des soignants pour les reprises en équipe des situations de mise sous contention.....	p. 34

Sommaire

1. Introduction	1
2. La contention d'hier à aujourd'hui	3
2.1 Aperçu historique	3
2.1.1 Premières traces écrites	3
2.1.2 La place de la folie au fil des siècles	4
2.1.3 Les prémisses de la psychiatrie	5
2.1.4 Le cas de la France	6
2.1.4.1 Naissance de l'aliénisme	6
2.1.4.2 Le tournant institutionnel	9
2.1.4.3 Et aujourd'hui ?	9
2.2 Définitions et épidémiologie	11
2.2.1 Le concept de liberté en psychiatrie	11
2.2.2 La violence en psychiatrie	12
2.2.2.1 Définition et facteurs favorisants	12
2.2.2.2 Statistiques	13
2.2.3 La contention physique	14
2.2.3.1 Définitions	14
2.2.3.2 Un manque de chiffres	15
2.3 Mise en pratique	16
2.3.1 Pour quels patients ?	16
2.3.2 Contre-indications, complications, surveillance	17
2.3.3 Ce que recommande la HAS	18
2.4 Aspects législatifs et recommandations	19
2.4.1 Contexte international	19
2.4.2 Législation française	21
2.4.3 Du côté infirmier	22
2.4.4 Actualités	23
2.5 Problématique	27
3. L'étude sur le vécu soignant	28
3.1 Situation de l'EPSM de Caen	28
3.2 Objectif	28
3.3 Méthode	29
3.4 Résultats	30
4. Discussion	37
4.1 Ce qui ressort de l'étude	37
4.2 Limites, biais et extrapolation des résultats.....	42

4.3	Propositions d'amélioration des pratiques à l'EPSM	44
4.3.1	Des protocoles pour mieux communiquer	44
4.3.2	Former à la gestion de la violence	46
4.3.3	Des locaux dédiés aux soins intensifs	49
4.4	Conclusion	51
5.	Des pistes pour demain	52
5.1	Exemples de pratiques à travers le Monde	52
5.2	Lille, vers un service psychiatrique sans contention	54
5.2.1	Un projet partagé	54
5.2.2	Une organisation des soins repensée	55
5.2.3	Des groupes de réflexion	57
5.3	Dimension éthique	58
6.	Conclusion	61
	Références	63
	Annexes	76



Folle liée par des chaînes et des lanières de cuir



Fou portant la camisole, les jambes immobilisées

Cassinelli, B. (1939). *Histoire de la folie*. Paris : Bocca Frères éd.

1. Introduction

La contention physique a toujours existé dans la prise en charge des malades mentaux, bien qu'elle prenne un sens différent selon les époques, n'ayant pas toujours eu le statut d'outil thérapeutique qui est le sien en France depuis la libération des chaînes des aliénés dont Pinel est le symbole.

Le poids de son histoire n'empêche pas cette mesure d'être encore au cœur des questionnements de la psychiatrie aujourd'hui, mobilisant depuis quelques années professionnels de santé, législateurs et politiciens. En effet, plusieurs institutions s'alarment de la recrudescence du recours à la contrainte dans les services de psychiatrie français. Le flou encadrant ces pratiques a mené à la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016) et à de nouvelles recommandations par la Haute Autorité de Santé (HAS, février 2017). Pour autant, le chemin vers un respect effectif des droits des patients soumis à des mesures restrictives de liberté dans l'ensemble des établissements de santé mentale semble encore long.

Le soignant confronté à l'expérience de la contention se retrouve le plus souvent face à un dilemme décisionnel et éthique, entre protection et maintien des droits du patient. Face à certaines situations de violence, l'acte de sécurité est parfois décidé, mais il doit néanmoins rester un acte de soin et un dernier recours. En effet, les conséquences néfastes sur les patients sont déjà prouvées par un certain nombre d'études, comme le résume une thèse sur le vécu des patients avec revue de la littérature, ayant retrouvé des effets indésirables potentiellement graves en rapport avec l'utilisation de la contention et un ressenti négatif dans la totalité des études réalisées en psychiatrie (Carré, 2014).

Pour comprendre la place de la contention dans le paysage psychiatrique actuel et envisager des alternatives, il semble indispensable de connaître le vécu des soignants, peu étudié jusqu'alors. Cette problématique a fait émerger l'idée d'une étude qualitative au sein de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Caen.

Ce travail se propose, après rappel des contextes historique et actuel de la contention physique, et en se basant sur les résultats de l'étude du vécu soignant, d'ouvrir un champ

de réflexion sur les mesures de contention. Grâce aux recommandations, aux concepts d'éthique médicale et à des exemples d'organisations différentes du système de soin, nous interrogerons les améliorations possibles au niveau local, mais aussi de façon générale. La modification de ces pratiques devenues courantes ne pourra se faire sans inclure les professionnels de santé, premiers acteurs du soin.

2. La contention d'hier à aujourd'hui

Nous allons ici retracer l'histoire de la contention physique en la reliant aux grands sursauts historiques de la psychiatrie dans le Monde et en France, pour mieux la définir et comprendre le poids des questionnements qui l'entourent et les enjeux actuels. La psychiatrie est en effet tributaire de son époque, des représentations qui circulent sur le fait psychique, le fait psychiatrique, et du discours de la science et de la norme sociale. Cette discipline n'est donc pas pensable sans une compréhension du monde qui l'environne et qui modèle la clinique. Et sans quelques connaissances de son histoire :

« il ne saurait exister ni examen psychiatrique, ni discussion diagnostique, sans la présence en arrière-plan de certains aspects de l'histoire de la psychiatrie » (Lantéri-Laura, 1998, p. 19).

2.1 Aperçu historique

La contention, sous quelque forme qu'elle puisse prendre, n'est pas un fait nouveau dans l'histoire de la psychiatrie. Longtemps, les médecins sont restés désemparés face aux maladies mentales et y ont eu recours à défaut d'alternatives ou de réflexions thérapeutiques. Elle anime les débats régulièrement au fil de son histoire, jusqu'à devenir la problématique éthique et de santé publique que nous connaissons aujourd'hui en France.

2.1.1 Premières traces écrites

Dès l'Antiquité sont retrouvés des écrits traitant de la contention physique et de son intérêt dans la prise en charge des malades mentaux. Elle était dans la plupart des cas utilisée dans un but de protection, comme le préconise Caelius Aurelianus au II^{ème} siècle après J.C. : *« Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après »* (Drabkin, 1950).

D'autres, à l'exemple de Celse au I^{er} siècle après J.C., lui prêtaient en plus des vertus thérapeutiques par un biais plus brutal visant à apprendre au malade à réprimer sa folie :

« Si la raison fait défaut au fou, le meilleur moyen est d'utiliser certaines corrections. Quand il dit quelque chose de travers, il doit être corrigé par le jeûne, les chaînes, les coups. Il doit être contraint à être attentif, à apprendre quelque chose, à s'en souvenir. On obtiendra en effet ce résultat que, peu à peu, il sera contraint de réfléchir à ce qu'il fait. Des terreurs soudaines, des craintes sont aussi utiles dans cette maladie, et d'ordinaire, tout ce qui ébranle violemment l'esprit » (Celsus, trad. Spencer, 1961).

2.1.2 La place de la folie au fil des siècles

Durant des siècles le fou ne fut pas considéré comme un patient, un malade à qui procurer du soin, mais réduit à un individu dangereux dont la société devait être protégée. L'enfermement et la contention répondirent à cette volonté d'éloigner la folie et de la rendre invisible au reste de la population, celle-ci étant perçue comme incurable.

Ainsi au Moyen Âge, l'utilisation de la contention était principalement protectrice, le malade étant le plus souvent maintenu enchaîné à domicile, laissé sous la responsabilité de ses proches (Friard, 2004). La notion de soin est peu présente, une conception mystique de la maladie mentale étant de rigueur, condamnant le fou à subir ces symptômes envoyés par Dieu pour éprouver sa foi (Agrimi & Grisani, 1995).

A partir du XII^{ème} siècle, des structures pour accueillir mendiants, orphelins, pèlerins et tout type de malades virent néanmoins le jour, notamment les Hôtels-Dieu, placés sous l'égide religieuse et usant de moyens de contention pour gérer les agités.

La Renaissance vit diminuer la place de la religion dans la gestion des malades mentaux, dont la charge revient désormais aux pouvoirs publics (Quétel, 2009). Ceci mène à l'internement massif des malades mentaux qui se retrouvent mêlés aux prisonniers et aux indigents. Michel Foucault parle de « *grand enfermement* » pour cette époque (Foucault, 1972). Il s'agira d'enfermer les errants, les déviants de toutes sortes, dont les malades mentaux. Isolement et contention seront alors utilisés non plus pour maintenir à domicile mais pour emprisonner et exclure. Le fou est désormais jugé responsable de sa déraison et de ses tendances immorales, et non plus sujet à une injonction divine subie (Descartes, 1649) et se doit d'être enfermé par l'Autorité souveraine pour assurer la pérennité de l'ordre social.

Les lettres de cachet ou la demande des proches suffisaient à justifier l'enfermement. On passa donc de l'assistance à la répression, l'avis médical n'étant pas nécessaire pour être interné dans des structures comme les maisons de force où les moyens de contrainte font logiquement, le malade étant littéralement enchaîné sans but thérapeutique, privé de tout droit. La tour Chastimoine à Caen, ancienne fortification aujourd'hui détruite, est un exemple de lieu utilisé pour emprisonner les « esprits dérangés » entre le XV^{ème} et le XVIII^{ème} siècle dans des conditions d'insalubrité et d'indignité terribles (Quétel, 1978).

Cette traversée des siècles voit la place du malade mental changer, suivant la signification que prend la folie dans la société. Force est de constater que le traitement des fous n'a pas toujours été d'ordre médical et que l'avènement de la psychiatrie au sens où nous l'entendons aujourd'hui est finalement assez tardif.

2.1.3 Les prémisses de la psychiatrie

Jusqu'à présent la notion de soin n'est quasiment jamais évoquée. A partir du XVII^{ème} siècle, on assiste toutefois à une reprise de la réflexion médicale sur la maladie mentale, mais la contention y reste prégnante. Elle conduit notamment à l'invention des méthodes dites de choc, telles l'immersion dans un bain glacé ou la centrifugation dans une machine rotatoire proposées par le médecin belge Jean-Baptiste Van Helmont (1579-1644), dans le but de mener le malade à un état proche de la mort afin de détruire les racines de la folie dans son esprit.

Heureusement, certains médecins cherchèrent des alternatives pour ces patients, comme le psychiatre britannique William Battie, dont le traité sur la folie de 1758 critique les méthodes thérapeutiques alors en usage et initie le mouvement philanthropique qui sera suivi par d'autres médecins, proposant une prise en charge des malades mentaux dans des lieux dédiés par du personnel qualifié et faisant le lit du traitement moral décrit plus tard par Pinel.

Ainsi, dès 1792, en Angleterre, Samuel Tuke fonda la York Retreat, établissement psychiatrique offrant plus de liberté de mouvement et de bienveillance à ses malades, allant clairement à l'encontre des méthodes de soin de l'époque. Ce dernier était un marchand de thé quaker, mouvement religieux anti-dogmatique prônant une expérience

personnelle de la Foi accessible à tous, donc également aux malades mentaux (Friard, 2004).

Cette initiative fut suivie par Robert Gardiner Hill et John Conolly qui décidèrent, une cinquantaine d'années plus tard, d'abolir la contention dans les asiles dont ils avaient l'intendance, soutenant le principe de management « *no-restraint* ». Conolly prône l'élargissement de cette approche à l'ensemble de la psychiatrie : « *Il n'est pas un asile au monde dans lequel la contention mécanique ne peut être abolie, non seulement en toute sécurité mais encore avec d'incalculables avantages* » (Quétel, 2009). Ce mouvement traversa les frontières anglaises pour atteindre les Etats-Unis, inspirant l'organisation asilaire et reconnu comme une « *révolution humanitaire* » par B. Rush, fondateur de la psychiatrie américaine (Rush, 1830, pp. 214-242, dans Alexander & Selesnick, 1972).

2.1.4 Le cas de la France

2.1.4.1 Naissance de l'aliénisme

La psychiatrie française resta longtemps étanche à ces concepts, continuant à enfermer pour soigner. Quelques médecins se battirent pour imposer une autre vision, mais ils restèrent toujours en marge et la grande majorité des malades mentaux dans leurs camisoles.

En 1785, la parution d'une circulaire de Jean Colombier et François Doublet fait le point sur la situation des malades mentaux à cette époque, remettant en cause les maisons de force et l'absence de secours porté à cette population, et suggérant la création de lieux de soins spécifiques où la contrainte pourrait devenir outil de soin parmi d'autres traitements (Colombier & Doublet, 1785, dans Pigeaud, 2001).

Ceci commence à se mettre en place grâce à la Révolution française, qui, par sa remise en cause de l'arbitraire royal, va aboutir à l'interdiction des lettres de cachet (décret du 27 mars 1790 ; Jandeaux, 2012) marquant le début de la médicalisation des hôpitaux généraux et de la prise en charge des malades mentaux.

A ce titre citons également Philippe Pinel (1745-1826), psychiatre à l'hôpital Bicêtre qui bouleversa le regard porté sur les « fous » par le geste symbolique du retrait de leurs chaînes à l'hôpital de Bicêtre en 1794 sous les yeux de Georges Couthon, membre du

comité du salut public. Il réfutait l'incurabilité des malades mentaux qui accédèrent enfin au statut de patients pouvant potentiellement être soignés. En ce sens Pinel est considéré comme l'un des fondateurs de la psychiatrie moderne, notamment de par son ouvrage proposant une nosographie des pathologies mentales et introduisant la notion de « *traitement moral* », ne réduisant plus l'aliéné à une vie enchaînée. Ce dernier considérait que les chaînes et les moyens de contention constituaient « *une admirable invention pour perpétrer la fureur du maniaque* » (Pinel, 1809).

Il s'opposait aux techniques de choc qu'il critiqua vivement : « *l'idée bizarre de Van Helmont était de détruire jusqu'aux traces primitives des idées extravagantes des aliénés ce qui, suivant lui, ne pouvait avoir lieu qu'en oblitérant pour ainsi dire ces idées par un état voisin de la mort. Mais on doit rougir d'insister sur ce délire médical, peut-être pire encore que celui de l'aliéné dont on veut rétablir la raison égarée* » (Baruk, Communication présentée à la séance du 28 février 1977 de la Société française de l'Histoire de la Médecine).

Pinel défend l'utilisation de la contrainte à but thérapeutique en psychiatrie, sans brutalité, avec une levée dès que possible : « *C'est encore un art que de ne tenir enfermés les insensés dans les loges que le temps nécessaire et seulement pendant qu'ils sont capables des actes extrêmes de violence. La règle de prévoir leur terminaison prochaine, d'accorder en général autant de liberté qu'il est possible aux fous [...] qui ne nuisent à personne. Enfermer de pareils fous, sous prétexte d'entretenir l'ordre, c'est leur imposer une contrainte superflue, c'est les révolter, c'est provoquer leur fureur et rendre leur manie plus invétérée et souvent incurable* » (Pinel, 1794).

Ce mouvement engagé après la Révolution française par Pinel, qui a permis d'abolir les chaînes pour les aliénés, fut poursuivi par l'un de ses élèves, Jean Etienne Esquirol (1772-1840), aboutissant à la naissance des asiles au début de XIXème siècle.

Ce psychiatre présenta son projet en 1818 au ministre de l'intérieur (Esquirol, 1819). Il a mené à la loi du 30 juin 1838 (Loi sur les aliénés n° 744 du 30 juin 1838) obligeant chaque département à la construction d'un établissement consacré exclusivement aux soins des malades mentaux afin de les protéger, ces derniers étant jusqu'alors mêlés aux autres tranches de populations exclues, tels les indigents et les criminels. D'ailleurs le terme asile vient du grec *asulon* qui signifie lieu inviolable ou encore refuge. Son projet est mû par une volonté d'améliorer les conditions de ces malades et la façon dont ils sont perçus, comme l'exprime cette citation : « *Il existe dans la plupart des maisons où sont reçus les aliénés*

des dénominations humiliantes [...] je voudrais qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offrît à l'esprit aucune idée pénible, je voudrais qu'on les nommât asile » (Centre hospitalier de Montfavet, 2000). Cette loi signe également la fin de l'internement sur simple requête d'un proche et introduit les notions de placement volontaire et placement d'office.

Ceci peut sembler ironique aujourd'hui quand on sait ce que le mot asile entraîne comme vision péjorative de la folie et association à la notion de contrainte.

Le substrat de la pensée d'Esquirol est l'enfermement du malade pour limiter l'excès de stimulations sociales désordonnant ses pensées et le sécuriser, de même que son entourage.

De fait, dans ces asiles ou quartiers d'aliénés, le patient se retrouve finalement une fois de plus mis à l'écart de la société, placé d'office dans un système lui imposant une restriction de la liberté de circulation et une tutelle juridique. De plus, cette évolution est au final loin de signer la fin de la coercition, ainsi la contention reste largement utilisée, les chaînes cédant peu à peu place à la camisole en tissu, néanmoins vécue comme un progrès car elle permettait aux malades d'aller et venir au sein des établissements.

Ensuite, notamment sous l'impulsion d'un autre psychiatre aliéniste, Valentin Magnan (1835-1916), ces camisoles furent remplacées par des gilets de force qui étaient des dispositifs moins contraignants. Fervent défenseur de l'« *open-door* » et du « *no-restraint* », il parvint à quasiment supprimer l'usage de la camisole, de la contention au lit, puis des cellules d'isolement à l'hôpital Sainte-Anne où il fit carrière en tant que médecin responsable des admissions jusqu'en 1912 (Quétel, 2009). Mais il exerçait sur un site relativement privilégié avec un personnel nombreux.

La rigueur organisationnelle de ces établissements fait écho au milieu carcéral et la logique de l'institution asilaire mène finalement à ce que Evariste Marandon de Montyel (1851-1908) désignât comme une « *fabrique d'incurables* » (Marandon de Montyel, 1896). Ce dernier aussi appliqua l'« *open-door* » et le « *no-restraint* » dans sa pratique à partir de 1888, insistant sur l'importance que « *l'aliéné n'ait aucun motif de penser qu'on se soit débarrassé de lui, qu'il soit devenu un objet de répulsion et de honte ; il importe également qu'il n'ait pas lieu de se croire un prisonnier, un être mis à l'écart du reste de l'humanité* » (Roumieux, 2008). Ce discours s'oppose au principe d'isolement du malade de son environnement familial et social préconisé par Esquirol.

2.1.4.2 *Le tournant institutionnel*

Au début du XXème siècle débute une transformation de la vision de la maladie mentale avec l'avènement de la psychanalyse et le développement des approches psychothérapeutiques où la contrainte physique n'a évidemment pas sa place (Palazzolo, Lachaux & Chabannes, 2000).

Il fallut cependant encore quelques décennies et un choc historique pour en terminer avec les quartiers d'agités français. En effet, au lendemain de la seconde guerre mondiale, quasiment 50 000 malades mentaux sont retrouvés morts de faim dans les asiles. L'incapacité de ce système carcéral à protéger ceux qu'il est censé soigner entraîne une révolution du système psychiatrique et la fin des asiles, entérinée par la circulaire du 15 mars 1960 (Chenot, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens). S'ensuivent une raréfaction du recours aux isolements et contentions et la création de « *chambres protégées* » pour un isolement ponctuel du malade. Ceci est d'autant plus facilité par l'apparition progressive des psychotropes, modifiant considérablement les perspectives et pratiques médicales.

Une seconde circulaire crée au même moment le secteur psychiatrique, basant désormais le soin sur la notion de réseau (Chenot, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales). Un radical changement de l'approche du soin psychiatrique, qui n'est plus à l'écart mais cherche à se fondre dans l'environnement du patient avec la création de multiples structures extrahospitalières de prise en charge : les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et autres structures visant à la réinsertion sociale et professionnelle. De lieu de vie, l'hôpital se transforme en lieu de passage.

2.1.4.3 *Et aujourd'hui ?*

Après une période de désaliénation, un virage moins franc est visible depuis une vingtaine d'années dans le paysage hospitalier psychiatrique, qui voit le retour des moyens de contrainte.

Plusieurs évènements peuvent aider à comprendre ce changement. Certains particulièrement dramatiques, comme à Pau en 2004 (deux soignantes tuées par un patient souffrant de schizophrénie paranoïde), remettent la psychiatrie au centre des préoccupations publiques. Pour répondre aux inquiétudes, Nicolas Sarkozy par son discours à Antony en 2008 ramène la notion sécuritaire au premier plan sous couvert de la « *dangerosité potentielle* » de certains malades (Prieur, 2008).

L'ancien chef de l'Etat annonce à ce moment un plan pour mieux sécuriser les hôpitaux avec notamment la création de 200 chambres d'isolement (Bachelot-Narquin, Ministère de la Santé et des Sports, Circulaire DHOS/O2/F2 n°2009-23 du 22 janvier 2009). La psychiatrie se trouve une fois de plus confrontée à une demande sociale pressante d'enfermement des malades.

La peur de la folie se fige dans l'inconscient collectif et marginalise à nouveau les personnes souffrant de troubles mentaux. Ces derniers restent fortement associés à l'idée de dangerosité dans l'opinion publique (Bellamy, Roelandt, Caria, & Kergall, 2005).

Le rôle des médias est majeur dans ce paradigme, le crime fou fascine l'opinion publique et génère de l'audience. Michel Foucault y trouve une explication dans l'aspect irraisonné, imprévisible, illogique de ces passages à l'acte violents : « *imaginez un crime imprévisible, mais qui pourrait être reconnu comme signe particulier d'une folie diagnosticable ou prévisible pour un médecin, imaginez cela, donnez moi cela-dit la psychiatrie-, moi je suis capable de la reconnaître ; un crime sans raison, un crime qui est donc un danger absolu, le danger touffu dans le corps de la société, moi je me fais fort de le reconnaître* » (Foucault, 1999, p. 113).

Dès lors, des protocoles voient le jour pour médicaliser l'isolement et la contention, nouvelles normes indispensables à l'accréditation des établissements. Ces pratiques s'inscrivent désormais dans la prise en charge normale des patients et sont moins objets de remise en question.

Comme le note Dominique Friard, la suppression des études d'infirmiers de secteur psychiatrique en 1992 contribue possiblement à ce changement de paradigme (Friard, 2015), les soignants n'ayant plus de formation spécifique à la gestion de la violence et débutant leur carrière dans un hôpital psychiatrique où agitation peut vite rimer avec isolement et contention.

2.2 Définitions et épidémiologie

Avant de définir la contention, nous allons évoquer deux grandes notions attachées à la maladie mentale et donc à la psychiatrie depuis qu'elle existe : la liberté et la violence.

2.2.1 Le concept de liberté en psychiatrie

La contention fait nécessairement allusion à la privation de liberté. Nous allons donc ici nous pencher sur ce que la liberté signifie dans le domaine psychiatrique, sans prétendre à la moindre exhaustivité.

Henri Ey (1900-1977), psychiatre et neurologue français, désignait la folie comme une « *pathologie de la liberté* » du fait de l'enfermement psychique que constituent les symptômes des patients, altérant leur perception de la réalité et leur capacité de réflexion et d'agir (Ey, 1975).

De ce point de vue, l'internement massif des malades mentaux au fil des siècles les aurait donc fait pâtir d'un double enfermement, psychique et physique.

Le concept de liberté en psychiatrie est bien multidimensionnel et revient sur le devant de la scène à chaque avancée thérapeutique et modification majeure des modalités de prise en charge (Von Der Weid, 2015). Ainsi l'antipsychiatrie s'était vivement opposée à l'utilisation des neuroleptiques à partir des années 1960, y voyant une privation de liberté plus sévère que l'enfermement physique, puisque les patients ne pouvaient même penser s'y soustraire. Plus récemment, l'apparition d'une obligation de soin sans hospitalisation (avec les programmes de soin, prévus dans la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011) a ravivé le débat de la liberté, critiquant le passage « *d'un lieu de contrainte (l'hôpital), à un état de contrainte* » (Gibet-Lafaye, 2014). Ces deux situations à diverses époques illustrent la notion de « *liberté interne* » évoquée par Henri Ey, qui semble même devoir ici l'emporter sur la liberté de mouvement.

La privation de liberté physique d'un patient reste possible aujourd'hui, mais elle est bordée d'un cadre légal clair et est soumise aux juges des libertés et de la détention (Arrêt du Conseil Constitutionnel du 5 juillet 2011 modifié par la Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013) comme pour tous les autres concitoyens. L'internement de principe n'est

heureusement plus d'actualité et la psychiatrie de secteur promeut une structure de soin principalement libre pour « *éviter aux malades dont l'état mental ne le requiert pas, les limitations de capacité civile et de liberté* » (Circulaire du 28 février 1951). Ainsi sur l'année 2015, 24% de la patientèle psychiatrique hospitalisée à temps plein l'étaient sous contrainte (Coldefy, Fernandes, & Lapalus, 2017).

La liberté d'aller et venir est donc beaucoup plus importante qu'avant mais il persiste malgré tout de nombreuses privations de libertés au sein des établissements psychiatriques, sources de questionnements éthiques et remises en cause des pratiques, la mise sous contention et l'isolement en étant les exemples les plus flagrants. D'autres restrictions existent, d'application variable selon les lieux de soins, comme le droit aux visites, au téléphone, à l'habillement...

Un psychiatre de l'hôpital de Moisselles, Thierry Najman, défend qu'un gain de liberté pour les patients améliore le plus souvent la sécurité dans les services, car cela permet l'instauration d'un lien de confiance entre soignant et soigné et favorise un transfert positif nécessaire au soin qui prend alors une autre dimension, ne plaçant plus la sécurité au centre des pratiques (Najman, 2016).

L'histoire et l'actualité psychiatrique montrent donc combien la liberté, sans forcément aller jusqu'à la réclusion d'une autre époque, reste étroitement liée à la prise en charge du malade mental.

2.2.2 La violence en psychiatrie

2.2.2.1 Définition et facteurs favorisants

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit ainsi la violence : « *Menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* » (site Internet de l'OMS : <https://www.who.int/topics/violence/fr/>).

Difficile en effet de parler de la contention physique sans nommer la violence en psychiatrie. Bien que malheureusement trop souvent confondues dans l'opinion publique, il reste indéniable qu'elle fait partie de la pratique de notre discipline.

Tout d'abord de part la pathologie elle-même, inductrice de troubles des perceptions et du comportement. Mais aussi du fait de la configuration des services psychiatriques, mélangeant souvent des patients hospitalisés pour des raisons différentes, parfois sous contrainte, pour des temps possiblement longs : autant de critères réunis pour que la sécurité soit mise en cause et qu'une forme de violence ou d'agitation survienne à un moment donné.

Bernard E. Gbezo, docteur en psychologie sociale travaillant plus particulièrement sur les risques psycho-sociaux au travail, s'est penché sur les facteurs favorisant la violence à l'hôpital (E. Gbezo, 2005). Il ajoute que certains facteurs sont imputables aux soignants, soit dans les comportements (attitudes défensives, comportement timoré, provocations verbales ou physiques), soit du fait d'états émotionnels (stress, épuisement professionnel, démotivation), mais aussi à l'environnement (locaux exigus, mal sécurisés) et à l'organisation du travail, avec un personnel surchargé, insuffisamment formé, des délais d'attente importants, ou une institution non soutenante, ayant tendance à banaliser les actes de violence.

L'ensemble de ces éléments font l'objet d'une publication par la HAS, « *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations dans les services de psychiatrie* », proposant des outils de travail aux soignants pour limiter la survenue de violence : projet thérapeutique individualisé, mise en place d'espaces d'apaisement... (HAS, septembre 2016).

2.2.2.2 *Statistiques*

D'après l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), la psychiatrie recense à elle seule quasiment le quart des signalements de violences, restant le service le plus touché. Il s'agit d'atteintes aux personnes dans 86% des cas (à l'égard du personnel soignant dans plus de 8 cas sur 10, ou entre patients), d'ordre physiques dans la moitié des cas, verbales dans l'autre moitié.

Il existe une augmentation du nombre de signalements d'année en année, mais ceci est à corréler au fait que ce sont des signalements basés sur le volontariat et qu'un nombre de structures de plus en plus important y participe.

Ce relevé des situations de violence a pour intérêt d'aider à l'identification de facteurs favorisant et d'apporter des pistes de réflexion pour améliorer les pratiques et les

conditions de travail.

Ainsi les atteintes sont à rapporter à la pathologie des patients le plus souvent, la notion de « *frustration* » revenant très régulièrement dans les écrits des soignants comme point de départ de l'évènement violent. La fin de journée, les temps de repas collectifs et de transmissions soignantes semblent être des temps plus propices à la survenue de violences au sein d'un service (Rapport annuel 2018 sur les données 2017, ONVS, 2018).

La violence au travail a des conséquences majeures. D'un point de vue individuel, elles peuvent être d'ordre physique bien entendu, mais aussi psychologique, générant peur, anxiété, symptômes de stress post-traumatique (cauchemars, flashbacks, hypervigilance), dépression, burnout (Lanctôt & Guay, 2014), qui peuvent perdurer dans le temps (Hogh & Viitasara, 2005). D'un point de vue organisationnel, la violence peut notamment entraîner absence pour maladie, absentéisme, présentéisme, intention de quitter le travail, rotation du personnel et augmentation des coûts liés à la sécurité (Lanctôt & Guay, 2014 ; Ryan, Aaron, Burnette, Warren, Burket, & Aaron, 2008). Elle peut aussi être à l'origine de conflits sur le lieu de travail (ILO, 2003 ; Leka, 2010).

2.2.3 La contention physique

2.2.3.1 Définitions

Contenir signifie littéralement « *maintenir ensemble* » (Rey, 1998). Cette étymologie donne matière à réflexion en terme de sens : contenir un patient ne se limite pas à réfréner.

La Haute Autorité de Santé distingue la contention physique, consistant à maintenir le patient « *manuellement* », de la contention mécanique, celle qui nous intéresse ici : « *utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui* » (HAS, février 2017). Cette procédure restrictive est donc considérée comme thérapeutique si l'intention est d'empêcher le patient de se faire du mal ou d'en faire aux autres.

La définition donnée par le dictionnaire Larousse va dans ce sens, désignant la contention comme un procédé thérapeutique et l'associant à la protection du patient :

« *Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* » (Dictionnaire de français Larousse en ligne).

2.2.3.2 Un manque de chiffres

Evaluer la réalité pratique de la contention physique est difficile.

En effet il existe peu de littérature consacrée spécifiquement à cette problématique, la contention étant la plupart du temps évaluée avec l'isolement. Ainsi, le recours à ce dernier serait en augmentation ces dernières années, comme le souligne le journal *Le Point* en 2016, publiant les taux d'isolement dans chaque département, qui peuvent atteindre jusqu'à 10% du nombre total de journées d'hospitalisation à temps complet (Malye & Vincent, 2016).

Cela conforte les chiffres de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui utilise le Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P), alimenté par les établissements autorisés en psychiatrie publics et privés, montrant une augmentation du nombre de passages en isolement thérapeutique entre 2012 et 2014 (ATIH, 2014).

Une étude rétrospective sur 5 ans dans deux centres hospitaliers va également dans ce sens, y ajoutant une augmentation de la durée de séjour en isolement (Bizien, 2016). Bien que mieux documentée, le peu de recul rend complexe l'attribution de cette hausse des isolements thérapeutiques à une amélioration de l'exhaustivité du recueil ou à une inflexion sécuritaire des pratiques au sein des services psychiatriques.

Peut-on penser que la contention suit également cette tendance ?

Les réflexions autour du sujet de la contention physique sont relativement récentes, de même que les recommandations de pratique, il n'y a donc que peu de traçabilité du recours à la contention dans les services psychiatriques ces dernières décennies. En effet, seule la loi du 26 janvier 2016 introduit dans l'article L.3222-5-1 la nécessité d'un registre des mises sous contention physique dans chaque hôpital psychiatrique, ce qu'une instruction du Ministère des affaires sociales et de la santé vient préciser l'année suivante (Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017).

Une tendance globale de hausse d'utilisation des moyens de contrainte est rapportée par différents observateurs, mais il faudra encore attendre quelques années que des registres

soient réellement tenus par les établissements pour obtenir des données chiffrées indiscutables dans notre pays, d'autant plus qu'il a été noté des disparités fortes entre chaque établissement. L'une des rares études existantes, réalisée dans le service des urgences psychiatriques de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, montre une prévalence de 1,4%. Il s'agit de la seule étude apportant des données épidémiologiques spécifiques à la contention en France référencée dans PubMed (Guedj, Raynaud, Braitman, & Vanderschooten, 2004).

Citons Christiane Santos, secrétaire générale de l'Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP), qui a mené une enquête auprès de ses adhérents révélant une progression de la pratique de la contention partout en France, avec une notable augmentation depuis quelques années pour la moitié des personnes interrogées (Favereau, 2015).

2.3 Mise en pratique

2.3.1 Pour quels patients ?

Ici encore, il manque des données objectives spécifiques à la contention. Nous pouvons toutefois regarder quels sont les profils des patients concernés par la contention et/ou l'isolement.

Plusieurs études font ressortir que les troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés chez les patients relevant de ces moyens de contraintes sont les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les addictions (Husum, Bjorngaard, Finset, & Ruud, 2010 ; Knutsen, Mjosund, Eidhammer et al., 2011 ; Mann-Poll, Smit, De Vries, Boumans, & Hutschemaekers, 2011). Nous pouvons constater que cela concerne potentiellement déjà une grande partie de la patientèle psychiatrique.

Dans sa revue de littérature, Fisher ajoute le jeune âge, les premiers jours d'hospitalisation, les séjours prolongés et l'absence de consentement à l'hospitalisation comme facteurs de risque (Fisher, 1994) .

La connaissance de ces éléments peut servir de support pour les soignants, afin d'être d'autant plus attentifs dans ces périodes et face à ces profils de patients, pour mieux prévenir la survenue de situations menant à l'isolement ou la contention.

2.3.2 Contre-indications, complications, surveillance

Les contre-indications à éliminer sont tout d'abord d'ordre somatiques, telles les pathologies cardio-respiratoires, les risques liés à l'alitement prolongé, les atteintes traumatiques... Mais il ne faut pas omettre les contre-indications venant plutôt toucher à l'éthique de l'acte de mise sous contention, qui ne doit pas être réalisé à titre de punition, pour réduire l'anxiété de l'équipe de soin ou pour son confort, ni lié au manque de personnel.

Pareillement, les complications éventuelles peuvent être somatiques (troubles du rythme cardiaque, lésions cutanées, déshydratation, troubles ostéo-tendineux, douleur...) comme psychiques. Une revue de littérature anglo-saxonne révèle la description d'un impact psychologique négatif par l'ensemble des patients ayant vécu une expérience de contention physique (Strout, 2010).

Longtemps tabous, des décès liés directement à la contention physique surviennent pourtant, le plus souvent par asphyxie (Mohr, Petti, & Mohr, 2003). Il existe quelques études, principalement rétrospectives, comme celle menée par Berzlanovitch en 2012 retrouvant 26 décès sous contention survenus à Munich entre 1997 et 2010 (11 par asphyxie et 8 des suites de la compression thoracique causée par une contention ventrale) (Berzlanovich, Schöpfer, & Keil, 2012).

Aux Etats-Unis, suite à des révélations médiatiques de ces cas de décès en lien avec les contentions physiques, une loi fut votée pour inciter les hôpitaux américains à signaler ces décès (US General Accounting Office, 1999). Depuis lors, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organisme américain d'accréditation des structures de soins, rapporte plus de deux décès par mois (Rakhmatullina, Taub, & Jacob, 2013).

L'évaluation du rapport bénéfice / risque est donc incontournable dans la prise de décision de la mise sous contention d'un patient (Dudouit, Bardet Blochet, & Rey-Bellet, 2011).

Afin de réduire ces risques, une surveillance est nécessaire, assurée par l'équipe paramédicale et incluant les constantes cliniques ainsi que l'état de conscience, l'hydratation, l'élimination et l'alimentation. Le tout devant être relevé et noté dans des observations infirmières. Une réévaluation quotidienne en équipe de l'indication de mise

sous contention est indispensable.

2.3.3 Ce que recommande la HAS

La contention étant revenue au centre des problématiques de la psychiatrie actuelle, la HAS a mis à jour ses recommandations l'an dernier en prenant en considération les constatations et publications des dernières années, les précédentes recommandations en la matière datant de 1998 (ANAES, juin 1998). Les mots pour encadrer ces pratiques ont été soigneusement choisis afin de ne pas fermer le débat tout en limitant les risques d'abus. Elle s'est appuyée sur la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui avait rendu d'autant plus indispensable cette actualisation.

En effet, dans le texte de la HAS, la contention mécanique est qualifiée de « *mesure d'exception* » et de « *dernier recours* ».

Son champ d'application est réduit aux patients isolés et par voie de fait soumis à des soins psychiatriques sans consentement, afin de prévenir ou répondre à un comportement violent mettant en danger le patient ou autrui et après échec des tentatives de maîtrise par des mesures moins restrictives. Elle doit être prescrite par un psychiatre après évaluation, pour une durée initiale de six heures avec surveillance spécifique et rapprochée.

Afin de mieux évaluer ces pratiques et leur fréquence, une fiche de suivi a été créée et doit être présente dans le dossier médical. Par la suite, deux visites médicales par jour sont demandées et un renouvellement de la fiche par 24h. Il est spécifié que cette décision s'inscrit dans une démarche thérapeutique justifiable (justifiée par la situation clinique) et à expliquer au patient.

La levée de la contention est également une décision médicale et doit donner cours à une reprise en équipe et avec le patient de l'épisode.

Enfin, pour répondre aux difficultés d'estimation réelle du nombre de contentions réalisées, un registre doit être tenu précisant le psychiatre prescripteur, les dates de début et de fin et les noms des professionnels ayant assuré la surveillance.

(Haute Autorité de Santé, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, La contention mécanique en psychiatrie générale, février 2017)

2.4 Aspects législatifs et recommandations

Il est ici intéressant de reprendre les propos de Gilles Devers, avocat, qui dit « *qu'il n'y a pas une violation du droit (de liberté) car la contention physique est guidée dans un but thérapeutique et limitée à ce qui est strictement nécessaire* » (Devers, 2012). Pour autant, l'existence d'un cadre législatif reste nécessaire pour éviter tout mauvais usage de la contention physique.

2.4.1 Contexte international

Déjà en 1991, l'Organisation des Nations Unies (ONU) prévoit que : « *la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui* » et insiste également sur l'importance de l'inscription écrite des décisions encadrant la mesure de contention : « *Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient* » (Résolution 46/119 de l'ONU, 1991).

Peu de temps après, le Conseil de l'Europe, créé en 1949 à Londres afin de rapprocher ses Etats membres au travers de traités et actions communes dans différents domaines, édicte une première recommandation catégorique quant à l'utilisation des contentions : « *aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisée. Les moyens de contentions chimiques doivent être proportionnés au but recherché* » (Conseil de l'Europe, Recommandation 1235, 12 avril 1994).

Il vient nuancer sa position dix ans plus tard dans une recommandation relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, dont plusieurs articles traitent de la contention. Le huitième article notamment touche indirectement à la contention, sans la citer explicitement : « *Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui* » (Comité des Ministres, Recommandation

Rec(2004)10, 22 septembre 2004). Il s'agit du principe de restriction minimale.

L'article 27 concerne directement la contention et l'isolement avec l'importance de réduire ces pratiques. La tenue d'un registre y est déjà évoquée, ainsi que la possibilité de mettre en œuvre une mesure de contention ou d'isolement en urgence en l'absence du médecin. L'intérêt de parler de l'expérience vécue avec le patient est également souligné, l'un des objectifs étant de réfléchir aux alternatives pour limiter l'utilisation ultérieure de la contention. Enfin un article aborde la formation des soignants pour une meilleur compréhension et gestion des situations à risque de violence, toujours dans le but de diminuer le recours à la contention.

Le Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) reprend ces recommandations dans les rapports qu'il a dressé en 2012 et 2015.

Créé en 1987, cet organisme est habilité à visiter tout lieu où s'exerce une privation de liberté par une autorité publique dépendant d'un des Etats membres du Conseil de l'Europe. Il adresse ensuite un rapport à l'Etat dont il a visité la structure formulant des critiques et des recommandations, dans un rôle surtout préventif.

Concernant la contention, il préconise une utilisation de dernier recours « *afin de faire face à un risque imminent de blessure ou un état de violence aiguë* », en insistant sur le rôle central du médecin dans la décision et la nécessité d'éviter des prescriptions anticipées applicables si besoin, c'est-à-dire « *que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité* ». Il rappelle également que « *si exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction* » et recommande la consignation dans un registre spécifique des recours à l'isolement et à la contention mécanique : « *Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel* » (Conseil de l'Europe, Rapport n° CPT/Inf (2012) 13, 19 Avril 2012).

Lors de la visite du Comité en France fin 2010, un rappel aux autorités françaises fut fait dans ce sens, aboutissant à la rédaction du rapport du CPT en 2012 avec les diverses recommandations autour de l'usage de la contention que nous avons citées ci-dessus.

En 2015, après une nouvelle visite en France, le comité complète ce précédent rapport, avec une dimension plus tournée vers un véritable changement des pratiques, incitant à la formation du personnel soignant et demandant aux établissements de limiter la contention en favorisant les pratiques alternatives. Le comité envisage comme réalisable de se passer de cette mesure : *« Que peut-on faire pour prévenir une mauvaise utilisation ou un usage excessif des moyens de contention ? Tout d'abord, l'expérience montre que, dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à la contention, notamment mécanique, peut être réduit considérablement. Les programmes mis en oeuvre à cette fin dans certains pays semblent avoir donné de bons résultats sans entraîner d'augmentation du recours à la contention chimique ou au contrôle manuel. Il est donc permis de se demander si la suppression totale (ou presque totale) de la contention ne serait pas un objectif réaliste à plus long terme »* (Conseil de l'Europe. Rapport n° CPT/Inf (2017) 7, 7 Avril 2017).

2.4.2 Législation française

Les mesures de privation de liberté des patients souffrant de troubles mentaux sont codifiées dans le Code de santé publique qui spécifie que *« les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en oeuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée »* (Code de la santé publique-art L.3211-3, modifié par la Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013-art. 1).

Néanmoins, si la notion de soins psychiatriques sans consentement y est bien réglementée, celle de contention n'est pas citée de manière explicite dans la législation française jusqu'à la parution début 2016, dans un contexte de vives remises en cause de cette pratique, d'une nouvelle loi de modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). L'article 72 introduit au sein du code de la santé publique l'article L.3222-5-1 qui énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction des pratiques de la contention et de l'isolement (Code de la santé publique-art. L.32222-5-1, 26 Janvier 2016). La France aura été l'un des derniers pays européens où des pratiques restrictives de liberté n'étaient pas encadrées clairement par la loi.

Jean-Marc Panfili, cadre de santé et doctorant en sciences juridiques, s'était positionné sur l'insuffisance de l'encadrement législatif de l'utilisation des contentions en France

(Panfili, 2013), allant jusqu'à la considérer comme illégale, compte tenu de l'article 7 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 : « *nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrite* ».

Finalement, le législateur français choisit de s'aligner sur les préconisations européennes en la matière, notamment après plusieurs rapports alertant sur la situation en France de la part du CPT. La notion de dernier recours, sur « *décision* » d'un psychiatre, y apparaît clairement. Il ne s'agit donc pas d'une mesure thérapeutique mais d'une mesure de protection vis-à-vis d'un dommage immédiat pour le patient ou autrui, puisque le terme de prescription n'est pas choisi (Code de la santé publique-art. L.32222-5-1, 26 janvier 2016).

Par ailleurs, sur le plan de la jurisprudence, le contrôle de la « *proportionnalité* » du recours de la contention mécanique est du domaine d'expertise du juge. Il pourra désormais s'appuyer sur ce récent texte de loi, bien que Valériane Dujardin, juriste spécialisée en droit de la santé, ait émis quelques réserves, plusieurs termes n'ayant pas d'existence juridique ou n'étant pas défini, comme les deux termes centraux, « *isolement* » et « *contention* », ou étant laissé à la libre interprétation du juge, à l'exemple de la « *durée limitée* » ou de la « *stricte* » surveillance (Dujardin, 2016). De plus, le rôle de l'interne n'y est pas spécifié, bien que ces derniers soit fréquemment confrontés à ces situations.

2.4.3 Du côté infirmier

Les articles R4311-5 et R4311-7 du décret n° 2004 – 802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique traitent de la contention dans la pratique infirmière.

Le premier détermine, parmi les actes ou soins propres aux infirmiers visant au confort et à la sécurité du patient, la fonction de rechercher « *des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* » (Code de la santé publique-art R.4311-5, 29 juillet 2004).

Le second définit ce que l'infirmier est habilité à faire, en application d'une prescription médicale ou d'un protocole préalablement établi par un médecin : « *pose de bandages de contention* » et « *ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* » (Code de la santé publique-art. R.4311-7, 20 juillet 2005).

Cependant, nous pouvons noter que les conditions dans lesquelles doivent se faire cette contention n'apparaissent pas, la prescription médicale se doit donc d'être suffisamment explicite et précise pour guider au mieux les équipes. D'autant plus qu'en cas d'urgence et d'absence du médecin, l'infirmier est habilité à prendre la décision de mise sous contention si un protocole a été rédigé au préalable par un médecin.

2.4.4 Actualités

La contention fait sujet d'actualité. Toutefois cette problématique n'est pas nouvelle et avait déjà été mentionnée par Simone Veil en 1993 dans une circulaire citant l'atteinte à la liberté d'aller et venir en psychiatrie comme préoccupante (Veil, Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993).

Il aura fallu plusieurs rapports d'institutions s'inquiétant de la pratique de la contention en France et du respect des libertés fondamentales du patient pour que la politique française se saisisse réellement du débat. Nous avons cité plus haut le CPT, dont les conclusions sont rejointes par la conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2004, concernant la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et évoquant notamment la problématique de la contention physique (ANAES, Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico - sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 24 et 25 novembre 2004).

Plus récemment, en 2013, le député Denys ROBILIARD a présenté à l'Assemblée nationale un rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, signalant un « *recours problématique* » à la contention et à l'isolement et déplorant le manque de statistiques fiables au niveau national. Il y fait 30 propositions, dont deux concernent la contention, s'appuyant sur la conférence de consensus de l'ANAES. (Robiliard, Rapport n° 1662, Décembre 2013).

L'ensemble de ces rapports, recommandations et signalements a finalement aboutit à l'article de loi de janvier 2016 qui a énoncé clairement un objectif d'encadrement et de réduction des pratiques de la contention et de l'isolement. Mais qu'en est-il de la réalité des pratiques aujourd'hui ?

Pour répondre à cette question nous allons détailler les rapports du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), institué depuis 2007 et dont la mission est de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Le Contrôleur général peut visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où des personnes sont privées de liberté comme par exemple des établissements pénitentiaires ou des établissements de santé, pour vérifier le respect des droits fondamentaux tout en prenant compte les considérations d'ordre public. Il adresse ensuite un rapport de visite et des recommandations aux ministres concernés, ainsi qu'un rapport d'activité au Président de la République et au Parlement chaque année.

Dans le rapport d'activité 2013, le CGLPL, Jean-Marie Delarue, commence à particulièrement s'alarmer de la situation des établissements psychiatriques et décrit la contention et l'isolement comme des mesures « *les plus évidemment attentatoires aux libertés* ». Il s'inquiète notamment du manque de traçabilité et soumet des recommandations pour améliorer les pratiques, avec notamment l'instauration de protocoles et de registres des mises sous contention et à l'isolement, comme le CPT antérieurement (CGLPL, Rapport d'activité 2013, 2014).

En 2014, Adeline Hazan est nommée CGLPL et fait de la psychiatrie une de ses priorités (Hazan, 2016). Son rapport revient sur la problématique du manque de traçabilité des mesures de contention et d'isolement et soulève des interrogations sur les motifs de recours à ces pratiques, parfois à tonalité punitive, et à leur bon encadrement par des prescriptions médicales (CGLPL, Rapport d'activité 2014, 2015).

La visite de nombreux établissements psychiatriques la mène à rédiger un rapport vindicatif en mai 2016, accompagné de recommandations sur l'usage de l'isolement et de la contention (CGLPL, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, 2016). Il fait notamment suite à la mise en œuvre de la procédure d'urgence prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 devant la situation sanitaire extrêmement préoccupante constatée dans un établissement de santé mentale début 2016 (CGLPL, Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain (Bourg-en-Bresse), 16 mars 2016).

D'une façon générale, les rapports successifs constatent une forte fréquence des pratiques de mise à l'isolement et de contention, bien qu'aucune étude ne démontre

l'intérêt thérapeutique de ces mesures (Carré, 2014), avec de grandes disparités régionales et d'un établissement à l'autre, impliquant une inégalité des patients dans l'accès aux soins. Le CGLPL alerte tout particulièrement sur des usages à visée punitive, et le placement systématique des personnes détenues en chambre d'isolement. En général, les écrits sur le vécu des patients révèlent effectivement qu'ils perçoivent la contention physique le plus souvent comme une intervention coercitive déployée lorsqu'ils ne respectent pas les règles (Evans, Wood, & Lambert, 2003 ; Gerolamo, 2006 ; Johnson, 1998 ; Sailas & Fenton, 2000 ; Wynn, 2004).

A propos de la contention est encore rappelé le principe de dernier recours après échec des alternatives lors des situations de crise, sur décision médicale non anticipée, déjà recommandés par plusieurs institutions. La nécessité de ce rappel souligne les nombreuses constatations de manquement à ces principes lors des visites des établissements psychiatriques par Adeline Hazan.

Elle revient également sur la surveillance et le maintien de la mesure pendant une durée la plus courte possible, qui ne devrait pas excéder 12 heures sans réévaluation médicale. Enfin, le patient doit avoir accès à un dispositif d'appel et être informé par écrit de ses droits et moyens de recours. Les constats du CGLPL sont en effet de nombreuses chambres d'isolement dépourvues de sonnettes d'appel et de sanitaires, avec une surveillance parfois via un système vidéo, le port obligatoire du pyjama et l'interdiction de visite des proches sans réelle justification médicale. Ces dispositions vont à l'encontre du droit au respect de la dignité et de la sécurité des patients isolés et contentonnés.

Par ailleurs, elle profite de ce dernier rapport pour rappeler l'importance d'un registre, rendu obligatoire depuis la loi du 26 janvier 2016, avec possibilité de justifier par le dossier médical du respect de l'application en dernier recours et de ce qui a été tenté avant. Une incitation à favoriser la formation aux soignants sur la gestion de la violence et le développement d'alternatives à la contention va dans le sens d'une volonté de réduction de ces pratiques.

Confortant l'aspect indispensable de la loi de 2016, qui constitue une avancée majeure, le CGLPL affirme que la contention doit être encadrée très précisément dans l'objectif de garantir au mieux le respect des droits du patients (Hazan, 2016).

Dans un article récent, Adeline Hazan résume son action par la nécessité d'une remise en question de « *la culture même de l'enfermement* », citant pour preuve l'hospitalisation en unités fermées de patients pourtant en soins libres et affirmant qu'il est possible de soigner

mieux en enfermant moins (Hazan, 2018).

Dans ce contexte, l'ONU a adressé deux injonctions à la France. La première émane du Comité contre la Torture des Nations Unies dont le rapport de juin 2016 stipule ses préoccupations quant au recours fréquent à l'isolement et à la contention, à l'absence de registre relatif à l'utilisation de ces mesures comme le prévoit la loi du 26 janvier 2016 et au manque d'information des patients concernés sur leurs droits et moyens de recours contre ces décisions. Le comité recommande à l'Etat français l'amélioration de ces constatations et le renfort de formation des personnels des établissements psychiatriques afin de respecter les règles prévues par la loi sur la modernisation du système de santé et les recommandations de la HAS (Comité contre la torture des Nations Unies, Rapport CAT/C/FRA/7, 10 juin 2016).

La seconde a lieu suite à la visite en octobre 2017 de Catalina Devandas-Aguilar, rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, dont les observations préliminaires enjoignent notre gouvernement à réformer son système de soins psychiatriques sans consentement de sorte que le soin libre soit la règle et à revoir ses procédures d'isolement et de contention (Devandas-Aguilar, Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, 13 octobre 2017).

La contention se trouve donc au cœur des débats, comme le montre la multiplication des textes de recommandations qui tombent tous d'accord sur les constatations faites, aboutissant à des interventions politiques.

De fait, l'ancien Ministre de la Santé Marisol Touraine, par l'instruction du 29 mars 2017 adressée aux préfets et aux directeurs généraux des agences régionales de santé, a précisé les modalités de mise en oeuvre du registre prévu par la loi du 26 janvier 2016 et rappelé l'objectif de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention (Touraine, Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109, 29 mars 2017).

Engagement poursuivi par le Ministre des affaires sociales et de la santé actuel, Agnès Buzyn, lorsqu'elle s'est adressée aux professionnels de la psychiatrie le 26 janvier 2018, jour de clôture du 16e Congrès de l'Encéphale à Paris, disant « *garder à l'esprit l'objectif de réductions du recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention* », objectif à atteindre collectivement « *en interrogeant les pratiques, questionnant les savoirs, réformant les formations* ». Elle a souligné que le système d'information des établissements a été complété pour recueillir des données sur ce sujet à

compter du 1er janvier 2018. Ce recueil permettra une « *analyse de la situation, des tendances et des disparités territoriales* » (Buzyn, intervention du 26 janvier 2018).

Pour autant, cette volonté de concevoir de nouvelles formes de soin et de limiter l'hospitalisation sous contrainte fait défaut dans la « *feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie* » présentée en juin 2018 par Agnès Buzyn (Buzyn, 28 juin 2018).

2.5 Problématique

L'actualité de la psychiatrie au vu de son histoire interroge : revenons-nous vers une pratique de la psychiatrie qui avait été récusée par les soignants d'après-guerre ?

Bien que les questions humanitaires, éthiques et juridiques que soulève l'application de la contention physique en fassent une intervention très controversée (Goethals, Dierckx de Casterlé, & Gastmans, 2012 ; Paterson & Duxbury, 2007), elle reste présente dans les services de santé mentale. Et ce malgré une absence d'évidences quant à son efficacité (Strout, 2010 ; Nelstrop et al., 2006 ; Moylan, 2009) et les conséquences néfastes pour les soignants comme les patients (Holmes, Murray, & Knack, 2015).

Comment se positionnent les soignants d'aujourd'hui face à l'utilisation de la contention ?

Afin d'apporter un début de réponse, nous avons choisi de centrer notre étude sur ces derniers, pour explorer leur vécu et ouvrir la réflexion sur des alternatives envisageables. Les objectifs visés par les recommandations récentes et la politique de santé publique actuelle ne pourront être atteints sans le personnel soignant, qui doit s'investir pleinement pour permettre un changement des pratiques. Il semble important de connaître leurs avis et ressentis pour les accompagner au mieux dans ce nouveau paradigme de leur métier et du soin psychiatrique.

D'autant qu'il existe peu d'études épidémiologiques descriptives en psychiatrie sur le vécu des soignants confrontés à des situations de mise sous contention. La plus grande partie des études concerne en effet des services de gériatrie.

3. L'étude sur le vécu soignant

3.1 Situation de l'EPSM de Caen

L'EPSM de Caen a pour vocation la prise en charge psychiatrique d'un bassin de population de 450 000 habitants au sein du territoire couvert par le groupement hospitalier de territoire (GHT) Normandie centre. Il gère notamment 6 des 8 secteurs de psychiatrie générale adulte (Caen Est, Caen Sud, Caen Ouest, Lisieux, Côte Fleurie, Caen Plaine) et a en charge le Service Médico-Psychologique Régional en milieu pénitentiaire (SMPR). Pour cela il dispose de 314 lits d'hospitalisation complète et de diverses structures extra-hospitalières. Il concerne également 2 des 3 secteurs infanto-juvéniles (Caen Falaise, Lisieux, Pays d'Auge).

Pour réaliser ces activités, la structure s'appuie sur plus de 50 médecins et environ 1100 personnels non médicaux.

Notre étude s'intéresse à la partie hospitalière de secteur, censée être le seul lieu d'exercice où la contention est susceptible d'être utilisée. A noter que la contention en service d'urgences n'est pas évaluée ici, les urgences psychiatriques étant localisées en dehors de l'EPSM avec les urgences générales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen.

3.2 Objectif

La contention physique en psychiatrie n'est pas un fait nouveau mais un retour de son usage est décrit depuis la fin des années 1990 (Friard, 2004). Il s'agit d'une pratique non dénuée de risques (Palazzolo, 2002) qui suscite de nombreux questionnements autour de son utilisation et du cadre qui doit l'entourer. Les conséquences pour les patients ont déjà été assez largement étudiées, contrairement au côté soignant qui reste très peu exploré. L'acte d'attacher confronte ces derniers à des dilemmes, entre soigner, sécuriser et préserver la dignité (Moylan, 2009 ; Prinsen & Van Delden, 2009 ; Sen, Gordon, Adshead, & Irons, 2007).

Nous nous proposons donc dans ce travail d'interroger le vécu des soignants face à ces pratiques. L'objectif est de se centrer sur leur ressenti et le regard qu'ils portent sur les

situations de mise sous contention. Il s'agit finalement d'estimer l'intérêt qu'ils prêtent ou non à cette question afin d'amener une réflexion collective et proposer d'éventuelles améliorations des pratiques.

3.3 Méthode

Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive transversale, basée sur un questionnaire (Annexe 1) avec des choix multiples et quelques questions ouvertes. Ce dernier fut conçu à partir des données de la littérature, notamment d'une étude portant sur le même sujet réalisée en 2012 (Guivarch & Cano, 2013). Le site de réalisation était l'EPSM de Caen, avec inclusion de tout le personnel soignant des services d'entrants et de patients chroniques des 6 secteurs de psychiatrie adulte, ainsi que l'équipe sécurité soin (ESS), soit onze services d'hospitalisation complète au total (quatre services longs séjours et six services d'admission). Tous les soignants étaient invités à participer de façon libre, avec plusieurs relances du projet entre août et octobre 2018. Un mail initial envoyé à l'ensemble des médecins et cadres de santé de la structure les avait informés du projet, puis les questionnaires furent déposés en version papier dans chaque service.

Une première analyse des données recueillies confond tous les soignants sans distinction des fonctions, puis nous avons comparé le groupe des soignants paramédicaux avec le groupe médecins. Les effectifs des deux groupes sont très disparates, en toute logique puisque cela respecte la répartition de ces deux corps de métier à l'hôpital.

Nous avons classé les réponses selon cinq rubriques :

- situations de mise sous contention et indications
- vécu soignant
- le patient
- l'équipe soignante
- en pratique

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux avec des pourcentages et parfois des figures pour les résultats les plus marquants (Annexe 2).

3.4 Résultats

Population de l'étude

Nous avons inclus une population de 73 soignants dont 58 infirmiers et aide-soignants et 15 psychiatres. Parmi les soignants paramédicaux, 28 travaillaient dans des services d'admission, 23 dans des services de longs séjours et 7 soignants faisaient partie de l'ESS. Leur expérience moyenne en psychiatrie était de 6 années et ils avaient tous été confrontés à des situations de mise sous contention, moins d'une fois par mois pour la majorité (63%) et au moins une fois par semaine pour 9,6% d'entre eux.

Cette population représente 15% des effectifs soignants de l'EPSM travaillant dans les secteurs intra-hospitaliers (472 soignants dont 27 psychiatres).

Situations de mise sous contention et indications

Les indications les plus fréquentes étaient les risques auto et hétéro-agressifs (72,6%) et l'agitation (64,4%). Deux infirmiers ont ajouté le motif « à la demande du patient », ce qui reste une situation rare (Tableau 1).

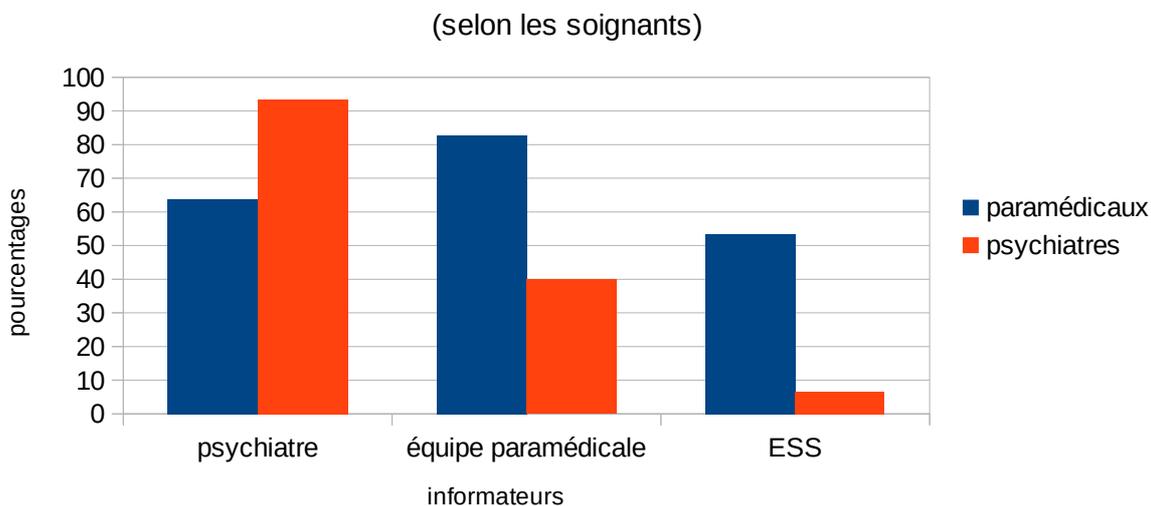
Tableau 1 : Motifs de recours à la contention

indications	paramédicaux Effectifs (%)	psychiatries Effectifs (%)	Soignants Effectifs (%)
agitation	36 (62,1)	11 (73,3)	47 (64,4)
auto-agressivité	30 (51,7)	6 (40,0)	36 (49,3)
hétéro-agressivité	29 (50,0)	6 (40,0)	35 (47,9)
auto et hétéro-agressivité	43 (74,1)	10 (66,7)	53 (72,6)
risque de fugue	7 (12,1)	3 (20,0)	3 (13,7)
autre	3 (5,2)	1 (6,7)	4 (5,5)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

L'ensemble des soignants répond massivement que le patient a été informé de ce qui a motivé la mise sous contention (87,7%), en revanche il y a une discordance quant à l'informateur. Ainsi le groupe médecins pense qu'il s'agit le plus souvent du psychiatre (93,3% contre l'équipe dans 40% des cas), tandis que les autres soignants s'estiment à

l'origine dans 82,8% des situations. Le rôle de l'ESS n'est pas perçu de la même façon non plus par les deux groupes, les médecins répondant qu'ils informent le patient dans seulement 6,7% des cas contre 53,4% pour les autres soignants. (Figure 1)

Figure 1: Qui informe le patient sur les motifs de la mise sous contention ?



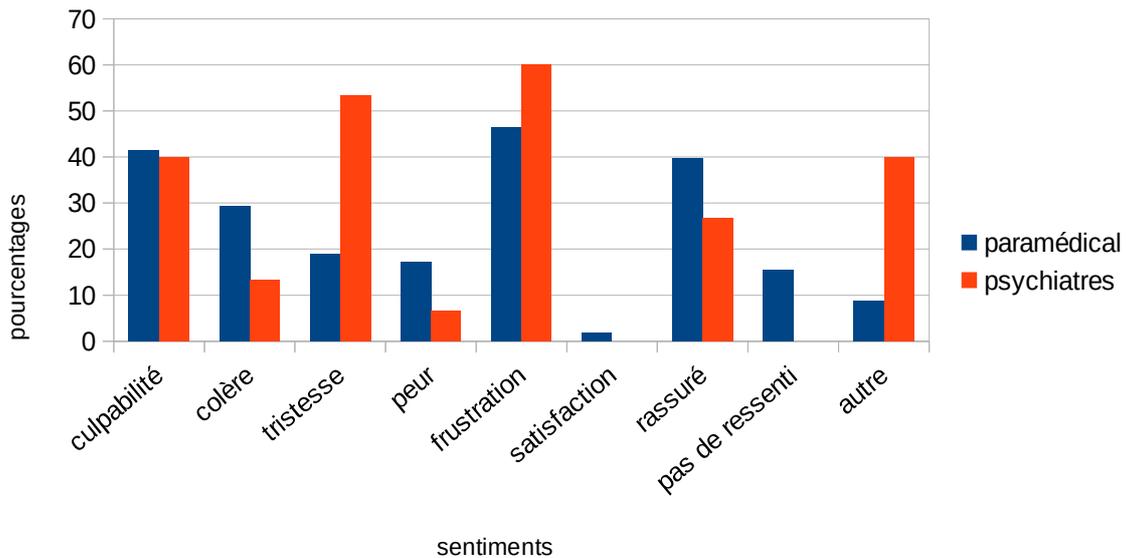
Concernant les horaires de passage infirmier, nous retrouvons encore une différence entre les deux groupes puisque seuls 33,3% des psychiatres estiment que le patient a été informé contre 65,5% des autres soignants.

Vécu soignant

Ces situations provoquent avec certitude de nombreuses émotions chez les soignants, la plupart ayant coché plusieurs ressentis dans les propositions du questionnaire. Les sentiments se détachant sont la culpabilité (41%) et la frustration (49,3%). Seul un soignant éprouve de la satisfaction et neuf aucun ressenti, tous paramédicaux. La tristesse est plus fréquemment exprimée par les médecins (53,3%) que par l'équipe paramédicale (19%).

A noter que 40% des psychiatres ont ajouté le sentiment d'échec. La frustration est également plus marquée pour eux (60% contre 46,6% des autres soignants). (Figure 2)

Figure 2 : Vécu soignant face à la mise sous contention en psychiatrie



La forte implication émotionnelle des soignants est confortée par les 72,1% qui y ont repensé une fois rentrés chez eux, avec une proportion plus nette dans le groupe médecins (93,3% et 65,5% des soignants paramédicaux).

Globalement les soignants considèrent cet acte comme difficile mais nécessaire (79,5%). Seuls trois soignants ont un ressenti positif et un est indifférent. La contention est donc associée à un vécu plutôt négatif pour l'ensemble des soignants.

Enfin, la majorité qualifie cet acte comme acte de soin et de sécurité (65,8%), mais il convient de préciser que 17 soignants le considère uniquement comme un acte de sécurité (23,3%) et 8 comme un acte de soin exclusivement (11%).

Et l'un des infirmier a précisé que la mise sous contention était pour lui « un parapluie » !

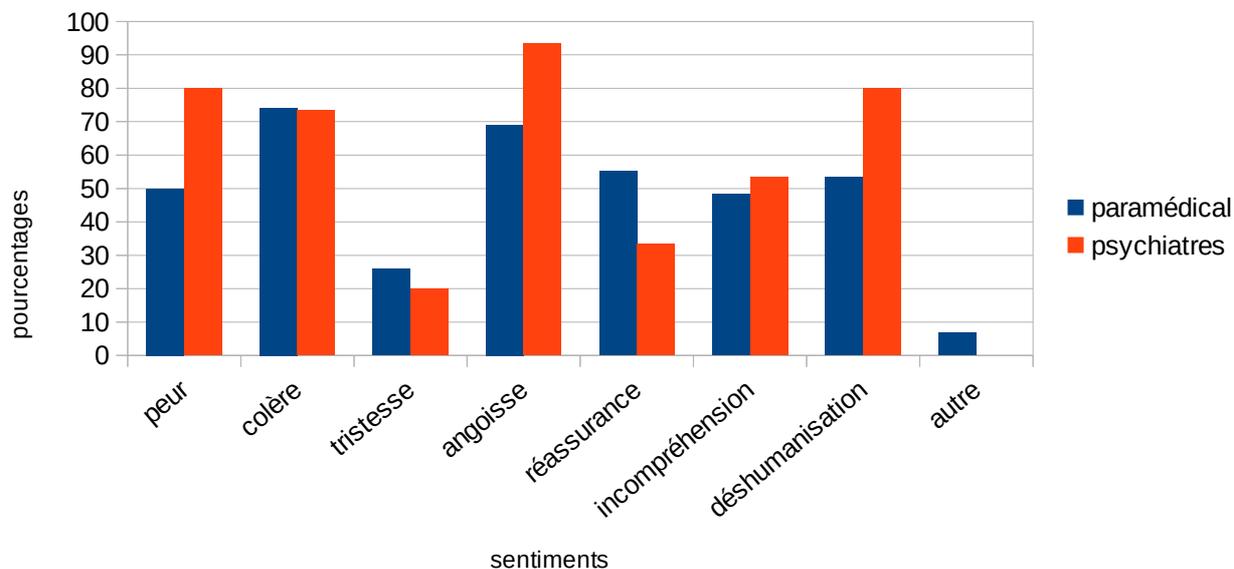
Le patient

Pour ce qui est du vécu du patient, tous les sentiments proposés ont été largement cochés par les soignants, la tristesse dans une moindre mesure (24,7%) et la colère et l'angoisse se détachant un peu (74% dans les deux cas). Le groupe médecins a plus souvent choisi la peur (80% contre 50%) et la déshumanisation (80% contre 53,4%) que l'autre groupe, qui sont les sentiments les plus prégnants en lien direct avec la mise sous contention.

À l'inverse, 55,2% des soignants paramédicaux ont pensé que le patient pouvait être rassuré par cet acte contre 33,3% des psychiatres. (Figure 3)

Figure 3 : Vécu des patients mis sous contention physique

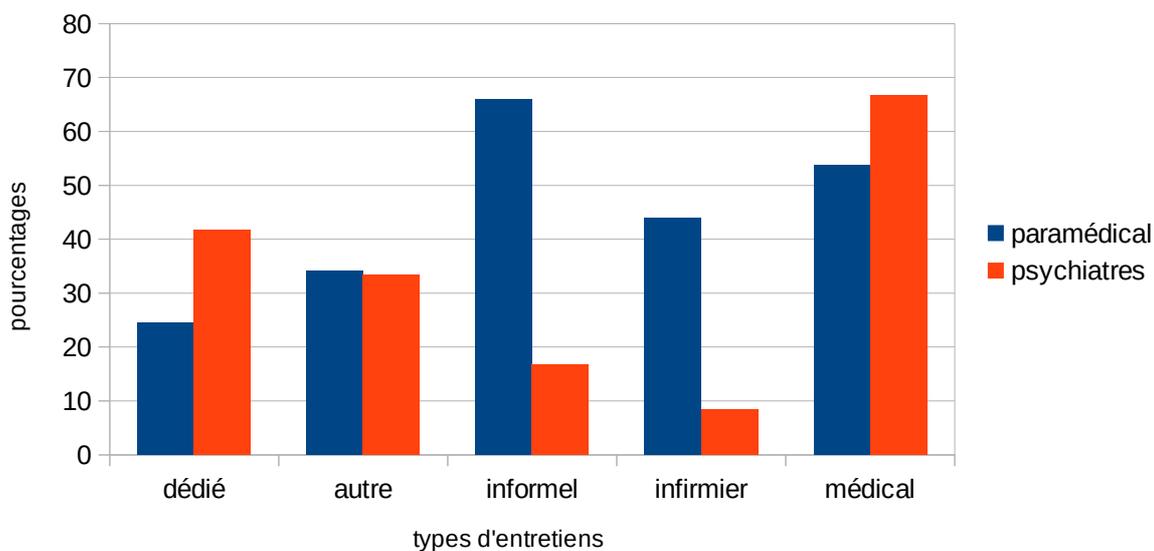
(Point de vue des soignants)



Le vécu du patient serait repris avec lui *a posteriori* dans 60,3% des situations (80% pour les psychiatres et 55,2% pour les autres soignants).

Les médecins estiment largement (66,7%) que c'est abordé *a posteriori* lors d'un entretien médical, dédié dans 41,7% des cas, tandis que les paramédicaux le voit abordé de façon informelle (65,9%) et dans 43,9% des cas au cours d'un entretien infirmier (contre 8,3% des médecins). (Figure 4)

Figure 4 : Contexte de reprise de son vécu avec le patient



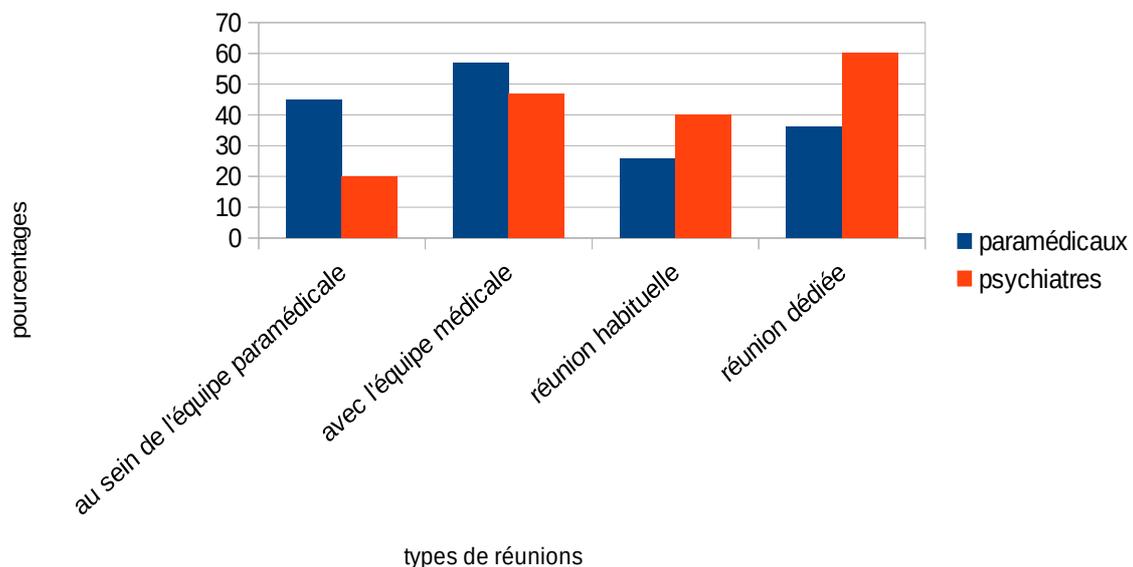
L'équipe soignante

Concernant la reprise de la situation de mise sous contention en équipe, elle aurait lieu dans la plupart des cas (74%), principalement lors des transmissions quotidiennes (68,4%) et de façon informelle (66,7%).

Les soignants sont d'accord sur le bénéfice de ces reprises (86,3%) et souhaiterait qu'elles soient réalisées avec l'équipe médicale (54,8%) et lors d'un temps dédié pour 41,1% d'entre eux (60% pour le groupe médecins). (Figure 5)

Figure 5

Souhaits des soignants pour les reprises en équipe des situations de mise sous contention



Quant à l'impact sur la relation soignant-soigné, la différence notable entre les deux groupes est que la moitié des paramédicaux constatent une amélioration contre seulement 6,7% des psychiatres.

En pratique

Les soignants s'accordent sur les effectifs insuffisants au sein des équipes (54,8%), plus souvent relevés par les psychiatres (80%). Un cadre de soin et un traitement psychotrope inadaptés sont également fréquemment pointés comme favorisant des situations de mise

sous contention (47,9% et 52,1%) (Tableau 2). Plusieurs soignants notent les locaux inappropriés comme pourvoyeurs de ces situations (2 infirmiers et 4 psychiatres).

Tableau 2 : Facteurs favorisant les situations de mise sous contention

Facteurs favorisants	paramédicaux Effectifs (%)	psychiatres Effectifs (%)	Soignants Effectifs (%)
effectifs insuffisants	28 (48,3)	12 (80,0)	40 (54,8)
présence médicale insuffisante	18 (31,0)	4 (26,7)	22 (30,1)
cadre de soin inadapté	27 (46,6)	8 (53,3)	35 (47,9)
traitement psychotrope inadapté	32 (55,2)	6 (40,0)	38 (52,1)
autre	3 (5,2)	4 (26,7)	7 (9,6)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

La décision fut prise en équipe dans 82,2% des cas, sans discordance entre les groupes médecins et paramédicaux. Lorsque ce n'est pas le cas, le psychiatre est nommé comme décisionnaire, ou encore un soignant avec plus d'ancienneté.

Enfin, seule une petite partie des soignants a bénéficié d'une formation OMEGA (dix soignants et zéro médecin) ou d'une formation autre sur les situations de violence (quinze soignants dont trois médecins).

Cela a eu un impact sur leur pratique ultérieure pour 65,2% d'entre eux, de façon plus marquée pour les équipes (70%) que les psychiatres (33,3%). L'apprentissage des signes annonciateurs de crises d'agitation, des techniques de désescalade et une amélioration de la maîtrise des gestes de contention si nécessaire sont soulignés par les soignants ayant reçu ces formations.

Quelles alternatives ? (question ouverte)

La question ouverte portant sur les solutions alternatives à la contention que les soignants pourraient imaginer fait ressortir une demande globale de temps soignant supplémentaire et ce de façon préventive pour anticiper les montées de violence, mais aussi afin de pouvoir consacrer plus de temps au patient en crise sans délaisser le reste du service. Les soignants expriment une frustration à n'avoir pas assez de temps d'écoute ni pour se

consacrer aux médiations améliorant la qualité relationnelle aux patients (23 réponses). Une meilleure communication autour du cadre de soin est également régulièrement pointée par les soignants paramédicaux, voyant le flou autour des objectifs thérapeutiques et des autorisations et restrictions comme pourvoyeur de tensions avec le patient. Quelques uns réclament également une adaptation des traitements psychotropes afin de garantir une sédation suffisante dans les situations violentes, notamment avec les traitements « si besoin » et que la contention chimique puisse éviter la contention physique (15 réponses). Ces demandes sont spécifiquement adressées aux psychiatres par les équipes, reprochant une manque de « contenance ».

Certains estiment leur formation insuffisante et aimeraient pouvoir bénéficier de temps de formation supplémentaires afin de mieux réagir face aux situations de crises (17 réponses). Des soignants ayant reçu une formation précisent que cela leur a donné des clés d'amélioration de leur pratique, mais que la mise en application reste difficile car trop peu de personnel soignant est formé ce qui complexifie le travail en équipe.

Plusieurs infirmiers et médecins ont suggéré un temps soignant dévolu à la gestion des situations de crise et la création d'une unité contenant spécifique pour les patients nécessitant des soins intensifs (8 réponses).

Justement, la problématique des locaux inadaptés est évoquée à plusieurs reprises dans les réponses (9 réponses).

Il est intéressant de noter plusieurs remarques sur la qualité des échanges et la nécessité de mettre au travail l'ambiance au sein des équipes, aussi bien par des psychiatres que des soignants paramédicaux, même si c'est parfois plus sous-entendu que franchement assumé.

4. Discussion

4.1 Ce qui ressort de l'étude

L'utilisation de la contention physique en psychiatrie représente une intervention de dernier recours (Riahi, Thomson, & Duxbury, 2016). Les indications désignées par les soignants ayant participé à l'étude recoupent celles des quelques travaux déjà réalisés sur le sujet, à savoir l'agitation psycho-motrice et les risques auto et hétéro-agressifs (Palazzolo, 2002 ; Guivarch & Cano, 2013). Nous ne disposons pas de données nationales pour comparaison, les registres de recours à la contention qui devraient en préciser les motifs n'étant pas encore généralisés. La loi du 26 janvier 2016 et les rapports successifs du CGLPL devraient tendre à apporter ces informations à l'avenir.

L'analyse des données de l'étude permet un aperçu de la réalité des pratiques sur la structure par rapport aux recommandations récentes de la HAS.

Ainsi, l'information au patient sur les raisons ayant mené à décider d'une mise sous contention semble respectée, en accord avec ces dernières. La discordance quant à l'informateur entre médecins et soignants paramédicaux, chacun ayant dans l'idée d'être à l'origine de l'action, montre peut-être un manque de communication claire entre psychiatres et équipe dans ces situations extrêmes. En effet, les interventions de l'équipe de soin, du médecin et de l'ESS peuvent se faire en plusieurs temps, les soignants paramédicaux étant souvent présents avant le psychiatre et restant après lui pour assurer la surveillance et la suite de la prise en charge. D'autant plus que ces situations impliquent fréquemment le psychiatre de garde qui n'intervient donc que ponctuellement. Les informations peuvent donc se trouver délivrées à divers moments, en présence de seulement une partie des soignants. Ou bien être données à plusieurs reprises par divers professionnels, le patient n'étant pas toujours accessible lors de la phase aiguë de l'intervention. En tout cas les ressentis quant au rôle de chacun révèlent un certain flou dans leur répartition. Pour autant, les soignants s'accordent sur le fait que la décision fut prise en équipe.

Quant aux horaires de passage infirmier, ils sont insuffisamment délivrés au patient, ce qui est préjudiciable, surtout lorsque les conditions ne respectent pas l'accès à un dispositif

d'appel.

Concernant le vécu soignant, la charge émotionnelle est forte et plutôt négative, avec dominance des sentiments de frustration, de culpabilité et d'échec, que l'on pourrait interpréter comme l'effondrement d'un idéal de soin. Ainsi Laurent Morasz, psychiatre, estime que la contention culpabilise car « *elle trouble l'inconscient et l'idéal des soignants* » (Morasz, 2002). Il montre également que le vécu d'une situation violente entraîne principalement de la peur chez le soignant.

Le sentiment d'échec n'était pas dans les propositions mais a été ajouté par plusieurs psychiatres, ce qui est possiblement lié à l'aspect décisionnaire de la fonction et le sentiment d'être responsable et porteur de l'action.

Se retrouver confronté à un sentiment d'impuissance amène l'idée que cela pourrait se passer différemment et à chercher des responsabilités, d'où le pointage du manque de moyens humains par nombre de soignants.

Néanmoins, la majorité des soignants considère cet acte comme difficile mais nécessaire et comme un acte de soin et de sécurité. Un nombre non négligeable d'entre eux n'y voit pas une approche thérapeutique mais uniquement une mesure sécuritaire, les soignants se retrouvant alors « *garant de l'ordre établi* » (Chanoît, 1977), ce qui peut aussi être source de conflit éthique pour eux.

Les soignants identifient un vécu riche pour les patients, principalement de colère et d'angoisse. Les psychiatres y voient un sentiment de déshumanisation et de peur de façon plus marqué que les autres soignants, ainsi qu'une moindre réassurance. On peut donc penser que les psychiatres associent à l'acte de contention une souffrance plus intense pour le patient, possiblement encore en lien avec leur responsabilité dans la décision. Cela va dans le sens de la littérature qui constate que l'expérience de la contention est majoritairement négative pour les patients (Riahi, Thomson, & Duxbury, 2016 ; Strout, 2010 ; Holmes, Rioux, Jacob, & Corneau, 2016).

Une étude de Palazzolo sur le vécu des patients, met en évidence la thématique de l'impuissance et notamment le sentiment de déshumanisation lié à cette impuissance, ainsi qu'un ressenti de peur et de vulnérabilité en lien avec le sentiment d'être incapable de se protéger si un malheur arrivait. Il met en exergue qu'aucun des sujets participant à l'étude n'a évoqué de sentiment de sécurité ou de réconfort (Palazzolo, 2002).

Deux thématiques sont effectivement fréquemment retrouvées dans les entretiens avec

les sujets contenus dans le cadre des études qualitatives : le pouvoir et l'impuissance (Palazzolo, 2004). Selon Foucault, si une personne se voit supprimer en totalité sa liberté d'action par une autre personne, il n'y a plus de pouvoir et la relation se transforme en contrainte. Le patient perd tout contrôle sur lui-même et en découle alors un sentiment d'impuissance et de déshumanisation (Foucault, 1972).

Si ces ressentis ne sont pas abordés *a posteriori* avec le patient, le risque est une perte de confiance dans l'institution en tant que lieu de soin. Les objectifs identifiés par la HAS de l'analyse à la levée de la mesure de contention mécanique sont d'aider le patient à mettre des mots sur ce qu'il a vécu pour le soutenir, mieux comprendre ce qui s'est passé afin d'éviter une récurrence de l'évènement, envisager des interventions alternatives et s'assurer que ses droits et son intégrité physique ont été respectés, le tout devant être tracé dans le dossier. Quant au temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle, il doit permettre de « *faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient* », autoriser l'expression du vécu soignant et des éventuels ressentis difficiles, réfléchir à ce qui aurait pu être évité et aux alternatives à la contention (HAS, février 2017). Ces deux temps de discussion autour de l'acte de mise sous contention sont indispensables pour donner du sens à cette expérience pour le patient, l'inscrire au mieux dans son parcours et maintenir une relation thérapeutique avec lui.

Or la reprise ultérieure de son vécu avec le patient n'est pas systématique d'après notre étude. Elle est plus souvent avancée par les psychiatres. Cette différence peut être due au fait que cela est abordé lors d'un entretien médical, auquel seul un soignant de l'équipe assiste.

De plus, la perception de la façon dont les évènements sont parlés avec le patient diffère selon la fonction soignante, entretien dédié ou informel, médical ou infirmier, chacun réalisant probablement une part du travail sans que cela soit suffisamment échangé au sein de l'équipe ensuite.

L'avis général des soignants va pourtant dans le sens de la nécessité d'une reprise en équipe des situations de mise sous contention et donc dans le sens des recommandations, bien qu'en réalité ce ne soit pas toujours effectué. Une partie d'entre eux apprécierait un espace temps dédié pour cela. Comme le souligne Bernard E. Gbézo, il paraît indispensable d'évacuer la charge émotionnelle que provoque cet acte chez le soignant pour maintenir son bon équilibre psychologique (E. Gbezo, 2005). De nombreuses études ont montré que les coopérations construisent la santé dans le travail.

Le soutien de l'équipe est en effet essentiel pour maintenir et préserver la santé psychique des soignants (Karazek, 1990). Face à ces situations violentes et difficiles, les collectifs de travail, dont l'identité est définie par le partage des mêmes valeurs, développent des stratégies collectives de défense (Dejours, 2000) pour faire face à cette pénibilité/souffrance.

Enfin, il ressortait de l'enquête que la relation soignant-soigné était améliorée dans la moitié des cas après la mise sous contention, mais seulement du point de vue des agents paramédicaux. Cela serait l'effet de ce qui est autour du processus de contention, nécessitant une présence soignante accrue : « *c'est la proximité attentive des soignants qui donne à la contrainte sa dimension de soin* » (Sivadon, 1965).

Les facteurs favorisant la survenue de ces situations identifiés par les équipes concordent avec les hypothèses avancées par plusieurs représentants de la psychiatrie pour expliquer l'augmentation du recours à la contention.

Tout d'abord, les effectifs insuffisants sont très fréquemment pointés du doigt dans les questions ouvertes, considérés comme vecteur de survenue de ces situations violentes. Adeline Hazan soutient cette idée, tout comme Jean-Claude Penochet, président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH), qui y ajoute le manque de formation des jeunes médecins et infirmiers sur la gestion de la violence.

Certains soignants se plaignent de l'inadéquation des locaux, ce qui rejoint une suggestion du dernier rapport du CGLPL d'amélioration des conditions d'accueil et d'un environnement apaisant et les recommandations de la HAS : « *La mesure de contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement* » (HAS, février 2017).

Danièle Hagen, cadre de santé et référente du collectif psychiatrie de la Coordination Nationale des Infirmiers (CNI), a souligné le rôle de l'organisation des locaux et du sentiment de peur au sein de l'équipe dans le déclenchement de la violence. Dans son rapport annuel de 2015, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé constate effectivement une hausse du sentiment d'insécurité au sein du personnel soignant (ONVS, Rapport annuel 2015 sur les données 2014, 2015).

Enfin le traitement psychotrope est suggéré comme inadapté par la moitié des soignants, au sens pas assez contenant, ils y verraient pour certains une alternative à la contention physique.

Nous constatons que peu de soignants ont reçu une formation spécifique à la gestion de la violence au sein de l'échantillon. Or ceci constitue une des pistes pour améliorer les pratiques avancées par les institutions préoccupées par la situation actuelle de la psychiatrie en France. L'impact de ces formations est multiple, à la fois sur les soignants eux-même et sur les pratiques de soin. Calabro et ses collègues ont étudié l'effet de deux programmes de formation totalisant 17 heures auprès de 180 membres du personnel d'un hôpital psychiatrique au Texas, montrant notamment que les participants avaient amélioré leurs connaissances et développé leur sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire leur sentiment d'avoir les capacités d'agir pour faire face à une situation de violence (Calabro, Mackey, & Williams, 2002). Quant aux retombées sur les pratiques à la suite de l'implantation de programmes de formation, nous pouvons citer quelques exemples outre-atlantiques. Dans un centre de santé mentale de Chicago, les résultats mettent en évidence une diminution de 41% du nombre de contentions physiques (Corrigan, Holmes, & Luchins, 1995). Une autre étude obtient des résultats encore plus importants, dans trois unités psychiatriques d'un hôpital de Chicago, avec une diminution de 98 % du nombre de contentions physiques dans les six mois qui suivent la formation (Jonikas, Cook, Rosen, Laris, & Kim, 2004).

Pourtant, de nombreux soignants de l'EPSM sembleraient demandeurs de ces formations, dont l'insuffisance serait donc plutôt imputable à la gestion de la structure (financements et temps soignant libéré) qu'à un manque de motivation soignante.

Parmi les suggestions d'alternatives à la contention, l'idée d'une unité contenante spécifique pour les patients nécessitant des soins intensifs va dans le sens de pratiques ayant fait leurs preuves mais encore peu appliquées en France. En effet, ces unités existent depuis plus de 30 ans à travers le Monde, la première description ayant été faite par Rachlin aux Etats-Unis en 1973 (Rachlin, 1973). Les modèles anglo-saxons ont eu le temps de s'affiner, il existe des recommandations spécifiques à ces unités au Royaume-Uni depuis 2002 par le Ministère de la Santé (Department of Health, 2002) ainsi qu'une organisation (National Association of Psychiatric Intensive Care Units (NAPICU)) organisant des conférences depuis 1996 et une publication spécifique (Journal of

Intensive Psychiatric Care). Une étude norvégienne a mis en évidence une supériorité d'efficacité des prises en charge dans les unités de soins intensifs psychiatriques en comparaison à une unité classique sur les comportements violents (Vaaler, 2007).

De part le taux de participation des soignants, l'étude répond à l'interrogation de l'intérêt porté au sujet de la contention physique. Les échanges avec ces derniers lors des passages au sein des services ont révélé un vif attrait pour la question et la satisfaction de pouvoir exprimer leur avis, même de cette façon anonyme.

4.2 Limites, biais et extrapolation des résultats

Concernant la méthodologie de cette étude, nous avons fait le choix d'inclure l'ensemble des services de l'EPSM, bien que les secteurs puissent avoir des fonctionnements assez différents selon les convictions et pratiques des médecins du pôle et qu'ils concernent des patientèles très variées (pavillons d'admission et de longs séjours). Cela peut justement permettre de généraliser les résultats plus facilement puisque la population étudiée recouvre un certain nombre de situations. Finalement les indications de mise sous contention restent identiques et les ressentis des soignants face à ces situations peu influencés par le contexte de soin. Nous avons noté que les remarques concernant les locaux inappropriés viennent cependant plus souvent de soignants exerçant dans des pavillons de patients chroniques.

L'aspect rétrospectif du recueil des données induit un risque de déformation des ressentis des soignants du fait de la distance avec l'expérience de mise sous contention. Néanmoins, une étude prospective aurait demandé un temps beaucoup plus long pour obtenir un nombre suffisant de réponses.

Le principal biais de l'étude est le biais d'auto-sélection, les sujets faisant ou non partie de l'étude en fonction de décisions qu'ils prennent eux-mêmes. Il y a donc le risque que ceux qui prennent le temps de répondre au questionnaire soient déjà sensibilisés au sujet et possiblement plus affectés par ces expériences que les autres. Néanmoins, ce choix du volontariat avait pour objectif d'obtenir une puissance plus forte pour l'étude, la réalisation d'entretiens semi-dirigés n'aurait pas rendu possible l'inclusion d'autant de soignants.

Bien entendu chaque membre du personnel soignant de l'EPSM n'a pas rempli un questionnaire, exposant notre étude ici encore au biais de sélection.

Cependant, nous avons pu montrer l'importance de la question de la contention aux yeux des soignants, de par les retours relativement élevés de questionnaires mais aussi de par les réactions positives des soignants lors des passages pour déposer ou récupérer ces derniers dans les services, plusieurs d'entre eux ayant signifié leur intérêt pour la question et le fait d'y être confronté régulièrement dans leur pratique. Ce résultat est sûrement extrapolable à la majorité des structures psychiatriques, déduction appuyée par les rapports du CGLPL des dernières années, qui vont dans le sens d'une problématique nationale concernant de nombreux établissements.

De plus, les réactions se multiplient, aussi bien au niveau politique que de la part de représentants du monde des soignants, ce qui souligne combien les constats sur l'utilisation de la contention résonnent chez les soignants.

Autre point mis en exergue par les résultats, les difficultés de transmission d'informations pourraient, elles, être plus spécifiques au centre de l'étude, liées aux fonctionnements des services et moins facilement généralisables à d'autres lieux de soin. En effet, au sein même de l'EPSM, il existe des différences organisationnelles, chaque pôle définissant ses axes de travail, la façon dont les réunions d'équipe se déroulent et leur fréquence... Il est donc facilement imaginable qu'il en soit de même d'une structure psychiatrique à une autre, rendant difficile la comparaison entre elles. Le travail sur la communication au sein des équipes serait donc plutôt à réaliser au cas par cas pour considérer les spécificités des équipes soignantes.

Quant aux effectifs soignants insuffisants, l'actualité est en faveur d'une problématique de santé publique touchant de nombreux hôpitaux psychiatriques. Le CGLPL recommande d'ailleurs, suite à ses visites de nombreux établissements de santé mentale, de mettre en place un ratio type de soignants par catégorie d'unités afin d'adapter les effectifs aux besoins.

En 2009, une étude de Caroline Cintas, maître de conférence en Sciences de gestion travaillant sur la santé au travail et l'impact des facteurs organisationnels, dans laquelle elle analyse les difficultés ressentis par les soignants d'un hôpital psychiatrique, parle déjà du manque de personnel et de ses conséquences : les soignants se plaignent d'un manque de disponibilité source d'une perte relationnelle avec les patients et d'une

recrudescence des situations de violence (Cintas, 2009). Cette « *rationnalisation du temps* » influence donc l'activité de soin, qui passe d'une relation humaine soignant-soigné à une conception « *efficacité* » (Brient, 2007).

Les déductions faites par cette auteure en 2009 restent valables aujourd'hui. Elle souligne que cette conception du soin est sous-tendue par des modifications globales introduisant dans la santé la culture de l'évaluation et la tarification à l'acte, difficilement conciliable avec la psychiatrie dont l'aspect essentiellement relationnel se prête mal à la quantification. De longue date, cette culture du résultat rencontre de nombreuses résistances parmi les soignants, notamment en psychiatrie (Borgès Da Silva, 2003). Le risque pour les soignants est la perte de sens de leur travail qui ne répond plus aux exigences liées à leur représentation de la qualité des soins par réduction du temps consacré aux patients.

4.3 Propositions d'amélioration des pratiques à l'EPSM

Nous allons nous appuyer sur les résultats pour dégager des perspectives pour le centre d'étude, très vraisemblablement extrapolables à d'autres établissements de santé mentale puisqu'elles rejoignent des suggestions du CGLPL qui, de par ses visites, a un bon aperçu de l'état de la psychiatrie française.

4.3.1 Des protocoles pour mieux communiquer

Nous avons vu à travers les résultats de l'étude que la situation de l'EPSM de Caen concorde avec les données actuelles de la littérature et certaines constatations du CGLPL en terme d'organisation des soins. Ce qui se dégage de manière sous-jacente sont les difficultés de transmission d'informations entre psychiatres et équipe paramédicale et de répartition des rôles au sein des équipes, chacun semblant renvoyer la responsabilité à l'autre de ce qui a été décidé. Cela amène à s'interroger sur la qualité de l'information réellement reçue par le patient, une étude qualitative sur l'expérience des patients ayant effectivement révélée un sentiment de confusion quant aux raisons motivant l'utilisation de la contention physique et un manque d'explications (Holmes, Rioux, Jacob & Corneau, 2016).

Pourtant, la plupart des soignants considèrent comme nécessaire la reprise en équipe, si possible lors d'un temps dédié, du moins de façon plus protocolaire que ce qui est le cas actuellement. Des auteurs soutiennent la nécessité de ces échanges, débats et confrontations entre soignants pour construire du sens du travail (Dejours, 2005). Il est essentiel de « *dire ce que l'on fait* » (Lhuillier, 2006, p. 91). Cependant, dans le contexte de l'hôpital il semble que ces espaces de construction soient de plus en plus réduits.

Comment améliorer cet aspect ? Afin de fluidifier les prises en charge, les protocoles de soin sont une bonne solution, permettant de codifier les rôles revenant à chacun et de ne pas omettre un temps de reprise en équipe par exemple.

Il existe déjà des protocoles sur la structure, notamment pour les mises en chambre d'isolement, avec obligation de traçabilité écrite. Des fiches identiques devraient exister pour les situations de mise sous contention, ceci étant rendu obligatoire depuis la loi de janvier 2016. De nombreux établissements ne sont pas encore aux normes, comme le constate Adeline Hazan dans son dernier rapport (CGLPL, Rapport d'activité 2017, 2018). Cependant, il y serait consigné le moment de l'initiation avec motif, cadre et nom du prescripteur, puis le suivi de la surveillance, et enfin la levée de la mesure, comme recommandé dans la loi. Mais rien concernant le débriefing réalisé avec le patient et en équipe, pourtant indispensable. La création d'un protocole pour encadrer ces pratiques, suivant les recommandations de la HAS autour de la reprise avec le patient et en équipe, pourrait au moins initialement aider à les rendre effectives et à les ancrer dans les habitudes soignantes, tout en ayant le mérite d'ouvrir un espace de discussion autour de ce sujet.

Ceci pourrait être réfléchi en équipe au sein de chaque pôle afin de respecter les orientations de chacun et de créer une mise au travail d'équipe adaptée, mais aussi donner lieu à un groupe de travail pluriprofessionnel faisant des propositions pour l'ensemble de l'établissement. La HAS recommande en effet de reprendre l'épisode avec la patient après la levée de la contention afin de permettre l'expression des ressentis mais aussi de repérer les facteurs contextuels ayant favorisé la crise et les interventions alternatives possibles pour éviter une récurrence de l'évènement. Dans l'étude, seuls 60% des soignants évoquent l'occurrence d'un débriefing ultérieur avec le patient, ce qui constitue donc un axe d'amélioration des pratiques à cibler sur la structure. La HAS précise qu'une analyse clinique doit être tracée dans le dossier médical.

Le temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle est aussi recommandé, proposant une

analyse pour « *faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient* » et réfléchir ensemble aux alternatives. Il doit évidemment permettre aux soignants d'exprimer leurs ressentis, notamment de culpabilité et de peur, mais aussi en terme de « *dissonance éthique* » (HAS, février 2017).

Assurément, cet acte n'est jamais anodin et vient questionner l'idée du soin en psychiatrie, où la dimension sécuritaire peut prendre le pas sur le tout. Si il n'existe aucun espace pour déposer ces émotions et redonner sens à ce qui a été vécu, le risque est la démotivation du soignant. L'ONVS a d'ailleurs travaillé sur les conséquences sur les soignants des expériences de violence, grâce au recueil de signalements et aux visites d'établissements. Il montre que plusieurs facteurs influencent la tolérance d'un soignant, dont la cohésion des équipes et le soutien de l'encadrement à tous les niveaux. Mais même lorsque la structure est soutenante, il souligne la nécessité d'une formation pratique à la gestion des violences verbales et physiques (Rapport annuel 2018 sur les données 2017, ONVS, 2018).

L'absence de dispositif dédié à l'encadrement du personnel soignant soumis à la violence et l'aspect majoritairement informel des temps de reprise en équipe suite aux situations de mise sous contention révèlent un autre axe d'optimisation à réfléchir sur l'EPSM, impliquant la direction des soins pour des mesures concrètes d'accompagnement des agents mis en difficulté. Ceci pourrait concerner un nombre non négligeable de soignants, comme le traduisent les 70% y ayant repensé une fois chez eux. L'objectif serait une amélioration du vécu soignant et de la qualité de vie au travail.

Il faut toutefois rester attentif à ce que le protocole ne sabote pas ce qu'il est censé suppléer, à savoir une réflexion collective autour de l'acte de contention et non une directive à appliquer devant une situation de violence sans réfléchir au sens que cela prend. La recherche d'alternatives restant un point clé de ces échanges afin de tendre vers les objectifs de santé publique.

4.3.2 Former à la gestion de la violence

L'autre suggestion pouvant ressortir de ce travail est une généralisation des formations sur la gestion de la violence afin que les soignants disposent de plus d'outils communs et que la contention ne survienne pas par défaut.

En 2011, l'EPSM a installé un Comité de Coordination des Vigilances et des Risques (COVIRIS), aux fins d'établir un tableau de bord permettant de définir des priorités et des

propositions d'actions à mettre en œuvre. Il a notamment établi une fiche d'événement indésirable qui comprend plusieurs items : personne déclarante, personne concernée par cet événement, gravité du risque de l'événement (faible, modérée, importante, majeure), l'origine du dysfonctionnement, la description des faits, la description des conséquences, les mesures prises (204 évènements indésirables déclarés en 2012). Ceci rejoint les Retours d'Expérience en santé (REX), dispositifs visant l'apprentissage à partir des activités passées pour mieux maîtriser l'avenir et mettre en place une gestion des risques globale au sein des établissements de santé. L'existence d'un comité de retours d'expérience (Crex) dans une structure de soin est recommandée par la HAS et va dans le sens des certifications.

La constatation objective de faits de violence sur l'établissement a mené à la création d'un comité de pilotage sur la violence dans les services et il s'est ensuivi la proposition d'une formation venue du Québec et dispensée par l'EPSM Lille-Métropole, nommée OMEGA. Les soignants en ayant bénéficié étaient pour la plupart satisfaits, mais pour réellement pouvoir appliquer ce qui a été appris au quotidien, il faudrait étendre la formation à l'ensemble des soignants. Pour travailler ensemble il est plus simple de disposer des mêmes outils et références. En effet, le manque de coordination des actions des soignants favoriserait nettement le déclenchement de violence et d'agressivité de la part des patients.

Nous allons détailler ici les principes de cette formation pour mieux percevoir ce qu'elle peut apporter en terme de l'usage de la contention mécanique.

La formation OMEGA cible la gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité. Ses objectifs couvrent à la fois l'identification des risques, l'évaluation des situations de crise et l'apprentissage de modes d'intervention adaptés, incluant la notion de communication efficace avec les collègues de travail. Les techniques physiques de dégagement et d'immobilisation sont également au programme. Enfin est enseigné comment aborder l'évènement *a posteriori*, afin d'évacuer le stress mais aussi améliorer le processus de prévention globale. Le programme de formation OMEGA de base se déroule sur quatre jours. Il vise à développer chez les participants des habiletés et des modes d'intervention pour assurer leur sécurité et celle des autres en situation d'agressivité (Robitaille, 1999).

Les impacts constatés dans les structures ayant largement bénéficié de cette formation sont l'amélioration de la qualité de vie au travail, avec diminution de la violence,

renforcement de la cohésion des actions au sein des équipes, sentiment de sécurité chez les soignants, se traduisant par une réduction de l'épuisement professionnel et de l'absentéisme, ainsi que des accidents de travail (Elia, Bourgeois, & Ethuin, 2017 ; Boyer, Guay, & Goncalves, 2014). Il est possible d'aboutir à ces résultats lorsqu'une démarche globale est engagée par la structure, avec formation de l'ensemble du personnel et lancement d'une réflexion collective.

L'EPSM de Lille-Métropole a passé une convention avec l'Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur Affaires Sociales (ASSTSAS) du Québec, qui a dispensé la formation à une équipe pluridisciplinaire lilloise gérant désormais la généralisation d'OMEGA sur leur structure et la proposant au niveau national. Pour ce faire, la structure propose l'accueil des équipes hospitalières intéressées par le concept au sein de leurs locaux, afin de démontrer les effets de la formation sur les comportements, la qualité des soins et les organisations de travail qui doivent le plus souvent être repensées. Des équipes caennaises se sont d'ores et déjà rendues sur le site l'an dernier.

Cette formation s'inscrit dans une dynamique de prévention des risques et par là même répond aux besoins de santé publique actuels en terme de réduction du recours aux moyens de contrainte et d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les soignants en psychiatrie.

Un soutien par l'administration de cette dynamique engagée par certains secteurs de l'EPSM de Caen pourrait permettre un changement des habitudes de soin avec diminution des situations de violence et un moindre usage de la contention, améliorant les conditions de travail. Une étude québécoise conclut à un effet positif sur le bien-être au travail des soignants ayant bénéficié de la formation OMEGA (Boyer, Guay, & Goncalves, 2014).

D'autant plus que l'EPSM a fait l'objet d'un sursis à la certification prononcée par la HAS suite à la visite de 2013 pour la qualité de vie au travail. L'autre raison ayant généré une réserve de la HAS est la vétusté et l'inadéquation aux soins de plusieurs bâtiments.

Cette dernière remarque nous amène à la troisième proposition, adapter les locaux pour prévenir la violence, faciliter sa gestion et garantir au mieux le respect des droits des patients.

4.3.3 Des locaux dédiés aux soins intensifs

Une adaptation des locaux pourrait être envisagée avec la création d'une unité dédiée aux patients nécessitant des soins intensifs. Cela aurait pour effet de centraliser les risques de survenue de situations de crise et de violence dans des lieux prévus pour. Par là même on pourrait éviter de contraindre des patients hospitalisés en soins libres qui se retrouvent dans des services fermés, ce qui va à l'encontre des droits fondamentaux.

Le centre Esquirol, une structure caennaise attachée au CHU, a choisi ce mode de fonctionnement, avec une unité de soins intensifs psychiatriques (USIp) fermée, qui permet de contenir sans nécessairement enfermer dans une chambre d'isolement et limite le recours à la contention (Lebain & Dollfus, 2014). L'EPSM est beaucoup plus grand et regroupe plusieurs secteurs, mais cela ne semble pas irréalisable. Néanmoins seule une politique globale permettrait ce changement, car des désaccords trop importants entre les secteurs, et d'un pavillon à l'autre, ne seraient pas gérables.

Nous nous proposons ici d'étudier les concepts des unités de soins intensifs psychiatriques afin de voir en quoi cela peut améliorer l'organisation des soins.

L'apparition de ces unités en France dans les années 1990 est née de la tendance à l'ouverture des unités d'admission et à l'augmentation de la gestion ambulatoire des patients, qui va dans le sens d'une humanisation du soin psychiatrique mais ne convient pas à un certain profil de patients. Ces malades sont trop symptomatiques pour le secteur et insuffisamment symptomatiques pour l'Unité de Malades Difficiles (UMD), d'autant plus que ces dernières sont saturées et visent le soin au long cours de patients présentant une dangerosité particulière (Le Bihan, Esfandi, Pagès, Thébault, & Naudet, 2009).

Elles s'inspirent du modèle anglo-saxon, qui a vu à partir des années 1970 la création de petites unités d'une quinzaine de lits dont la mission est l'accueil sur une durée brève de patients particulièrement symptomatiques et souvent auteurs de perturbations sévères au sein de leur unité d'origine. Elles prennent le nom d'Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (Psychiatric Intensive Care Units en anglais ou PICU). À travers ce nom, elles font référence aux différentes unités de soins intensifs que l'on rencontre dans la médecine somatique et se veulent calibrées sur les mêmes critères, à savoir la prise en charge en urgence d'un état de crise associée à des soins et une surveillance

rapprochés ; ceci dans un environnement dédié et avec une durée de prise en charge brève.

La nécessité d'une structure intermédiaire pour gérer ces patients est recommandé dès 1987 : « *Dans chaque département au moins, une unité d'hospitalisation à temps complet doit être conçue pour recevoir, pour des séjours limités, des patients agités et perturbateurs dont la prise en charge est provisoirement contre-indiquée dans les unités d'hospitalisation des secteurs, mais qui ne relèvent pas pour autant d'un service pour malades difficiles* » (Guide méthodologique de planification en santé mentale, 1988).

Elles se veulent à visée intersectorielle, néanmoins leur petit nombre ne rend pas possible l'absorption réelle des patients concernés. En 2009, un travail de thèse réalisé par Laure Ragonnet de l'Université de Caen recense au total 9 USIP sur le territoire français, principalement dans le sud (DOM et TOM inclus) (Ragonnet, 2009).

Ainsi, l'USIp de Caen est une petite unité de 4 lits en chambres individuelles et 2 chambres d'isolement, ce qui ne peut évidemment pas répondre à l'ensemble des situations de crise, et beaucoup de patients ayant ce profil se retrouvent hospitalisés dans des unités classiques à l'EPSM.

La création d'une unité intersectorielle sur le site de l'EPSM permettrait d'offrir un espace de soin adapté supplémentaire. Pour voir le jour, ce type de projet nécessite l'engagement de volontés individuelles chez les soignants mais également une volonté commune des médecins des différents pôles, actée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en coordination avec la direction.

Finalement, les perspectives d'amélioration proposées par les soignants dans les questionnaires rejoignent celles des recommandations publiées depuis quelques années. Ouvrir un champ de réflexion est déjà une première étape, un fonctionnement institutionnel ne pouvant se transformer du jour au lendemain. Bien entendu la question des moyens matériels et humains alloués aux services de soin est très fréquemment pointée par les soignants, mais cela reste l'une des données sur laquelle nous avons peu de prises. Avant d'espérer des changements de cet ordre, nous pouvons déjà proposer d'agir en améliorant le dialogue entre soignants et le niveau de connaissances des équipes, en soutenant ces objectifs par la création d'un groupe de travail sur le sujet de la

contention, et plus généralement de la contrainte.

4.4 Conclusion

Cette étude révèle l'intérêt porté par les soignants en psychiatrie à la question de la contention physique dont la survenue est génératrice de fortes charges émotionnelles à connotation négative. Malgré tout, cette expérience difficile est perçue comme nécessaire, étant à la fois acte de soin et de sécurité. Nous avons pu faire ressortir des axes de réflexion pour améliorer les pratiques, notamment par l'identification de facteurs favorisant comme les effectifs insuffisants et le manque de formation, et la volonté exprimée par les soignants de temps d'échange autour des situations de mise sous contention.

5. Des pistes pour demain

Après avoir évoqué des pistes d'évolution des pratiques pour l'EPSM de Caen en nous basant sur l'étude et les textes actuels, nous allons regarder dans d'autres pays comment est utilisée la contention physique, puis nous pencher sur le cas d'un hôpital français l'ayant pour ainsi dire rayé de ses pratiques. Enfin nous déboucherons sur une réflexion éthique.

5.1 Exemples de pratiques à travers le Monde

La législation est variable d'un pays à l'autre mais plusieurs d'entre eux, comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne, les Etats-Unis, le Canada, la Belgique, les Pays-Bas ou encore la Russie, ont mis en place des textes de loi précis qui viennent poser un cadre à la pratique de la contention (Friard, 2004).

La contention mécanique a d'ailleurs été abolie en Islande (Snorrason, Grímsdóttir, & Sigurdsson, 2007). Páll Matthíasson, Président-directeur Général de l'Hôpital Universitaire Landspítali de Reykjavik, lors de son intervention « *Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise* » à Paris le 14 mars 2017 dans le cadre de la Journée d'étude européenne du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), a expliqué que cela a été rendu possible notamment grâce à la mise en place d'une unité de soins psychiatriques intensifs et au recours à des contentions environnementales, qui consistent à isoler les patients ou à les placer dans des salles de désescalade. Il précise que l'utilisation de la contention chimique par médication n'augmente pas quand les contentions mécaniques sont moins utilisées (Páll Matthíasson, 14 Mars 2017). Cette exception pourrait être favorisée par un rapport plus élevé de soignants par patient : un soignant pour un patient (Snorrason, Grímsdóttir, & Sigurdsson, 2007).

Un autre exemple atypique, celui du Rwanda, dont témoigne André Laubscher, directeur des soins infirmiers des Hôpitaux universitaires de Genève, dans son intervention « *Vers une psychiatrie sans contention* » lors du même congrès (Laubscher, 14 mars 2017). Dans le cadre d'un programme de collaboration entre la Suisse et le Rwanda, des soignants suisses à l'exemple du Dr Laubscher ont pu observer la naissance de la psychiatrie dans

ce pays. En effet, il n'y existe qu'un hôpital psychiatrique de 120 lits pour 6 millions d'habitants. Néanmoins, le choix a été fait de ne pas utiliser la contention physique malgré le climat de violence pouvant régner dans l'institution. Comment cela s'explique-t-il ? Finalement par un non-choix car c'est par manque de moyens qu'ils n'ont pas de quoi attacher les patients. Il existe deux cachots en cas d'agitation extrême, mais la plupart du temps l'utilisation de la parole, puisqu'il n'y a rien d'autre, résout la situation de crise. Il faut préciser qu'il y a trente soignants dans cette structure, soit un pour quatre patients, ce qui permet probablement ce fonctionnement malgré des infrastructures très basiques.

Ce psychiatre défend que les services utilisant la contention mènent à une moindre recherche de solutions alternatives par le personnel soignant puisqu'il existe ce moyen pour répondre à un comportement agressif. Ainsi le recours à l'attachement est plus rapide et le seuil de tolérance envers les troubles du comportement diminué.

Une étude a estimé la prévalence de la contention à 3,1% en Suisse, sachant qu'il existe de grandes disparités de résultats selon les méthodes utilisées pour l'évaluation (Martin, Bernhardsgrütter, Göbel, & Steinert, 2007).

Enfin, un dernier exemple d'organisation particulière d'un système de soin, basée sur un fonctionnement communautaire permettant de ne plus recourir à la contention. En effet, depuis bientôt 50 ans, la région de Trieste en Italie a choisi de redistribuer le pouvoir dans la prise en charge en évoluant vers un modèle bio-psycho-social. Giulio Mastrovito, psychiatre dans le service de santé mentale de Trieste, qui est aussi un centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, défend que la contention n'est ni une nécessité ni un acte thérapeutique mais un choix éthique et politique. Pour permettre ce changement, il a fallu réorganiser les soins en fermant des hôpitaux psychiatriques pour créer des centres de santé communautaires et s'assurer de l'engagement des professionnels, des proches et des associations de familles et d'utilisateurs pour aboutir à un travail commun et coordonné axé sur le rétablissement. Trieste compte désormais 4 centres de santé mentale communautaires (6 lits, 24h/24), 1 unité psychiatrique dans l'hôpital général (6 lits), soit au total 30 lits pour 22 000 habitants. La gestion des situations de crise repose sur une négociation active avec l'implication d'une équipe pluridisciplinaire. Pour les cas les plus difficiles, notamment les états d'agitation sous toxiques, des protocoles d'accord ont été passés avec les services d'urgence et de sécurité (Mastrovito, 14 Mars 2017).

Ces trois situations ne sont pas des modèles absolus, chaque établissement devant agir avec les réalités de ses moyens matériels, humains, des spécificités cliniques, culturelles et de bien d'autres paramètres. Mais regarder chez les voisins apporte parfois un nouveau filtre sur les possibilités de gestion des situations violentes en psychiatrie, premier pas vers un changement des habitudes.

5.2 Lille, vers un service psychiatrique sans contention

L'EPSM de Lille-Métropole, que nous avons déjà évoqué autour de la formation OMEGA, a défini la restriction d'utilisation de la contention comme axe prioritaire. Nous allons voir quelles propositions fait le projet d'établissement pour tendre vers l'objectif zéro contention.

5.2.1 Un projet partagé

Le projet n'est pas uniquement médical, il implique aussi les autres acteurs de la structure. Ainsi, la base de ce changement souhaité est un plan de formation déployé pour l'ensemble des professionnels de l'établissement (professionnels du soin, administratifs, agents des services techniques, direction...) pour modifier les pratiques à tous les niveaux et avec une cohérence globale. La formation OMEGA en particulier a pour vocation d'être dispensée à tous afin de renforcer la prévention de la violence et mener à des améliorations évaluées grâce à 3 indicateurs principaux :

- la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance
- la diminution du nombre de contention et de mise en chambre de soins intensifs (CSI)
- la diminution du nombre d'accidents de travail (AT)

La dynamique de ce projet collectif (médical, de soins et social) s'inscrit dans un double accompagnement, celui des patients et celui des professionnels.

Est promu le respect du patient et de ses droits fondamentaux, avec traçabilité du recours à l'isolement et la contention et incitation au débriefing des situations de violence. Il s'agit de faire de la restriction de liberté une exception. Les équipes soignante, médicale et éducative participent de concert à cette orientation.

Du côté des professionnels, on retrouve la promotion de valeurs et connaissances communes, la volonté d'assurer une sécurité satisfaisante et d'améliorer les conditions de travail pour éviter l'épuisement professionnel, entre autre par la mobilité dans les parcours. Le travail global sur les risques psychosociaux traduit une volonté de ne plus accepter les situations de souffrance au travail. Concernant les premiers résultats de ces démarches, une tendance à la diminution du nombre de déclarations d'accidents du travail liés à une situations de violence a été constatée entre 2004 (127 AT) et 2015 (72 AT).

Le management de la prévention des risques trouve ici son sens dans le concept de l'organisation apprenante : *« organisation qui apprend de son expérience et tire bénéfice des compétences qu'elle acquiert. Les organisations apprenantes sont celles dont les membres peuvent sans cesse développer leurs capacités à atteindre les résultats qu'ils recherchent, où les gens apprennent en permanence comment apprendre ensemble »* (Senge,1990).

5.2.2 Une organisation des soins repensée

L'EPSM Lille-Métropole couvre un bassin de population de 649 880 habitants grâce à 9 secteurs de psychiatrie adulte et 1 secteur de psychiatrie pour enfants et adolescents.

Comme à Trieste, l'action est basée sur le rétablissement et le soin pensé en terme communautaire.

Ceci se traduit par un certain nombre de changements, dont l'implication des patients dans le dispositif : intégrer des travailleurs pairs parmi les professionnels, établir des partenariats avec les associations d'usagers, favoriser une démarche de co-construction du pôle de santé, répartir les moyens sur l'ambulatoire et améliorer la qualité du service rendu (parole donnée aux usagers, forums, formalisation du système de plainte, élection de porte-paroles).

Mais avant tout, cela implique des alternatives à l'hospitalisation, des dispositifs de consultation et des ressources communautaires.

En effet, depuis plusieurs années, la mutation du système psychiatrique de la région veut que l'hospitalisation temps plein devienne une alternative aux dispositifs de soins ambulatoires (60% des moyens humains affectés sur l'ambulatoire en 2017), ce qui constitue un réel changement de paradigme.

L'établissement s'est effectivement engagé depuis de nombreuses années à diversifier l'offre. Chaque secteur est pourvu de nombreuses structures alternatives permettant d'apporter une réponse individualisée aux patients. Afin de favoriser l'accès aux soins, l'ensemble des secteurs ont procédé à l'augmentation des amplitudes horaires des CMP, à la mise en place d'équipes mobiles de soins intensifs, à la diminution des délais de prise en charge des premières demandes, au transfert de ligne vers une structure de soins ouverte 24h/24. C'est dans la même optique que l'ensemble des secteurs ont mis en place, au niveau des CMP ou du dispositif d'accueil et de crise à Tourcoing, l'accueil infirmier avec ou sans rendez-vous, avec la possibilité de consultations médicales non programmées.

Les dispositifs d'accompagnement comportent aussi un accompagnement des usagers avec un haut niveau de handicap et un soutien au maintien dans un logement. Toutes ces activités sont appuyées par les conseils locaux de santé mentale.

Pour un meilleur aperçu, voici la liste des structures ambulatoires :

- 14 Centres Médico-Psychologiques + 13 antennes de consultations
- 20 dispositifs Equipes mobiles
- 4 Centres de consultations spécialisées
- Près de 150 places en Filière Hébergement (associatif, communautaire)
- 8 lits de Centre Intersectoriel d'Accueil et de Crise (CIAC)
- 47 lits d'Appartements Thérapeutiques
- 10 lits en Centre de Post cure psychiatrique
- 15 places d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)
- 166 places réparties en 10 Hôpitaux de Jour (HDJ)
- 13 Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- 2 Ateliers Thérapeutiques

Le secteur d'hospitalisation à temps plein comprend quant à lui 191 lits répartis dans plusieurs établissements sur Armentières, Tourcoing, Seclin et Lille. La tendance est à la diminution du nombre de lits, ainsi la clinique plurisectorielle de 60 lits en 2011 a vu sa capacité réduite à 10 lits en 2017. En 2016, seules 3 mises sous contention ont été recensées dans cette structure hospitalière à temps complet, où 7 lits sur 10 sont occupés en moyenne (221 hospitalisations en 2016 soit 347/100 000, 108 entrées sans consentement, durée moyenne de séjour de 7,5 jours).

Enfin, de nombreuses conventions sont réalisées avec les centres hospitaliers alentours, notamment les services d'urgences, pour favoriser un travail en réseau de meilleure qualité. De même, un travail de partenariat est engagé avec les services de Police à proximité des sites d'hospitalisation temps plein pour garantir la sécurité, en association avec les mesures internes à la structure comme le groupe d'intervention d'urgence intervenant sur déclenchement du système de protection du travailleur isolé (PTI) constitué de soignants paramédicaux et d'agents de sécurité et la mise en place d'un dispositif d'alerte et de protection du travailleur isolé (DAPTI) pour les professionnels exerçant sur l'ambulatoire et au domicile des patients.

5.2.3 Des groupes de réflexion

La démarche institutionnelle s'inscrit donc dans une politique globale d'amélioration de la sécurité, la qualité, la continuité des soins et de la qualité de vie au travail. Pour cela l'établissement a mis en place plusieurs groupes visant à soutenir cette réflexion globale et à proposer des actions :

- un groupe d'analyse des accidents de travail en lien avec de la violence pour mettre en place des actions correctrices
- une commission santé au travail (médecin du travail, DRH, direction des soins) pour les situations nécessitant un accompagnement au retour à l'emploi après un accident du travail
- un observatoire de la violence, groupe pluridisciplinaire de 18 membres, gérant la coordination des actions visant à limiter le nombre d'évènements violents

Des réflexions sont également menées sur les locaux, notamment les espaces et les chambres de soins intensifs, afin d'aller dans le sens des recommandations de bonne pratique.

D'autres sont plus spécifiques à la contention, avec une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative au respect de la prescription et une réflexion sur les situations cliniques complexes au sein d'un groupe pluriprofessionnel.

Le projet lillois est donc sous-tendu par une implication des professionnels à tous les niveaux et une volonté de changement pour s'aligner sur les recommandations récentes. La structure participe d'ailleurs au projet européen Leonardo Da Vinci, qui contribue à

l'élaboration de normes européennes relatives au respect d'aller et venir et fait figure de siège du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale.

5.3 Dimension éthique

Les professionnels de la santé sont de plus en plus confrontés à des situations cliniques complexes où des incertitudes et des conflits de valeurs provoquent des dilemmes éthiques qui compliquent leur prise de décision (Fortin, 1996, cité dans Lauzon & Adam, 1996).

Le conflit se situe entre le droit du patient à l'autodétermination et leur obligation professionnelle d'agir dans le meilleur intérêt de l'usager (Janelli, 1995 ; Quinn, 1996) selon ce qu'ils pensent être le mieux pour lui. Les pratiques médicales sont fortement ancrées dans le principe de bienfaisance envers autrui, mais ce dernier ne doit pas être invoqué sans tenir compte des conséquences ou des implications morales qu'il engendre (Dawkins, 1998 ; Chien, 2000) notamment lors de la contention et de l'isolement.

Considérer ces conflits et permettre leur expression est indispensable pour maintenir le bon fonctionnement du personnel soignant d'une équipe car le renoncement aux valeurs qui guident l'investissement dans une activité professionnelle a un coût psychique très lourd (L'huillier, 2006).

D'un point de vue philosophique, l'éthique est une « *science ayant pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du bien et du mal* » (Lalande, 1999). L'éthique médicale désigne l'ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients selon le dictionnaire Larousse. Plus précisément, notre pratique comporte des règles déontologiques, édictées dès le Ve siècle av. J.-C. (Serment d'Hippocrate), qui en appellent aux notions de compétence, de générosité, de dévouement, de désintéressement et de secret médical mais aussi des règles morales protégeant le malade des dérives possibles de la science et des règles scientifiques. Enfin, elles imposent au corps médical de vérifier que toute attitude médicale, surtout thérapeutique, repose sur des notions dont la rigueur scientifique est réelle. Ainsi, l'éthique permet de questionner notre fonctionnement et nos actes quant à leur bien fondé et remet le malade au centre de nos préoccupations soignantes, ce qui est nécessaire dans le

contexte de la psychiatrie actuelle où les préoccupations d'ordre financières, judiciaires et administratives sont très prégnantes.

Sur le plan clinique, pour les soignants, le questionnement éthique c'est d'abord le doute, ou comment agir de la meilleure façon dans l'intérêt du patient. Cela implique plusieurs alternatives dans les soins à apporter : « *l'éthique comme la morale n'ont de raison d'être que parce que l'homme est amené à opérer des choix entre plusieurs manières d'agir, qui ne lui paraissent pas, la plupart du temps, être indifférentes ni équivalentes, de sorte qu'il lui faut les déterminer selon les critères du bien et du mal* » (Wunenburger, 1993).

Dans le domaine de la psychiatrie, le questionnement éthique s'impose d'autant plus que nous sommes confrontés à la privation de liberté du patient lors d'une mesure de contention. Cette pratique engage notre responsabilité morale, la liberté du malade étant un bien fondamental. Afin de maintenir une fonction soignante, ce qui pousse à prendre la décision de recourir à la contention doit absolument être pensé en terme du bien du patient et ne pas se cacher derrière des protocoles. Il y a là, place à une démarche éthique, pour réintroduire de la parole dans cette action de dernier recours.

Dans ce processus, il faut distinguer une réflexion globale sur les thèmes de la contrainte et de la violence, dans l'idée d'élaborer une conception du soin partagée au sein de l'équipe soignante, du questionnement éthique autour d'une situation clinique particulière, les deux étant indispensables et complémentaires (Touzet, 2004). C'est une démarche qui peut avoir lieu avant la mise sous contention si elle n'est pas réalisée en urgence, mais aussi et surtout *a posteriori* pour éclaircir les enjeux de cette décision et y mettre du sens, pour les soignants comme pour le patient.

Ici le comité d'éthique prend toute sa valeur, permettant la présence d'une personne extérieure à l'équipe lors de ces débriefings, afin d'avoir un regard dégagé des conflits éventuels. L'existence d'un comité d'éthique dans les établissements de santé mentale est recommandé au Québec « *pour traiter de l'application des règles de conduite, de leur pertinence et éventuellement de leur révision* » (Association des hôpitaux du Québec, 2004).

Finalement, l'éthique nous aide à repérer ce qu'il en est de notre désir de passage à l'acte vis-à-vis du patient, et lorsque l'on pense au bien fondé de ce que l'on va décider pour l'autre, on le considère déjà comme un sujet souffrant et non plus seulement comme celui dont le comportement ou la violence peut induire des contre-attitudes inavouables.

Mais la réflexion éthique des soignants autour de la contention dépend aussi grandement du contexte. Aujourd'hui, la psychiatrie est effectivement d'abord tributaire de ses conditions politiques. C'est au gouvernement d'organiser la psychiatrie publique et privée, en programmant la formation des personnels et en distribuant les moyens de nos actions. C'est donc à l'intérieur de ce cadre que se déploie notre réflexion éthique.

La logique sécuritaire s'étant imposée dans les hôpitaux depuis plusieurs années du fait de choix politiques, il est indispensable d'effectuer une distinction claire entre la recherche de la sécurité d'une part et la logique sécuritaire d'autre part. La recherche de la sécurité est tout à fait légitime et souhaitable. Elle consiste en la mise en œuvre de dispositions visant à limiter des risques. La logique sécuritaire consiste, quant à elle, à éradiquer toute forme de risque, ce qui est bien différent. C'est une interrogation que doit avoir le soignant lorsqu'il est confronté à une situation de violence et à son règlement possible par la contention physique. Question d'autant plus difficile que la frontière entre protection et sécurité du patient d'un côté, et conséquences néfastes des moyens de contrainte de l'autre, est parfois mince (Dibartolo, 1998).

6. Conclusion

A toutes les époques, le recours à la contention physique visait principalement à prévenir les conséquences d'un état pathologique. On utilisait ces moyens de contrainte contre des malades qui étaient dans un état de fureur, de violence ou de dangerosité pouvant avoir des conséquences pour eux-mêmes ou pour les autres.

La notion de soin a ainsi mis plusieurs siècles à apparaître, jusqu'à faire l'objet de multiples recommandations et d'un texte de loi aujourd'hui. Désormais, son utilisation doit faire office de dernier recours, sur prescription médicale, avec suivi rapproché et tracé dans le dossier du patient. « *En aucun cas une équipe soignante ne peut appliquer cette mesure pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels* » (HAS, février 2017).

En effet, au XXème siècle, ni la découverte des neuroleptiques, ni l'utilisation des psychothérapies, ni la place du secteur psychiatrique n'ont finalement permis d'abolir la contention et l'isolement, à tel point qu'il apparaît aujourd'hui impossible de se passer de ces techniques dans les situations de violence.

Qu'est-ce que la contention révèle de la psychiatrie actuelle ?

Jean-Claude Pénochet, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux, tranche : « *La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée* ».

Le tournant sécuritaire des années 2000 reste effectivement marqué dans les pratiques hospitalières, avec un retour constaté des mesures de contrainte. Ceci n'a pas échappé aux instances de défense des droits fondamentaux, la contention constituant nécessairement une atteinte à la liberté d'aller et venir. La France se retrouve donc objet de plusieurs observations au niveau national et européen l'enjoignant à améliorer les conditions d'accueil, la traçabilité des soins et la formation du personnel afin de garantir le respect de la dignité et de la liberté des patients. Restreindre le recours à ces pratiques étant l'ultime objectif, loin d'être utopique puisque certains établissements y sont parvenus. Pour Adeline Hazan, contrôleur générale des lieux de privation de liberté, « *si on ne limite pas la contrainte et l'enfermement aux rôles transitoires qui doivent être les leurs, on ne sortira pas de la crise de la psychiatrie, et on risque de consacrer des moyens à des objectifs non pertinents* » (Hazan, 2018).

La contention vue donc comme révélateur du mal-être de la psychiatrie française, dont les professionnels comme les usagers font les frais. Concernant le vécu des patients ayant expérimenté la contention, il est douloureux et potentiellement traumatique si ce n'est pas abordé avec lui ensuite. Du côté soignant, peu d'études existent, celle réalisée à l'EPSM de Caen révèle une forte charge émotionnelle, un vif intérêt pour la question et met en exergue le manque de discussion autour de cet acte loin d'être anodin.

Il existe pourtant des situations où ni les traitements psychotropes, ni la parole soignante, ne peuvent contenir toute la souffrance et la violence. Après épuisement de toutes les alternatives, la décision d'attacher doit rester un acte thérapeutique, fruit d'une réflexion éthique. S'interroger sur le bien fondé de ce qu'on fait en tant que soignant est indispensable pour ne pas retomber dans la logique asilaire, qui avait fini par se pervertir elle-même bien qu'initialement pensée en terme d'amélioration de la condition des « fous ».

Les constats de ce travail ne sont pas une mise en cause des professionnels de santé, dont l'implication est confortée par les ressentis négatifs générés lors des mises sous contention, mais ont pour vocation de libérer la parole autour du sujet de la contention, première étape pour un changement de paradigme dans les pratiques d'un établissement de santé mentale.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (1998, juin). Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Repéré à : <https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2004, novembre). Conférence de consensus: Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Paris(ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille);24 et 25 novembre 2004. Texte des recommandations (version longue). Commandité par la Fédération Hospitalière de France. Repéré à : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf
- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (2014). Rapport 2014. Repéré à : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/.../rapport_2014_psychiatrie.xlsx
- Agrimi, J., & Grisani, C. (1995). Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale. Histoire de la pensée médicale en Occident. Dans Grmek, M. D. *Antiquité et Moyen Age* (tome 1). Seuil.
- Association des hôpitaux du Québec. (2004). *Cadre de référence. Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement* (édition révisée).
- Assemblée Parlementaire. (1994, avril). *Recommandation 1235 du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme*. (texte adopté par l'Assemblée le 12 avril 1994). Repéré à : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>
- Bachelot-Narquin, R., Ministère de la Santé et des Sports. (2009, janvier). *Plan 2009 d'amélioration de la sécurité des établissements de santé autorisés en psychiatrie*. (circulaire DHOS/O2/F2 n°2009-23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie). Repéré à : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-02/ste_20090002_0100_0095.pdf
- Baruk, H. (1977, février). *Pinel et son temps-Pinel et notre temps*. Communication présentée à la séance du 28 février 1977 de la Société française de l'Histoire de la

Médecine.

- Bellamy, V., Roelandt, J. L., Caria, A., & Kergall, A. (2005). *L'enquête santé mentale en population générale (SMPG) : une enquête « pas comme les autres »*. Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS). 1999-2003. Communication présentée au Colloque francophone sur les sondages 2005. Repéré à:file:///C:/Users/Portable/Downloads/LENQUETE_SANTE_MENTALE_EN_POPULATION_GENERALE_SMP.pdf
- Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012, janvier). Deaths due to physical restraint. *Dtsch Ärztebl Int.*, 109(3), 27-32.
- Bizien, A. (2016). Proposition pour l'amélioration de l'isolement thérapeutique à partir d'une analyse de pratique au CHRU de Tours et au CH d'Amboise-Château-Renault (thèse de doctorat en médecine, Tours).
- Borgès Da Silva, G. (2003). La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de littérature et perspectives. *Santé Publique*, 15(2), 213-222.
- Boyer, R., Guay, S., & Goncalves, J. (2014). Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients. Résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. *Collection Recherche et évaluation*. Montréal, Québec : Institut universitaire en santé mentale.
- Brient, P. (2007). Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités en psychiatrie générale : bilan d'une expérience. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (4), éd. ERES.
- Buzyn, A. (2018, janvier). Intervention du 26 janvier 2018 présentée au 16e Congrès de l'Encéphale, Paris. Repéré à : <https://www.santementale.fr/actualites/agnes-buzyn-s-engage-a-preserver-le-budget-de-la-psychiatrie.html>
- Buzyn, A. (2018, juin). *Feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie*. Communication présentée au 1er Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Paris. Repéré à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>
- Calabro, K., Mackey, T. A., & Williams, S. (2002). Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Mental Health Nursing*, 23(1), 3-15.
- Carré, R. (2014). Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients (thèse de doctorat en médecine, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
- Celsus, A. C. (1961). *De medicina*. (3 vol.; traduit par W. G. Spencer). Loeb Classical

Library.

- Centre hospitalier de Montfavet. (2000). *Montdevergues, les mémoires d'un hôpital*. Ed. Oeuvres sociales locales.
- Chanoît, O. (1977). Le contre-transfert institutionnel. *Psychol Med.*, 3(3), 521-525.
- Chenot, P., Ministère de la Santé Publique et de la Population. (1960, mars). *Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens* (non parue au Journal Officiel). Repéré à : http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960.pdf
- Chenot, P., Ministère de la Santé Publique et de la Population. (1960, mars). *Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales* (non parue au Journal Officiel). Repéré à : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540
- Chien, W. T. (2000). Use of physical restraint on hospitalized psychogeriatric patients. *Journal of Psychology nursing*, 28(2), 13-22.
- Cintas, C. (2009). *Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. Repéré à : <http://journals.openedition.org/pistes/2283> ; Doi : 10.4000/pistes.2283
- Circulaire du 28 février 1951 relative au fonctionnement des services libres des hôpitaux psychiatriques. (1951, février). Repéré à : http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_28fevrier1951.pdf
- Code de la santé publique-art. L.3211-3, modifié par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013-art. 1.
- Code de la santé publique-art. R.4311-5. Codifié par le Décret 2004-802 du 29 juillet 2004. *Chap I : Règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, section 1 : Actes professionnels.*
- Code de la santé publique-art. R.4311-7. Codifié par le Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 modifié par le Décret 2005-840 du 20 juillet 2005. *Chap I : Règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, section 1 : Actes professionnels.*
- Code de la santé publique-art. L.3222-5-1. Créé par loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-art. 72.
- Coldefy, M., Fernandes, S., & Lapalus, D. (2017, février). Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Question d'économie de la santé*, (222).
- Colombier, J., & Doublet, F. Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de

travailler à leur guérison dans les asyles qui leurs sont destinés. (1785). *Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie*, 529-583. Dans Pigeaud, J. (2001). *Aux portes de la psychiatrie, Pinel, l'Ancien et le Moderne*. Paris : Aubier.

Comité contre la torture des Nations Unies. (2016, 10 juin). *Observations finales concernant le septième rapport périodique de la France, 10 juin 2016* (Rapport n° CAT/C/FRA/7). Repéré à : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fFRA%2fCO%2f7&Lang=fr

Comité des ministres. (2004, 22 septembre). *Recommandation du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*. (recommandation n° Rec(2004)10). Commandité par le Conseil de l'Europe. Repéré à : [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20F.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20F.pdf)

Conseil de l'Europe. (1994, 12 avril). *Recommandation 1235*. Repéré à : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>

Conseil de l'Europe. (2012, 19 avril). *Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumain ou dégradants (CPT) du 28 novembre 2010 au 10 décembre 2010* (rapport n° CPT/Inf (2012) 13, paragraphes 172 et 174). Repéré à : [/file:///C:/Users/Portable/Downloads/1957.pdf](file:///C:/Users/Portable/Downloads/1957.pdf)

Conseil de l'Europe. (2017, 7 avril). *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 27 novembre 2015* (rapport n° CPT/Inf (2017) 7). Repéré à : <https://rm.coe.int/1680707074>

Conseil de l'Europe. (2017, 21 mars). *Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT)* (rapport n° CPT/Inf(2017)6). Repéré à : <https://rm.coe.int/16807001c4>

Contention (s. d.). Dans Dictionnaire de français Larousse en ligne. Repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580?q=contention#18478>.

Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL). (2014). *Rapport d'activité 2013*. Paris : Dalloz. Repéré à : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/04/CGLPL_rapport-2013_version-WEB.pdf

Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2015). *Rapport d'activité 2014*. Paris :

- Dalloz. Repéré à : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Paris : Dalloz. Repéré à : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2016, 16 mars). *Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)* (rapport n° NOR : CPLX1605078X). Journal Officiel de la République Française:(64). Repéré à : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/joe_20160316_0064_0102.pdf
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2018). *Rapport d'activité 2017*. Paris : Dalloz. Repéré à : <http://www.cglpl.fr/2018/rapport-dactivite-2017/>
- Corrigan, P., Holmes, E. P., Luchins, D., Basit, A., Delaney, E., Gleason, W., & McCracken, S. (1995). The effects of interactive staff training on staff programming and patient aggression in a psychiatric inpatient ward. *Behavioral Interventions*,10(1), 17-32.
- Dawkins, V. H. (1998, octobre). Restreints and the elderly with mental illness: ethical issues and moral reasoning. *Journal of Psychological Nursing*, 36(10), 22-27.
- Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Article 7. Repéré à : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>.
- Décret du 27 mars 1790 : *Lettres-patentes du Roi, sur un décret de l'Assemblée nationale, concernant les personnes détenues en vertu d'ordres particuliers*. Données à Paris, le 26 mars 1790.
- Dejours, C. (2000). *Travail et usure mentale* (2e éd.). Paris : Bayard.
- Dejours, C. (2005). *Travaux préparatoires du Plan violence et santé*. Commission Violence, travail, emploi, santé, Conseil économique et social.
- Department of Health. (2002). *Mental Health Policy Implementation Guide: national minimum standards for general adult services*. In: Psychiatric Intensive Care Units (PICU) and Low Secure Environments. London.
- Descartes, R. (1649). *Traité des passions de l'âme*. Paris.
- Devandas-Aguilar, C. (2017, 13 octobre). *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*. Paris. Commandité par le Haut Commissariat des Nations

- Unies aux Droits de l'Homme (HCDH). Repéré à : <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>
- Devers, G. (2012, janvier). Les droits des patients en psychiatrie. *Objectif soins*, (202), 14.
- Dibartolo, V. (1998, décembre). 9 steps to effective restraint use. *RN*, 61(12), 23-24.
- Drabkin, I. E. (1950). (éd. et trad.). *Caelius Aurelianus : On Acute Diseases and on Chronic Diseases*. Chicago U.P.
- Dudouit, P., Bardet-Bloch, A., & Rey-Bellet, P. (2011, septembre). Diminuer le recours à la chambre d'isolement. *Santé Mentale*, (160), 15-19.
- Dujardin, V. (2016, 28 janvier). *Isolement et contention : une note juridique*. EPSM Lille Métropole. Repéré à : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11780.pdf>
- E. Gbezo, B. (2005). *Les soignants face à la violence*. Paris : Lamarre.
- Elia, E., Bourgeois, E., & Ethuin, C. (2017, 29 mars). *Présentation du bilan des actions menées par l'EPSM Lille-Métropole et des projets d'évaluation des pratiques professionnelles*. Communication présentée à la Journée du 29 Mars 2017 : "Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors de l'hospitalisation en service de psychiatrie", Lille.
- Esquirol, J. E. (1819). *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*. Paris : impr. de Mme Huzard. Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur en septembre 1818.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, (41), 274-282.
- Ey, H. (1975). La psychose et les psychotiques. *L'évolution psychiatrique*, XL(1), 100.
- Favereau, E. (2015, 8 septembre). Contention : la dérive sécuritaire. *Libération* (en ligne). Repéré à : https://www.liberation.fr/france/2015/09/08/contention-la-derive-securitaire_1378418
- Fisher, W. A. (1994). Seclusion and restraint: a review of literature. *American Journal of Psychiatry*, (151), 1.
- Fortin, J. (1996). Considérations éthiques liées aux soins des personnes âgées. Dans S. Lauzon et E. Adam, *La personne âgée et ses besoins* (ERPI , p. 761-780). Saint-Laurent.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux*. Paris : Seuil.
- Friard, D. (2004, mars). Attacher n'est pas contenir. *Santé mentale*, (86), 16-28.
- Friard, D. (2015, juin). Brève histoire de l'enfermement. *Santé Mentale*, (199), 40-41.

- Gerolamo, A. M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nurse-sensitive adverse outcome in acute psychiatry treatment settings. *Archive of Psychiatric Nursing*, (20), 175-185.
- Gibet-Lafaye, C. (2014, janvier). Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique ? *Enjeux éthiques*, (hal-00974387), 6.
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Nurse's decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198-1210.
- Guedj, M. J., Raynaud, P., Braitman, A., & Vanderschooten, D. (2004, février). The practice of restraint in a psychiatric emergency unit. *L'Encéphale*, 30(1), 32-39.
- Guide méthodologique de planification en santé mentale, mis à jour au 15 décembre 1987. (1988). Paris : Journaux Officiels (Fascicule Spécial : vol. 88-6 bis).
- Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*, (39), 237-243.
- Haute Autorité de Santé. (2016, septembre). *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations dans les services de psychiatrie*.
- Haute Autorité de Santé. (2017, février). *Synthèse de la recommandation de bonne pratique, la contention mécanique en psychiatrie générale*.
- Hazan, A. (2016, septembre). L'isolement entre soin et sanction. *Santé Mentale*, (210), 30-5.
- Hazan, A. (2018, 17 septembre). Psychiatrie : « il est possible de soigner mieux en enfermant moins ». *Le Monde* (en ligne). Repéré à : https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/09/17/psychiatrie-il-est-possible-de-soigner-mieux-en-enfermant-moins_5356032_3232.html
- Hippocrate de Cos. *Serment d'Hippocrate*. Repéré à : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
- Hogh, A., & Viitasara, E. (2005). A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(3), 291-313. doi: 10.1080/13594320500162059
- Holmes, D., Murray, S. J., & Knack, N. (2015). Experiences seclusion in a forensic psychiatric settings: a phenomenological study. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 210-213.
- Holmes, D., Rioux, D., Jacob, J. D., & Corneau, P. (2016, septembre). Contention

- physique : l'expérience des patients. *Santé Mentale*, (210), 64-71.
- Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010, 6 avril). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health services research*, 10(89).
- ILO. (2003). *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*. Geneva: International Labor Organization.
- Jandeaux, J. M. (2012). La révolution face aux « victimes du pouvoir arbitraire » : l'abolition des lettres de cachet et ses conséquences. *Les Annales historiques de la Révolution française*, (2), 33-60.
- Janelli, L. M. (1995, avril). Physical restraint in acute care settings. *J Nurs Care Qual*, 9(3), 86-92.
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: a study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, (19), 191-206.
- Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J. B. (2004). Brief reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820.
- Karasek, R.A., & Töres Theorell. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Knutsen, M., Mjosund, N., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Opjordsmoen, S., Sandvik, L., & Friis, S. (2011, mai). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatric Services*, (62), 492-497.
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
- Lalande, A. (1999). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (tome I). Paris : PUF,Quadrige.
- Lantéri-Laura, G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris : Éditions du temps.
- Laubscher, A. (2017, 14 mars). *Vers une psychiatrie sans contention*. Communication présentée à la Journée d'étude européenne du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), Paris.
- Lebain, P., & Dollfus, S. (2014). Unité de soins intensifs en psychiatrie. *Santé Mentale*,

(187), 54-59.

Le Bihan, P., Esfandi, D., Pagès, C., Thébault, S., & Naudet, J.B. (2009, septembre). Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales. *Médecine Droit*, (98-99), 138-45.

Le Bihan, P., Pagès C., Naudet, J. B., Esfandi, D., Roure L., & Weiss P. (2009). Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins. *Ann Med Psychol*. Paris. Doi:10.1016/j.amp.2009.01.009.

Leka, S., & Jain, A., World Health Organization. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview.

Lhuillier D. (2006). *Clinique du travail*. Édition Erès. Doi : 10.3917/nrp.001.0179

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel du 27 janvier 2016.

Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>

Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Loi sur les aliénés n° 7443. (30 juin 1838).

Malye, F., & Vincent, J. (2016, 25 août). Psychiatrie : les dérives de l'isolement thérapeutique. *Le Point*, (2294), 136-137.

Mann-Poll, P. S., Smit, A., De Vries, W. J., Boumans, C. E., & Hutschemaekers, G. J. (2011, mai). Factors contributing to mental health professionals' decision to use seclusion. *Psychiatric Services*, (62), 498-503.

Marandon de Montyel, E. (1896). La nouvelle hospitalisation des aliénés par la méthode de liberté et son application à Ville-Evrard. *Ann. Méd. Psychol.*, (54).

Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Göbel, R., & Steinert, T. (2007, avril). The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. *Psychiatr Prax.*, (34), Suppl 2, 212-217.

Mastrovito, G. (2017, 14 mars). *La réalité utopique de Trieste*. Communication présentée à la Journée d'étude européenne du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), Paris. Repéré à : http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/TR2_FR_Trieste_workshop_coercion_paris_140317_def.pdf

Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003, juin). Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*, 48(5), 330-337.

- Morasz, L. (2002). Comprendre la violence en psychiatrie. Paris : Dunod.
- Moylan, L. B. (2009). Construction of an instrument to evaluate nurses' decision making in relation to the use of restraint in acute care psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, (30), 712-717.
- Moylan, L. B. (2009). Physical restraint in acute care psychiatry. A humanistic and realistic nursing approach. *Journal of Psychology Nurs*, 47(3), 41-47.
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017, 29 mars). Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. Repéré à : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41997.pdf
- Najman, T. (2016). La liberté, une dimension du soin. *Pratiques en santé mentale*, (3), 11-15.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W. . . . Tsuchiya A. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as intervention for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, (3), 8-18. Doi : 10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x
- Observatoire National des violences en milieu de santé. (2015). *Rapport annuel 2015 sur les données 2014*. Repéré à : <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- Observatoire National des Violence en milieux de Santé. (2018). *Rapport annuel 2018 sur les données 2017*. Repéré à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (en ligne) Thèmes de santé : Violence. Repéré à : <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
- Organisation des Nations Unies. (1991, 17 décembre). *Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale* (Résolution n° 46/119 de l'Organisation des Nations Unies (A/RES/46/119)). Repéré à : http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/119
- Palazzolo, J. (2002, octobre). De l'utilisation des contentions en psychiatrie : le point de vue des patients. *L'Encéphale*, 28(5), 454-460.
- Palazzolo, J., Lachaux, B., Chabannes, J. P. (2000). *Isolement, contention et contrainte en psychiatrie*. Rapport du CPNLF. Paris : Média Flash.

- Palazzolo, J. (2002). *Chambre d'isolement et contention en psychiatrie*. Paris : Masson.
- Palazzolo, J. (2004, mars). Contention : état des lieux. *Santé Mentale*, (86), 30-35.
- Páll Matthíasson. (2017, 14 mars). *Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise*. Communication présentée à la Journée d'étude européenne du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), Paris.
- Panfili, J. M. (2013, février). Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles? *Objectif soins et management*, (213), 18-22.
- Paterson, B., & Duxbury, J. (2017). Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*, 14(4), 535-545.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. (2nde éd.) 1809. Dans *Les Empêcheurs de penser en rond* (2005), Paris : Le Seuil.
- Pinel, P. (1794). *Mémoire sur la manie pour servir à l'histoire naturelle de l'homme*. Dans *L'aliénation mentale ou la manie* (2006), Paris : L'Harmattan.
- Prieur, C. (2008, 12 mars). Le président de la république engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire. *Le Monde* (en ligne). Repéré à : http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire_1126307_3224.html.
- Prinsen, E. J., & Van Delden, J. J. (2009). Can we justify eliminatin coercitive measures in psychiatry ? *J Med Ethics*, 35(1), 69-73.
- Quétel, C. (2009). *Histoire de la Folie*. Paris : Tallandier.
- Quétel, C. (1978). Lettres de cachet et correctionnaires dans la généralité de Caen au XVIIIe siècle. *Annales de Normandie*, 28(28-2), 149.
- Quinn, C. A. (1996). The advanced practice nurse and changing perspectives on physical restraint. *Clinical Nurse Specialist*, 10(5), 220-225.
- Rachlin, S. (1973). On the need of a closed ward in an open hospital: the psychiatric intensive care unit. *Hosp Community Psychiatry*, (24), 829–833.
- Ragonnet L. (2009). *Etat des lieux des Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France* (Thèse de doctorat de médecine, Université de Caen).
- Rakhmatullina, M., Taub, A., & Jacob, T. (2013, décembre). Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature. *Psychiatr Q*, 84(4), 499-512.
- Rey, A. (1998). *Contenir*. Dictionnaire historique de la langue française (tome 1). Paris : Le Robert.
- Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016, mars). An integrative review exploring

- decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23(2), 116-28.
- Robiliard, D., Assemblée nationale, Commission des affaires sociales. (2013, 18 décembre). *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. (Rapport n° 1662). Paris. Repéré à : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
- Robitaille, M. J. (1999). Oméga: apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif prévention*, 22(4), 8-9.
- Roumieux, A. (2008). *Ville-Evrard, Murs, destins et histoire d'un hôpital psychiatrique*. Paris : L'Harmattan.
- Rush, B. (1830). *Medical enquiries and observations upon the diseases of the mind* (4e éd.). Philadelphie : Grieg J. Dans Alexander, F. G., Selesnick, S. T. (1972). *Histoire de la psychiatrie* (traduit par G. Allers, J. Carre, A. Rault). Paris : Arnaud Colin.
- Ryan, E. P., Aaron, J., Burnette, M. L., Warren, J., Burket, R., & Aaron, T. (2008). Emotional responses of staff to assault in a pediatric state hospital. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 36(3), 360-368.
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Databasa of Systematic Reviews*, (1). Art. n° CD001163. Doi : 10.1002/ 14651858.CD001163.
- Sen, P., Gordon, H., Adshead, G., & Irons, A. (2007). Ethical dilemmas in forensic psychiatry: two illustrative cases. *J Med Ethics*, 33(6), 337-341.
- Senge, P. (1990). *The 5th discipline, the art and practice og learning organization*. (1ère éd.). Dell publishing group.
- Sivadon, P. (1965). Sécurité sans contrainte et contrainte sécurisante. *Info psychiatr*, (2), 137-143.
- Snorrason, J., Grímsdóttir, GU., & Sigurdsson, J. F. (2007, décembre). Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff. *Laeknabladid*, 93(12), 833-9.
- Strout, T. D. (2010, décembre). Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*, 19(6), 416-427.
- Touraine M., Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2017, 29 mars). *Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé*

autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. Paris. Repéré à : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41997.pdf

Touzet, P. (2004, mars). Pour une éthique de la contention. *Santé Mentale*, (86), 54-57.

US General Accounting Office. (1999, 7 septembre). *Mental Health: Improper Restraint or Seclusion Use Places People at Risk* (GAO Publication HEHS-99-176). Washington DC: USGAO. Repéré à : <https://www.gao.gov/products/HEHS-99-176>

Vaaler, A. E. (2007). Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric wards (thèse de doctorat de médecine, Norvège).

Veil, S. (1993, 19 juillet). *Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux*. Paris. Repéré à : <http://www.requa.fr/documents/projets/circulaire-veil--1317213535.pdf>

Von Der Weid, G. (2015, juin). Emprisonner la folie ? *Santé mentale*, (199), 81-85.

Wunenburger, J. J. (1993). *Questions d'éthique*. Paris : PUF.

Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatient's experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, (15), 124-144.

Annexes

Annexe 1 : LE QUESTIONNAIRE

« La contention physique en psychiatrie: point de vue des soignants »

Je suis interne en fin de cursus et cette étude est réalisée dans le cadre de ma thèse de psychiatrie. Elle vise à explorer le vécu des soignants face aux mises sous contention physique et concerne tous les services de l'EPSM de Caen ainsi que l'unité de sécurité soin.

Il s'agit d'un questionnaire **anonyme**, vous pouvez remplir la version papier et la laisser au secrétariat de votre unité.

Pour les questions à choix multiples, il vous est possible de cocher plusieurs réponses.

La date limite d'envoi des réponses est fixée à la fin du mois d'octobre.

Votre fonction:

Votre service:

Nombre d'années d'expérience professionnelle en psychiatrie:

Date d'embauche à l'EPSM de Caen:

1/ Situations de mise sous contention et indications

Avez-vous connu des situations de mise sous contention ?

- oui
- non

A quelle fréquence:

- au moins une fois par semaine
- une à trois fois par mois
- moins d'une fois par mois

Quelles en étaient les indications ?

- agitation psycho-motrice
- risque auto-agressif
- risque hétéro-agressif
- risque auto et hétéro-agressif
- risque de fugue
- autre (merci de détailler):

Le patient a-t-il été informé des raisons de la mise sous contention ?

- oui
- non

Par qui ?

- le psychiatre
- l'équipe soignante du service
- l'équipe sécurité soin

Le patient a-t-il été informé des horaires de passage infirmier ?

- oui
- non

2/ Vécu soignant

Quel(s) sentiment(s) a provoqué cet acte chez vous ?

- culpabilité
- colère
- tristesse
- peur/crainte
- frustration
- satisfaction
- rassuré
- pas de ressenti
- autre (merci de préciser):

Y avez-vous repensé après le travail ?

- oui
- non

Votre ressenti concernant la contention est globalement:

- négatif
- positif
- indifférent
- difficile mais nécessaire

Vous qualifieriez cet acte comme:

- acte de soin
- acte de sécurité
- acte de soin et de sécurité
- autre (merci de préciser):

3/ Le patient

Quels sentiments imaginez-vous que cela provoque chez le patient ?

- peur/crainte
- colère
- tristesse
- angoisse
- réassurance
- incompréhension
- indignation, déshumanisation
- autre (merci de préciser):

Son vécu est-il abordé a posteriori avec lui ?

- oui
- non

Si oui, dans quel contexte:

- entretien dédié à cet événement
- au cours d'un entretien pour un autre motif
- entretien informel
- entretien infirmier
- entretien médical

4/ L'équipe soignante

La situation de mise sous contention est-elle reprise en équipe a posteriori ?

- oui
- non

Si oui, dans quel contexte:

- réunion d'équipe dédiée à la situation
- staff d'équipe hebdomadaire
- lors des transmissions quotidiennes
- de façon informelle
- avec l'équipe paramédicale et médicale
- au sein de l'équipe paramédicale

Pensez-vous qu'il soit bénéfique de reprendre ces situations en équipe a posteriori ?

- oui
- non
- utile mais non indispensable

De quelle façon préféreriez-vous que ce soit abordé ?

- au sein de l'équipe paramédicale
- avec l'équipe médicale
- sur les temps habituels de réunions
- lors d'un temps dédié

Quel impact la mise sous contention a-t-elle sur la relation soignant-soigné (à distance de l'évènement) ?

- amélioration
- pas de changement
- dégradation

5/ En pratique

Y-a-t-il des contextes favorisant ces situations selon vous ?

- effectif insuffisant dans l'équipe soignante
- temps de présence médicale insuffisant
- cadre de soin inadapté
- traitement psychotrope inadapté
- autre (merci de préciser):

Avez-vous l'impression que la mise sous contention fut une décision d'équipe ?

- oui
 non

Si non, qui prend la décision ?

Quelles solutions alternatives imagineriez-vous pour éviter les mises sous contention ?

Réponse libre:

Avez-vous reçu la formation Oméga ?

- oui
 non

ou une autre formation concernant les situations de violence ? (merci de préciser):

Cela a-t-il eu un impact sur votre pratique par la suite ?

- oui
 non

De quelle façon ? (réponse libre):

En vous remerciant beaucoup du temps consacré à ce questionnaire,
Alice Huguet

Annexe 2 : RESULTATS

Chaque tableau présente les effectifs des soignants paramédicaux et des psychiatres, puis dans la dernière colonne l'ensemble des soignants. Entre parenthèses sont donnés les pourcentages.

1/ Situations de mise sous contention et indications

Avez-vous connu des situations de mise sous contention ? A quelle fréquence ?

fréquence	paramédicaux	psychiatres	soignants
1/semaine	6 (10,3)	1 (6,7)	7 (9,6)
1à3/mois	16 (27,6)	4 (26,7)	20 (27,4)
Moins 1/mois	36 (62,1)	10 (66,7)	46 (63,0)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Quelles en étaient les indications ?

indications	paramédicaux Effectifs (%)	psychiatries Effectifs (%)	Soignants Effectifs (%)
agitation	36 (62,1)	11 (73,3)	47 (64,4)
auto-agressivité	30 (51,7)	6 (40,0)	36 (49,3)
hétéro-agressivité	29 (50,0)	6 (40,0)	35 (47,9)
auto et hétéro-agressivité	43 (74,1)	10 (66,7)	53 (72,6)
risque de fugue	7 (12,1)	3 (20,0)	3 (13,7)
autre	3 (5,2)	1 (6,7)	4 (5,5)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Le patient a-t-il été informé des raisons de la mise sous contention ?

patient informé ?	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	49 (84,5)	15 (100,0)	64 (87,7)
non	(6,9)	0 (0,0)	4 (5,5)
ça dépend	5 (8,6)	0 (0,0)	5 (6,8)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Par qui ?

par qui ?	paramédicaux	psychiatres	soignants
psychiatre	37 (63,8)	14 (93,3)	51 (69,9)
équipe	48 (82,8)	6 (40,0)	54 (74)
ESS	31 (53,4)	1 (6,7)	32 (43,8)
ça dépend	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,4)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Le patient a-t-il été informé des horaires de passage infirmier ?

horaires	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	38 (65,5)	5 (33,3)	43 (58,9)
non	15 (25,9)	9 (60,0)	24 (32,9)
ça dépend	5 (8,6)	1 (6,7)	6 (8,2)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

2/ Vécu soignant

Quel(s) sentiment(s) a provoqué cet acte chez vous ?

vécu soignant	paramédicaux	psychiatres	soignants
culpabilité	24 (41,4)	6 (40,0)	30 (41,1)
colère	17 (29,3)	2 (13,3)	19 (26,0)
tristesse	11 (19,0)	8 (53,3)	19 (26,0)
peur	10 (17,2)	1 (6,7)	11 (15,1)
frustration	27 (46,6)	9 (60,0)	36 (49,3)
satisfaction	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,4)
rassuré	23 (39,7)	4 (26,7)	27 (37,0)
pas de ressenti	9 (15,5)	0 (0,0)	9 (12,3)
autre	5 (8,6)	6 (40,0)	11 (15,1)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Y avez-vous repensé après le travail ?

repensé	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	38 (65,5)	14 (93,3)	52 (71,2)
non	20 (34,5)	1 (6,7)	21 (28,8)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Votre ressenti concernant la contention est globalement :

ressenti	paramédicaux	psychiatres	soignants
négatif	11 (19,0)	4 (26,7)	15 (20,5)
positif	3 (5,2)	0 (0,0)	3 (4,1)
indifférent	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,4)
difficile ms nécessaire	47 (81,0)	11 (73,3)	58 (79,5)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Vous qualifiez cet acte comme:

acte	paramédicaux	psychiatres	soignants
soin	12 (20,7)	3 (20,0)	15 (20,5)
sécurité	17 (29,3)	6 (40,0)	23 (31,5)
soin et sécurité	38 (65,5)	10 (66,7)	48 (65,8)
autre	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,4)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

3/ Le patient

Quels sentiments imaginez-vous que cela provoque chez le patient ?

vécu patient	paramédicaux	psychiatres	soignants
peur	29 (50,0)	12 (80,0)	41 (56,2)
colère	43 (74,1)	11 (73,3)	54 (74,0)
tristesse	15 (25,9)	3 (20,0)	18 (24,7)
angoisse	40 (69,0)	14 (93,3)	54 (74,0)
réassurance	32 (55,2)	5 (33,3)	37 (50,7)
incompréhension	28 (48,3)	8 (53,3)	36 (49,3)
déshumanisation	31 (53,4)	12 (80,0)	43 (58,9)
autre	4 (6,9)	0 (0,0)	4 (5,5)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Son vécu est-il abordé a posteriori avec lui ?

vécu abordé	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	32 (55,2)	12 (80,0)	44 (60,3)
non	17 (29,3)	3 (20,0)	20 (27,4)
ça dépend	9 (15,5)	0 (0,0)	9 (12,3)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Si oui, dans quel contexte:

entretien	paramédicaux	psychiatres	soignants
dédié	10 (24,4)	5 (41,7)	15 (28,3)
autre	14 (34,1)	4 (33,3)	18 (34,0)
informel	17 (41,5)	2 (16,7)	29 (54,7)
infirmier	18 (43,9)	1 (8,3)	19 (35,8)
médical	22 (53,7)	8 (66,7)	30 (56,6)
totaux	41 (100,0)	12 (100,0)	53 (100,0)

4/ L'équipe soignante

La situation de mise sous contention est-elle reprise en équipe a posteriori ?

reprise équipe	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	47 (81,0)	10 (66,7)	57 (78,1)
non	11 (19,0)	5 (33,3)	16 (21,9)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Si oui, dans quel contexte:

réunion	paramédicaux	psychiatres	soignants
dédiée	9 (19,1)	0 (0,0)	9 (15,8)
staff	10 (21,3)	5 (50,0)	15 (26,3)
transmissions	33 (70,2)	6 (60,0)	39 (68,4)
informelle	33 (70,2)	5 (50,0)	38 (66,7)
paramédicaux+méd.	15 (31,9)	4 (40,0)	19 (33,3)
paramédicaux	14 (29,8)	0 (0,0)	14 (24,6)
totaux	47 (100,0)	10 (100,0)	57 (100,0)

Pensez-vous qu'il soit bénéfique de reprendre ces situations en équipe a posteriori ?

bénéfique	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	49 (84,5)	14 (93,3)	63 (86,3)
non	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
utile non indispensable	9 (15,5)	1 (6,7)	10 (13,7)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

De quelle façon préféreriez-vous que ce soit abordé ?

comment ?	paramédicaux	psychiatres	Soignants
au sein de l'équipe paramédicale	26 (44,8)	3 (20,0)	29 (39,7)
avec l'équipe médicale	33 (56,9)	7 (46,7)	40 (54,8)
réunion habituelle	15 (25,9)	6 (40,0)	21 (28,8)
réunion dédiée	21 (36,2)	9 (60,0)	30 (41,1)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Quel impact la mise sous contention a-t-elle sur la relation soignant-soigné (à distance de l'évènement) ?

impact ?	paramédicaux	psychiatres	soignants
amélioration	29 (50,0)	1 (6,7)	30 (41,1)
pas de changement	27 (46,6)	8 (53,3)	35 (47,9)
dégradation	24 (41,4)	6 (40,0)	30 (41,1)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

5/ En pratique

Y-a-t-il des contextes favorisant ces situations selon vous ?

Facteurs favorisants	paramédicaux Effectifs (%)	psychiatres Effectifs (%)	Soignants Effectifs (%)
effectifs insuffisants	28 (48,3)	12 (80,0)	40 (54,8)
présence médicale insuffisante	18 (31,0)	4 (26,7)	22 (30,1)
cadre de soin inadapté	27 (46,6)	8 (53,3)	35 (47,9)
traitement psychotrope inadapté	32 (55,2)	6 (40,0)	38 (52,1)
autre	3 (5,2)	4 (26,7)	7 (9,6)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Avez-vous l'impression que la mise sous contention fut une décision d'équipe ?

décision équipe	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	47 (81,0)	13 (86,7)	60 (82,2)
non	6 (10,3)	2 (13,3)	8 (11,0)
ça dépend	5 (8,6)	0 (0,0)	5 (6,8)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Avez-vous reçu la formation Oméga ? Ou une autre formation concernant les situations de violence ?

formation	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	10 (17,2)	0 (0,0)	10 (13,7)
non	48 (82,8)	15 (100,0)	63 (86,3)
autre	12 (20,7)	3 (20,0)	15 (20,5)
totaux	58 (100,0)	15 (100,0)	73 (100,0)

Cela a-t-il eu un impact sur votre pratique par la suite ?

impact ?	paramédicaux	psychiatres	soignants
oui	14 (70,0)	1 (33,3)	15 (65,2)
non	6 (30,0)	2 (66,7)	8 (34,8)
totaux	20 (100,0)	3 (100,0)	23 (100,0)

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2018

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : Huguet Alice

TITRE DE LA THESE : La contention physique en psychiatrie :
étude du vécu soignant et perspectives actuelles

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

A toute époque, la contention physique a fait partie intégrante de la prise en charge des malades mentaux, pratique à vocation sécuritaire le plus souvent, parfois outil thérapeutique. Sa recrudescence dans les services psychiatriques constatée depuis les années 2000 la replace aujourd'hui au centre des préoccupations du personnel soignant et des usagers, mais aussi des législateurs et des politiciens. L'objectif de cette étude épidémiologique descriptive transversale du vécu soignant, jusqu'alors peu exploré, est de mettre en exergue le positionnement des soignants confrontés à cette pratique. Les résultats montrent une charge émotionnelle intense, avec dominance de la culpabilité, de la frustration et du sentiment d'échec. Cet acte reste néanmoins considéré comme difficile mais nécessaire. Une volonté de changement est perceptible, avec émergence de voies d'amélioration, comme la généralisation des formations à la gestion de la violence et l'ouverture de temps de parole en équipe autour des expériences de mises sous contention. Au vu des résultats et par l'observation d'autres modèles d'organisation des soins, une réflexion sur l'usage de ce moyen de contrainte semble incontournable, intégrant une dimension éthique. Les recommandations récentes et la loi en vigueur visent la réduction de la contention, désignée comme dernier recours, et une meilleure traçabilité de son utilisation. Accorder les pratiques des établissements de santé mentale à ces aspirations ne pourra se faire sans inclure les soignants ni leur en offrir les moyens humains et matériels.

MOTS CLES : Psychiatrie adulte - contention physique - vécu soignant - étude épidémiologique – violence - législation - recommandations - dernier recours

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : Physical restraint in psychiatry : study about caregiver's perceptions and current perspectives

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

At all times, physical restraint has been an integral part of the care of the mentally ill, as a safe measure most often, sometimes as a therapeutic tool. Its upsurge in psychiatric services since the 2000s, now places it at the heart of the concerns of health care personnel and users, but also legislators and politicians. The objective of this transverse descriptive epidemiological study of the caregiver's experience, hitherto little explored, is to highlight the positioning of caregivers confronted with this practice. The results show an intense emotional charge, with dominance of guilt, frustration and feeling of failure. This act remains nevertheless considered difficult but necessary. A desire for change is perceptible, with the emergence of ways to improve, such as the generalization of training in the management of violence and the opening of team speaking time around restraint experiments. In view of the results and the observation of other models of care organization, a reflection on the use of this means of constraint seems unavoidable, integrating an ethical dimension. The recent recommendations and the law in force aim at the reduction of the restraint, designated like last resort, and a better traceability of its use. Granting the practices of the mental health institutions to these aspirations can not be done without including the caregivers and offering them the human and material means.

KEY WORDS : Adult psychiatry - physical restraint - caregiver's perceptions - epidemiological study - violence - legislation - recommendations - last resort