

**STRESS, TRAUMA ET CONTENTION PHYSIQUE :  
VECUS DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS  
DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE 59G02**

Oyer Anaïs

**DIPLOME UNIVERSITAIRE  
STRESS, TRAUMATISME ET PATHOLOGIES**

UNIVERSITE PARIS VI

Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière

Directeur de l'enseignement : Pr. MAZET, Dr JM.THURIN

**ANNEE 2008 -2009**

## Table des matières

### **I - Intro**

### **II - Présentation de l'étude**

#### *II - 1 Le service 59G 02*

#### *II - 2 But de l'étude*

#### *II - 3 Protocole de l'étude*

##### **III - 3 - 1 : Les soignants**

##### **III - 3 - 2 : Les patients**

### **III - Contention physique en psychiatrie**

#### *III - 1 Définition et indications de la contention*

#### *III - 2 Histoire de la contention comme mesure de contrainte*

#### *III - 3 Revue de la littérature et contention*

### **IV - Stress, Trauma et Contention physique**

### **V - Résultats**

### **VI - Discussion**

### **VII - Conclusion**

### **VIII - Bibliographie / Annexes**

## I - Intro

Interne de psychiatrie en sixième semestre, j'ai été lors de mes différents stages confrontée à la prescription et à l'évaluation de mesures de restriction de liberté ; en effet la lourde tâche qu'est la proposition d'une HDT à la famille ou aux proches d'un patient et l'annonce de cette décision au patient et à sa famille sont pour ma part des situations que je redoute dans ma pratique. Il existe par ailleurs d'autres mesures de restriction ou de contrainte qui en découlent : limitation voire interdiction des visites, contrats de soins divers, obligation de prise de traitement. Ces décisions, même si elles peuvent être discutées en équipe, sont toujours validées par une prescription du médecin qui en a la responsabilité et doit assumer « dans son âme et conscience » de la nécessité de ces mesures et cela dans un but thérapeutique pour le patient. Il est une des mesures de contrainte la plus difficile à envisager : celle de la contention. Recours ultime lors d'une agitation d'un patient ou situation de violence pour lui-même ou autrui, la contention physique est-elle toujours un acte thérapeutique ? Est-ce une mesure de sécurité ? Est-elle un échec de la prise en charge, du dialogue ? Peut-elle révéler un échec de l'institution ? S'agit-il d'une nécessité ultime de contention ?

Aborder la contention, c'est aborder une facette de la psychiatrie que beaucoup tiennent à l'écart de leur discours. Il y a d'ailleurs peu de bibliographie concernant la contention en psychiatrie. Il s'agit également d'un sujet parfois débattu « en société » et qui, dans le contexte actuel devient même rapidement politique...

## **II – Présentation de l'étude**

### ***II – 1 Le service 59G02***

Le service où je travaille actuellement est un service de psychiatrie de secteur dont le chef de service est le Dr Durand; à l'origine situé à l'EPSM des Flandre à Bailleul, il est délocalisé depuis 2005 sur Capelle La Grande, ville appartenant au secteur, afin de pouvoir rendre les soins plus accessibles à la population locale. Depuis ce déménagement, l'équipe infirmière a vu son âge moyen diminué lié au départ des infirmiers plus âgés. La sécurité était une des préoccupations dans le projet de la relocalisation : à Bailleul, il y avait le GAS (Groupe d'Assistance et de Sécurité) qui venait en « renfort » si besoin.

Il existe deux unités : une ouverte nommée « horizon », l'autre fermée nommée « parenthèse ». Mon travail se situe dans l'unité « parenthèse » dans laquelle ont été aménagées deux chambres d'isolement selon les recommandations actuelles. Il existe dans le service un protocole « contention » avec une feuille de surveillance infirmière (date et heure de passage, actes réalisés et traitement administré) et une réévaluation médicale au minimum quotidienne des patients contenus.

En 2007, à l'initiative de l'équipe lors d'une réunion de « fonctionnement » du service, a été décidé la mise en route d'un groupe de travail sur la thématique de la contention. Le groupe de travail, qui s'est réuni 3 fois depuis 2007, a débuté une réflexion sur la contention dans le but d'élaborer un protocole autour de la contention : Quand contenir et lever la contention? Quelle est le rôle de la prescription médicale ? Quelles sont les conditions matérielles et environnementales les meilleures pour contenir un patient ?

Quelle est la place de la communication entre les équipes infirmières et entre les infirmiers et les médecins ? Quel peut être le vécu du patient lors d'une contention?

J'ai été interpellé par « la politique du service », qui cherche, me semble t-il plus qu'ailleurs, à « limiter » le recours à la contention.

## ***II - 2 But de l'étude***

Le but de l'étude était de réaliser des entretiens dans une dimension cathartique de l'expression des émotions, c'est-à-dire d'inciter des soignants et des patients à verbaliser le plus sincèrement possible leur expérience autour de la contention sans rechercher de « vérité objective » mais plutôt un « vécu révélateur » pouvant répondre aux questions suivantes :

- 1) La contention, ayant lieu au sein de l'hôpital psychiatrique, est-elle considérée comme un soin à part entière par les soignants ? Quelles représentations et quels vécus en ont les soignants ? Est-ce un événement stressant, voire traumatique pour eux ?
- 2) Quel sont les conséquences psychologiques et psychiatriques pour un patient qui a vécu une période de contention ? La contention peut-elle être un événement traumatique ?

## ***II - 3 Protocole de l'étude***

J'ai donc averti mon chef de service du sujet de mon mémoire et du projet que j'avais pour avoir son accord. J'ai ensuite informé oralement l'ensemble du service de mon travail.

### **II - 3 - 1 Les soignants**

16 infirmiers de mon service ont rempli un questionnaire rédigé par le groupe contention dont les résultats sont les suivants :

Pour les questions 1 à 5 les propositions de réponses étaient : « Toujours » ? « Souvent » ? « Rarement » ? « Jamais » ?

1) Considérez-vous la contention comme un acte thérapeutique ?

9 répondent « toujours » (56 %), 6 « souvent » (37%), 1 non renseigné : NR (6%)

2) Ressentez vous des difficultés pour juger de l'opportunité d'une mise en contention ?

5 répondent « souvent » (31%), 6 « rarement » (37 %), 4 « jamais » (25%), 1 NR (6%)

3) Ressentez vous des difficultés pour pratiquer l'acte de mise en contention ?

5 répondent « souvent » (31 %), 5 « rarement » (31%), 4 « jamais » (25%), 2 NR (12%)

4) Selon vous, la contention a-t-elle une dimension punitive envers le patient ?

5 répondent « souvent » (31%), 5 « rarement » (31 %), 4 « jamais » (25%), 2 NR (12%)

5) Vous êtes vous senti coupable lors de la réalisation d'une contention ?

2 répondent souvent (12%), 7 rarement (43%) et 7 répondent jamais (43 %)

6) Vous estimez vous suffisamment formé à la pratique de la contention ?

6 répondent « oui » (37%) et 10 répondent « non » (62%)

7) Estimez-vous que dans certains cas, l'infirmier peut décider de la levée de la contention ? Si oui détaillez les cas.

11 répondent « oui » (11%) et 5 répondent « non » (31%). Les cas signalés sont pour 8 infirmiers en cas d'urgence vitale, pour 4 d'entre eux en cas d'amélioration clinique, pour 3 d'entre eux si l'effectif du personnel est suffisant, pour 2 d'entre eux si il s'agit d'une décision d'équipe, 1 infirmier évoque le cas des patients « connus », 1 évoque les soins d'hygiène, 1 les soins divers et 1 la prévention des chutes chez le sujet âgé.

Utilisant ce questionnaire comme base de mon travail avec les infirmiers, j'ai réalisé avec 6 d'entre eux un entretien semi-structuré de ¾ heure à 1 heure environ ayant pour but d'évoquer la contention et le vécu de chacun. Ces entretiens étaient enregistrés au dictaphone et ont été ensuite retranscrits mot à mot. Le cadre de l'entretien était celui d'un bureau d'entretien au sein des unités de l'hôpital. Après un recueil de données concernant leur âge, leur sexe, leur formation et leurs expériences professionnelles antérieures, nous avons évoqué la contention par le biais ce qu'elle représente pour eux, de ce qui a pu amener à la contention d'un patient dans leur expérience, de leur sentiments éprouvés autour de celle-ci, de ce qui a pu ou pourrait les aider dans cette prise en charge. La plupart ont spontanément évoqué des situations autour de la contention qui les avaient plus « marquées » que d'autres.

Les infirmiers ayant participé à mon travail n'ont pas été « sélectionnés » dans l'équipe mais ce sont ceux qui ont pu se rendre disponible aux aléas de leur emploi du temps et du mien. Une première rencontre avec l'infirmier avait lieu afin de lui présenter mon

travail et de lui expliquer le déroulement de l'entretien qui serait enregistré. Je lui demandais également s'il avait des questions et lui répondais. Je lui laissais alors au moins 24h de réflexion pour se décider. Une deuxième rencontre précédait l'entretien afin de recevoir ou non son accord et de répondre à d'autres questions si besoin. 14 infirmiers sur 16 étaient volontaires mais pour la faisabilité de l'étude et le temps restreint qu'il me restait pour finaliser le travail j'ai préféré me focaliser sur les 6 sujets rencontrés en premier.

### **II - 3 - 2 Les patients**

Afin d'évoquer le vécu de la contention avec les patients ayant été contenus, j'ai réalisé des entretiens individuels semi-structurés durant ¾ h à 1h environ réalisés entre une et 10 semaines après la levée de la contention. Ces entretiens étaient enregistrés au dictaphone et ont été ensuite retranscrits mot à mot. Le cadre de l'entretien était celui d'un bureau d'entretien soit au sein de l'hôpital dans les unités, soit au CMP (Centre Médico Psychologique). Après un recueil des données concernant l'âge, le sexe, le suivi ou non sur le secteur, les modalités d'hospitalisation (HL, HDT, HO), le diagnostic et la connaissance de la maladie, les antécédents d'hospitalisations et la durée de la contention, nous avons abordé la contention vécue dans le service en ayant comme support le questionnaire suivant :

- 1) Combien de temps a duré votre contention ?
- 2) A votre avis, qu'est ce qui a motivé votre mise en contention ?
- 3) Selon vous, aurait on pu faire autrement ? Expliquez
- 4) Qu'avez-vous ressenti pendant cette période en terme d'émotions et de sentiments ?
- 5) Qu'est ce qui vous a aidé pendant cette période ?



6) Pensez vous que la contention vous a conduit à l'apaisement ?

7) La contention vous a-t-elle conduit à vous rappeler des événements antérieurs douloureux de votre vie ?

8) Pensez vous ce questionnaire utile ?

A la fin de l'entretien, ont été réalisés l'échelle PDI (Peritraumatic Distress Inventory) évaluant la détresse émotionnelle péri traumatique et pouvant prédire un développement ultérieur possible d'un Stress Post Traumatique (1) ainsi que l'échelle IES (Impact of Event Scale) évaluant la présence ainsi que la sévérité ou non d'un Stress Post Traumatique en additionnant les scores d'intrusion et d'évitement lié à l'événement. (cf. Annexes)

Concernant les patients recrutés, je ne suivais aucun des patients sur le plan médical. Travaillant dans le service, j'étais moi-même au courant des patients mis en contention lors du staff du matin. Il s'agit donc de patients dont le séjour à l'hôpital a eu lieu entre Mai et Aout 2009 et ayant été contenu au moins une fois pendant leur hospitalisation : contention des 4 membres avec des liens en cuir en chambre d'isolement. Afin de recueillir leur consentement, il m'a fallu savoir au préalable si leur état psychique était suffisamment stabilisé pour donner leur consentement et pour réaliser un entretien sur leur vécu de la contention. Pour cela j'ai demandé l'accord du médecin référent et l'accord de l'équipe infirmière pour chaque patient. Une première rencontre avec le patient avait donc lieu afin de lui présenté mon travail et de lui expliquer le déroulement de l'entretien qui serait enregistré. Je répondais également à ses questions s'il il y en avait. Je lui laissais alors au moins 24h de réflexion pour se décider. Une deuxième rencontre (ou un appel téléphonique) précédait l'entretien afin de recevoir ou non son accord et de répondre à d'autres questions si besoin.

Il y eu donc 4 patients qui ont accepté mes entretiens, 3 autres patients ont dû être contenu pendant la période considérée mais n'étaient toujours pas stabilisés pour pouvoir donner leur consentement à l'entretien et le réaliser.

## **III – Contention et psychiatrie**

### ***III - 1 Définition et indications de la contention***

La définition de la contention pose un problème et se réfère plus souvent au verbe « contenir » qu'à sa racine étymologique d'origine latine « contentio » signifiant « lutte » ; on évoque alors un procédé d'immobilisation, surtout par sa capacité à fixer une partie du corps dans un but thérapeutique.

Les moyens utilisés pour la contention physique sont des moyens mécaniques pour limiter les mouvements et ont largement évolué au cours du temps (draps, camisole, ceinture à bracelets pour la taille et les membres).

Les indications de la contention ont souvent été liées à l'urgence (Senon J.L et al, 1995). Elles peuvent être une mesure prophylactique d'intervention lorsqu'on observe les signes prodromaux d'une crise avec risque de comportement dangereux imminent (Bayle et Olié, 1998). Mais le plus souvent, elles sont liées à la maîtrise de l'agitation sévère ou de la violence dans des situations où on ne peut attendre une réponse pharmacologique pour maîtriser le patient, voire même en cas d'impossibilité d'utilisation d'un traitement soit du fait de maladies somatiques, soit du fait de risque de surdosage (Binder R.L. , 1979 ; Atlas J.A., 1995 ; Tardiff K., 1998). Le patient peut présenter un risque pour lui-même (tentative de suicide, automutilations, épuisement, blessure) mais aussi un risque pour autrui (en le mettant en danger intentionnellement ou en le blessant). Il s'agit toujours d'une évaluation au cas par cas. (2)

Enfin, contrairement à la plupart des démocraties occidentales, l'état français n'a pas jugé nécessaire de légiférer en ce domaine. Cette absence de contrôle repose sur l'idée que la contention n'est pas une mesure de sécurité mais un acte thérapeutique. Il existe des recommandations inspirées de l'audit clinique réalisé en 1998 par l'ANAES sur les chambres d'isolement. Des protocoles de mise en place et de surveillance sont réalisés dans la plupart des unités.

Les études françaises sur les indications, les contre indications, les effets secondaires ou le rapport risque- bénéfice de l'application de la contention sont peu nombreuses.

### ***III - 2 Histoire de la contention comme mesure de contrainte***

Dans les sociétés primitives, la maladie est le résultat d'une influence mauvaise, humaine ou surnaturelle. L'unité du somatique et du psychique est indiscutable et la seule thérapeutique est la magie qui fait appel à des forces plus puissantes que celles responsables du mal.

Dès l'antiquité, les écritures font allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées. Ceux dont l'esprit est dérangé bénéficient de toute une série de soins : hydrothérapie, massages, gymnastique... Les plus atteints sont enfermés, contenus et traités tantôt par la brutalité, tantôt par la douceur. Certains médecins tel Celse, pensent que la peur chasse la « frénésie » : aussi enchaîne-t-on les malades dans l'obscurité sans leur permettre de boire ou de manger ; d'autres, comme Soranus, mettent l'accent sur

la nécessité d'utiliser la douceur : « il faut garder l'égaré dans un lieu agréable, lui parler souvent, l'emmener en promenade, lui faire des exercices physiques et intellectuel ; la contention ne doit être utilisée que pour empêcher les agités de se blesser ; elle doit être douce, de façon à ne pas faire de mal » (in Jaeger, 1990).(3)

Pendant le moyen- âge, alors que les moines sont à la fois théologiens et médecins, le fou et le pauvre apparaissent comme des exclus de l'ordre humains, ayant une dimension de sacré. Ils sont accueillis dans les abbayes, qui représentent à cette époque une valeur de l'isolement comme ouverture, par le silence du moine à Dieu mais aussi au pauvre et au fou qui représentent le sacré sur Terre. Les moyens de contentions permettent de maintenir le fou dans sa famille ou dans la communauté. A partir du XIV<sup>ème</sup> siècle, suite à la scission de la médecine entre les laïcs qui s'occupent des maladies du corps et des clercs qui s'occupent de celles de l'esprit, l'image du fou va peu à peu se ternir : il devient l'incarnation du mal, source de désordre. La peur des fous est alors exploitée : d'abord exorcisés, puis torturés, ils alimentent les bûchers aux fins de purification.

L'avènement de la Renaissance durcit les positions religieuses mais la modernité efface peu à peu la symbolique de l'isolement qui prend alors le sens d'un purgatoire pour celui qui vise le paradis. On pense que la maladie est causée par le Diable que le seul moyen de destruction du démon est la prescription du feu. Puis, la renaissance voit reconnaître l'irresponsabilité juridique de l'insensé, qui est de plus en plus considéré comme un malade. La position de l'Eglise devient moins manichéenne et la peur du diable disparaît peu à peu jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle. Dès le XVI<sup>ème</sup> siècle, on commence à enfermer les vagabonds et les mendiants les plus violents, vecteur de dangerosité sociale. La contention n'est plus

utilisée pour maintenir au domicile mais pour assigner sur place, pour emprisonner, pour exclure. (4)

Avec l'âge classique, on voit apparaître ce que Michel Foucault nomme « le Grand Renfermement » : l'Hôpital Général n'est point une structure médicale ayant mission de soins, mais une structure juridique administrative ayant pour mission de maintenir l'ordre monarchique perturbé par la multiplication des mendiants et des insensés. L'enfermement est de « qualité variable » : les plus furieux sont certes, plus facilement jetés dans les cachots, mais le choix entre les différents régimes dépend surtout du prix de pension que la famille peut assumer. Les conditions de réclusion sont souvent atroces : locaux minuscules insalubres, sans lumière, présence de portes scellées voire de cages... Tous ne sont pas entravés mais ceux qui le sont portent des chaînes, souvent rivées au mur. Les gardiens font preuve d'une brutalité constante.

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'enfermement reste à l'ordre du jour en Europe et mieux organisé il est à présent massif. Soit l'insensé reste dans sa famille si celle-ci peut assumer la charge, soit la famille peut solliciter son internement par lettre de cachet ou après jugement d'interdiction. On assiste donc à vouloir obtenir l'internement de tout ceux qui refusent l'ordre établi : insensés, libertins, vagabonds, femmes adultères... ; Les lieux d'enfermement sont alors les mêmes pour tous. Mais l'afflux des malades va saturer tous les établissements existants et se créent alors des dépôts de mendicité pour les insensés les plus pauvres.

La fin de l'Ancien régime est marquée par la naissance d'un courant humaniste qui se préoccupe du sort des insensés et se profile la création des asiles qui leur sera consacré pour

leur guérison. La révolution française qui remet en cause l'arbitraire royal va interdire les lettres de cachets. Reconnus dès lors comme des malades et non des prisonniers, mais des malades différents, il leur faut des hôpitaux différents indiqués à cette effet.

C'est alors que Pinel (1793) brise les chaînes qui entravaient les aliénés : la dimension est surtout symbolique car la contention n'est pas abolie : seule sa forme la plus choquante est désavouée. L'animalité cède le pas à l'humanité, le fou devient fou-sujet qu'il va falloir comprendre pour le guérir. Pinel décrit dans son traité médico philosophique sur l'« aliénation mentale » (1801), les qualités physiques et morales qu'exige la surveillance des aliénés dans les hospices « il faut... une fermeté inébranlable, un courage raisonné et soutenu par des qualités physiques les plus propres à imposer, une stature de corps bien proportionnée, des membres pleins de force et de vigueur, et, dans les moments orageux le ton le plus foudroyant, la contenance la plus fière et la plus intrépide ». Afin de maintenir l'ordre dans l'hospice, et en l'absence de traitement sédatif, l'usage de la contention constitue le paradigme originel du travail du surveillant en psychiatrie. Et l'usage ultérieur des neuroleptiques ne l'a fera pas disparaître. L'incurable insensé enfermé, devient un aliéné curable à isoler. L'isolement, en imposant la perte de l'environnement permet donc la soustraction à des interactions pathogènes dont le sujet ne pouvait sortir qu'en s'aliénant dans le délire.

La loi du 30 juin 1838 définit l'isolement comme thérapeutique officielle, avec la défense du maintien social au même niveau que l'intérêt du malade et la protection des biens de l'aliéné interné. Cette loi lance toute une série de réflexions sur la nature et la fonction des lieux de soins. Le traitement moral vise à « détourner l'aliéné de son délire » par tous les moyens : travail, exercice, promenade et la contention (douce) est désormais

limitée au cas les plus aigus. Mais les asiles deviennent rapidement saturés et l'usage du traitement moral est perverti en devenant plus un moyen de maintien de l'ordre que de mesure thérapeutique. L'asile tente alors de s'humaniser et d'ouvrir ses portes. Les colonies familiales comme celle de Gheel, ou les mesures de coercition sont abolies grâce à l'entière disponibilité d'un personnel qualifié responsable et suffisamment rémunéré semblent restreindre la contention, voire l'isolement aux cas les plus agités.

Puis Freud qui invente le cadre analytique, permet de voir évoluer la fonction psychothérapique du psychiatre et de considérer l'enferment psychique du patient en lui-même et de le faire raisonner dans l'isolement intérieur de l'analyste.

Mais dans l'esprit du public l'idée du fou dangereux est vivace et l'idée qu'un rapprochement relationnel du psychiatre et du fou laisse suspecter que le premier puisse être contaminé par le second et ne laisse plus rien voir poussant à un libéralisme irresponsable. (3)

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, on apprend que des dizaines de milliers de malades mentaux sont morts d'œdème de carence, du fait de la famine. Du fait de l'inhumanité nazie et de la mise en acte de la solution finale, les fous sont réintroduits dans l'humain. S'il n'y a pas de non humain dans l'humain alors les fous et leur folie font partie de l'humanité. Les journées nationales entre 1945 et 1947 expriment le refus des psychiatres de continuer à assumer l'exclusion et la ségrégation du malade mental. L'objectif est simple : guérison et réinsertion doivent être recherchées ensemble. L'hôpital psychiatrique ouvre ses portes et la psychiatrie institutionnelle transforme le lieu d'enfermement en lieu de soins, dans une dynamique de relations sociales et de psychothérapie.



La circulaire du 15 mars 1960 définit le secteur qui a atteint son but : moins d'hospitalisation et moins longues et d'avantages de malades mentaux dans la cité. La révolution pharmacologique avec l'usage des psychotropes va transformer « les salles d'agités en aquarium tièdes » (Sasz 1974) (3). La contention n'a jamais vraiment disparu, mais est resté moindre...sauf depuis les années 1995 -2000 où la pratique semble être en augmentation.

Il n'existe pas de rapport évident entre la violence des patients, leur agitation et les moyens de contention selon Dominique Friard : dans l'histoire, chaque fois que l'on considère le fou comme un sujet et que l'on s'intéresse à son discours, les contentions reculent. Il n'y a pas de corrélation entre progrès thérapeutique et contention : c'est avant les neuroleptiques que les quartiers des agités ont été supprimés. La contention repose d'avantage sur les représentations de la folie que sur le degré réel de folie des patients. (5)

### ***III - 3 Revue de la littérature et contention***

Jusqu'ici les recherches psychiatriques concernant l'utilisation des contentions ont été focalisées sur l'identification des facteurs déclenchant l'instauration de telles procédures et sur les caractéristiques du sujet contenu physiquement.

Il existe également dans la littérature des écrits traitant l'aspect éthique et moral de l'utilisation de la contention en psychiatrie : dans la plupart des cas, la discussion porte sur la controverse existant entre le respect de l'autonomie et des droits des patients d'une part, et

la protection du sujet et de son environnement de l'autre. Pilette (1978) définit la contention comme une mesure punitive employée afin de maintenir l'homéostasie d'une unité de soins (6). Palazzolo explique pour sa part que le fait de contenir permet au patient de lui imposer des limites qu'il n'a plus. Il ajoute que ce type de procédure doit être accompagné de traitement pharmacologique et d'entretiens. (7) Gournay en 2000 pose la question d'une méthode d'intervention acceptable et qui garantisse la sécurité des employés. (8)

Peu d'études ont été réalisées sur le vécu du patient et d'équipe et en quelle mesure la contention peut affecter le patient et l'équipe. Comme une étude anglaise de 2009 le précise, dans la prise en charge d'un patient agressif, l'approche verbale est recommandée en premier lieu. Cependant, si l'escalade de violence se poursuit, l'équipe peut être amenée à utiliser l'« intervention physique » : IP, comme mesure de contrôle des patients agressifs et permettant le retour à un environnement sûr dans l'hôpital. Il s'agit d'une technique de contention physique, pour laquelle le personnel est spécifiquement formé et entraîné, afin d'immobiliser avec méthode et sécurité le malade agité. Mais il apparaît que celle-ci est de plus en plus considérée comme solution dans les initiatives de prévention de la violence et il existe des risques de dérives d'utiliser ses techniques dans un but de contrôle social. De plus, il n'existe pas d'études sérieuses évaluant l'efficacité de ces techniques mais aussi l'efficacité des formations à ces techniques : des effets collatéraux indésirables physiques et psychiques pour les patients et l'équipe ont été rapportés. (9)

Les patients relatent une expérience de panique, de peur, d'impuissance, de colère et de frustration, ainsi qu'un fort sentiment d'injustice qui peut les amener plus tard à être agressif ou résistant. (9)

Bonner et al relatent en 2002 que 2 patients qui avaient subi l'expérience de l'intervention physique, avaient évité de demander de l'aide, alors qu'ils se savaient malade, par peur de devoir aller à l'hôpital et de subir une intervention physique. (10)

Strumps et Evans (1988) ont interrogé 20 patients ayant été contenus : ils expriment de la colère, de la peur, de la résistance, de l'humiliation, de la démoralisation, du déni et de l'acceptation. (11) Un autre thème à l'origine de perturbations psychologiques des patients est le sentiment d'avoir été puni par la colère de l'équipe. (9)

J. Gauilliard et son équipe de Ch.de St Anne en 2004 ont réalisé une évaluation du vécu de la contention de patients à au moins 6 mois ou un an après l'hospitalisation ayant conduit à la contention .Ils évoquent la situation inconfortable des patients à parler du moment d'agressivité, qu'ils attribuent pour la plupart à l'apparition d'une angoisse majeure dont la gestion adaptée par la verbalisation a été impossible tellement l'envahissement est massif et l'émergence rapide. L'acte de contention est dans tous les cas mal vécu au moment de sa mise en place, cependant l'aspect contenant est favorablement ressenti et compris par les patients à distance, dans la mesure où «le poids dans le sens physique » de l'immobilisation a des effets apaisant sur l'angoisse et les mouvements impulsifs que le patient ne peut canaliser. (2)

Jérôme Palazzolo relate que dans l'ensemble les malades ont une opinion négative sur la contention. Quelques patients expriment cependant un sentiment positif concernant cette expérience, soulignant qu'être contenus peut éventuellement « les calmer », « les faire se sentir en sécurité » ou les « reconforter ». (7)

Une étude pilote anglaise de 2002 a démontré la faisabilité d'utiliser des entretiens semi structurés afin d'explorer les points de vue, l'expérience et le ressenti des patients et

des infirmiers lors d'événements où les patients sont contenus. Il s'agit d'une contention physique où les soignants interviennent manuellement mais sans contention mécanique. Il est clairement mis en évidence une participation affective intense chez tous les sujets.

Les patients rapportent de sentiments de colère, d'inquiétude et la peur d'être maintenu. Ils disent recevoir trop peu d'attention des soignants et ne reçoivent pas tous un débriefing thérapeutique de leur expérience. Ils décrivent une atmosphère pesante dans le service précédant une mise en contention : patients agités, échec de la communication. Les patients rapportent l'absence de respect et de considération de leur souffrance de la part des soignants. Ils disent avoir donné des signaux d'alerte qui ont soit été soit ignoré, soit non reconnu, soit mal géré par l'équipe. Une différence de prise en charge entre l'équipe inhabituelle versus permanente lors d'une agitation de patient est clairement mise en évidence : l'équipe permanente étant plus investie dans les soins au patient. (10)

Lee and al en 2003, dans une étude anglaise révèlent que même si beaucoup d'infirmiers tiennent à garder un point de vue positif de la contention (96 % disent que le dernier événement ayant conduit à une contention était « positif »), certains (37%) expriment des inquiétudes concernant leur dernière expérience et 23 % pensent qu'il s'agissait d'un événement « négatif » pour le patient. Certains sont inquiets de l'abus ou de la déviance potentielle des techniques d'« intervention physique ». (12) Une commission d'inspection en santé mentale de 2006 confirme qu'il y a un mésusage de la technique d'« intervention physique », normalement destinée à une minorité de patients qui présentent un comportement dangereux, dans certains services défailants présentant une « organisation toxique et une conception des soins corrompue ». Bonner et al (2002) relatent la détresse et l'anxiété provoquée par l'expérience de la contention chez les

soignants. Sequeira & Halstead (2004) trouvent que 74 % des soignants ont au moins un vécu psychologique négatif alors que 24 % ne ressentent aucun sentiment du tout. La colère peut apparaître, surtout si un collègue est blessé. (13) Les soignants semblent partagés « entre lucidité inquiète, perplexité et culpabilité » évoque Lugrin Y. Son article parle de la violence au sein du personnel, interrogeant le bien fondé de certaines prescriptions de cette mesure. Il y a l'appréhension de devenir des exécutants de protocole de soins, des techniciens ; avec la fermeture systématique du bureau infirmier, le soignant n'est plus avec le patient, « dans le même bain »(14). Palazzolo distingue les contentions qui vont de soi et qui expriment un « souci de « holding » (tel défini par Winnicott en 1986), d'attention bienveillante préventive, d'empathie et d'identification » et celles qui ne vont pas de soi, c'est à dire celles qui suscitent culpabilité et ambivalence chez les soignants. (3)

Quelle relation existe-t-il entre contenance et contention ? Les infirmiers sont-ils incapables de contenir réellement, c'est-à-dire, incapable d'accueillir les contenus psychiques délétères du patient, pour les retraiter et à les lui renvoyer dans une forme acceptable pour lui. Les infirmiers réalisent-t-ils alors dans la réalité ce qui effraie le plus le patient ? C'est ce qu'affirme dans une revue un infirmier faisant référence aux théories de Bion et qui pense que la contention est un échec de la fonction conteneur du soignant. (5)

Concernant la relation soignant-soigné, Sheridan et al en 1990 constatent que l'agressivité des patients envers les équipes soignantes prennent leur origine dans les conflits soignant-soigné. (15) Whittington et Wykes en 1996 rapportent que 86 % de la violence envers le personnel est précédée d'une relation provoquant une tension : patient frustré suite à une demande, sollicité pour une activité, ou contact physique non souhaité

par le patient. (16) En 2007, Whittington met en évidence l'influence de nombreux facteurs psychologiques, organisationnels et sociaux qui participent à créer un contexte relationnel soignant- soigné aboutissant à une mesure de contention. (16 bis) Bowers et al (2006) ont montré qu'après une formation à l'intervention physique de l'équipe soignante, le taux d'agression physique a augmenté dans le service. (17) Une étude récente de Fish et Culshaw (2005) a révélé que les patients et les soignants avaient un point de vue différent sur le fait d'utiliser l'intervention physique comme un dernier recours. Quand les équipes soignantes racontent qu'elle est toujours utilisée en dernier ressort, les patients eux, ne sont pas toujours du même avis.

Pour diminuer l'utilisation des interventions physiques il faut explorer les racines de la violence et de l'agression... sans cela il ya risque d'abus de cette mesure. Connaître le patient et développer un bon rapport avec lui permet d'éviter l'escalade de la violence. (18)

L'institution et son fonctionnement sont également à analyser. La contention ne renvoie pas à une incompetence des soignants, ni à la violence des patients mais à l'effritement de la capacité de l'institution à soigner, à gérer un certain nombre de violences. (5) Toute « distorsion de l'environnement » soignant ne fera que répéter et amplifier « les distorsions subies au cours du stade de l'édification du schéma de personnalité ». (19) L'ambiance d'une institution peut retentir sur l'état clinique des personnes qui y sont soignées, jusqu'à engendrer un processus psychopathologique « émancipé » et « autonome » d'allure endogène qui perd tout lien avec sa cause initiale. Cela débouche sur le concept de « pathoplastie » qui se définit comme la fabrication de certains aspects de la pathologie par l'institution elle-même. C'est pour cela que l'institution doit s'autoanalyser en

permanence afin de soigner ses propres fonctionnements pathologiques. Sinon, une institution qui ne se soigne pas peut devenir iatrogène. (20)

Un « débriefing » post contention apparaît comme nécessaire pour les patients et les soignants mais semble peu pratiqué et la forme que celui-ci doit prendre n'a été que peu étudié. (10)(21)(22)

Quelques précisions concernant le vécu « positif » ou non des patients ayant été contenus ont été abordées dans la littérature. Un des éléments qui peut influencer l'acceptation d'une contention et de la considérer comme nécessaire et « positive » chez les patients schizophrènes, apparaît être un bon « insight » des troubles, c'est-à-dire une reconnaissance de la maladie. (23) Je voudrais évoquer également une étude réalisée à Hong Kong en 2004 concernant le vécu de la contention chez 30 patients : 2/3 des participants expriment un vécu positif envers les soignants qui se sont préoccupés de leurs besoins et qui les ont aidés. Des conséquences thérapeutiques positives, au-delà de la protection physique, ont été largement relatées en lien avec les comportements et les attitudes soignantes de l'équipe infirmière. Des effets négatifs ont été mis en évidence lorsque les soignants n'ont pas été capable de satisfaire les besoins des patients tel : l'attention, l'empathie, l'écoute active fréquente, le respect et l'information pendant et après la contention. L'apport d'un soutien psychologique et l'information par le personnel permettent à la contention d'être vécue comme une intervention thérapeutique par le patient en le re-humanisant. L'étude précise que les patients originaires de Hong Kong, notamment les personnes les plus âgées, ont une plus grande confiance et un plus grand respect que les américains ou les autres asiatiques concernant les mesures prises par les soignants. Des raisons socioculturelles et

religieuses pourraient expliquer cela : l'influence du bouddhisme et du confucianisme ainsi que l'état d'esprit des chinois à ne pas rechercher le conflit, à avoir une vision positive des choses et à respecter l'autorité peuvent être à l'origine d'un vécu de la contention qui semble meilleur que dans les pays occidentaux. (24)

Enfin, une étude récente de 2009 me semble intéressante car elle aborde le vécu de la famille du patient, ce qui n'a pas encore été évoqué. Concernant le ressenti de la famille du patient, sur 31 admissions dans un hôpital général ayant conduit à une mesure de contrainte tel l'isolement et/ou la contention, 89% des familles interrogées ont trouvé justifiée la mesure de contrainte alors que 80 % des patients l'a trouvait non justifiée et la décrivait comme une expérience traumatisante. (25)



## IV - Stress, Trauma et Contention physique

La contention est étudiée comme model de stress chez les animaux afin d'étudier les phénomènes physiologiques du stress. (26)

Smith, en 1995 avait évoqué dans son étude un lien entre l'expérience des patients contenus et le stress post traumatique et s'interrogeait de la pauvreté de la recherche sur les effets à long terme de la contention. Il avait mis en évidence dans son étude, des reviviscences d'expérience précoces chez les patients mis en contention. (27) Bonner et al rapportent que les interventions physiques peuvent raviver des expériences antérieures traumatisantes tel que le viol ou la maltraitance vécus dans l'enfance chez la moitié des patients interrogés. Il explique également que les femmes sont particulièrement sensibles aux reviviscences traumatiques, d'autant plus que l'intervention physique est faite par des hommes. La moitié des patients et quelques soignants rapportent une réactivation anxieuse d'évènements traumatiques antérieurs. (10)

En quoi la contention peut elle être à la frontière du stress et du trauma ? Pour cela nous allons revenir sur les définitions du stress et du trauma. Ce sont les américains qui, avec le DSM III en 1980 introduisent le diagnostic de « Post Traumatique Stress Disorder » ou PTSD que les anciennes nosographies avaient pour coutumes de dénommer névrose traumatique. En effet cette initiative répondaient à l'afflux croissant, au sein de la population des trois millions de vétérans américains du Vietnam, des « Post-Viêt Nam Syndromes » différés et chroniques. C'est en 1992 que la classification internationale des maladies mentales (CIM 10) adopte le vocable d' « état de stress post- traumatique » pour

désigner les anciennes névroses traumatiques, en compensant toutefois cette adoption par l'adjonction d'un autre diagnostic, celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe pour les cas où l'altération de la personnalité après impact du trauma est patente. Concernant les réactions immédiates, la CIM 10 leur réservait le diagnostic de « réaction aiguë à un facteur de stress » avec les critères temporels de survenue immédiate et de survenue inférieure à 3 jours.

Le stress est un concept bio physiologique approprié à décrire ce qui se passe dans l'organisme lorsque le sujet est soumis à une agression ou une menace. Promu dans les années cinquante par le physiologiste Hans Selye (1956) pour dénommer la réaction biophysique d'alarme et de défense de l'organisme face à une agression, le concept de stress désigne la réaction immédiate et éphémère (une heure environ) correspondant aux décharges sanguines d'adrénaline et de cortisol qui mobilisent les effecteurs physiologiques et musculaires. Il s'agit d'une réaction adaptative, mettant l'organisme en capacité de défense,». Le stress a aussi une concomitante psychologique qui est l'état d'alerte. Crocq en 1986 définit le stress comme « la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace ». Ce n'est que s'il est trop intense, trop prolongé ou répété à courts intervalles que le stress « normal » devient stress « dépassé » et qu'il peut provoquer alors des troubles de l'adaptation transitoires ou durables. ». Le stress a pour objectif de focaliser l'attention, de mobiliser les capacités mentales et d'inciter à l'action.

Le DSM, en passant de la réaction aiguë et éphémère aux séquelles différées et chronicisées, entretenue par le souvenir de l'expérience initiale, dénomme légitimement « état de stress » un tableau clinique psycho traumatique différé et chronicisé.

Le traumatisme psychique signifie « blessure avec effraction » en grec. Freud utilise le concept de trauma et considère qu'il s'agit d'un choc violent, surprenant le sujet qui ne s'y attendait pas et qui s'accompagne d'effroi.

Le traumatisme psychique est un phénomène qui se déroule au sein du psychisme, sous l'impact d'un évènement potentiellement traumatisant. Vécu dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'impuissance en conjonction d'absence de secours, il ne se réduit pas seulement à sa composante énergétique d'effraction des défenses psychiques, mais il implique aussi une expérience de confrontation soudaine avec le réel de la mort, sans médiation du système signifiant qui dans la vie courante préserve le sujet de ce contact brut. Crocq en 1999 estime qu'il faut dans une optique phénoménologique, réintroduire la question du sens et du non sens : « le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi de tout ce qui était valeur et sens et il est surtout perception du néant, mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément ». (28)

La spécificité de la psychiatrie francophone distingue elle 3 phases dans la clinique du trauma. La phase immédiate ou « réaction émotionnelle immédiate » (quelques heures à une journée) peut être nommée « stress » (à noter que pour la nosographie anglo-saxonne l'« état de stress aiguë » étend la durée jusqu'à quatre semaines) : que ce stress soit « adapté » ou « dépassé » (forme de sidération, d'agitation, de fuite panique et d'action automatique), il ne préjuge pas de la survenue ultérieures de séquelles différées ou chronicisées. La deuxième phase, dit post immédiate est une phase d'évolution et de

surveillance : soit le stress s'éteint, soit on voit émerger des signes de névrose traumatique durable. La troisième phase est celle des séquelles différées voire chronicisées, appelées syndrome psycho traumatique différé qui est un tableau différent de celui du stress (même si les manifestations neurovégétatives des reviviscences peuvent faire évoquer les manifestations physiologique du stress). Il recouvre aussi bien les psycho-traumatismes transitoires (s'éteignant au bout de quelque mois), les syndromes durables répondant aux critères du PTSD du DSM IV TR ainsi que d'authentiques névroses traumatiques (avec altération typique de la personnalité) ou encore des cas proche de la psychose. Les « syndromes psycho traumatiques » regroupant alors les états de la phase immédiate qui se sont avérés traumatiques, les états pathologiques de la phase post immédiate et les états pathologiques de la phase différée, transitoires ou chronicisés.

Dans les suites immédiates d'un événement traumatogène, il n'est pas toujours possible de se rendre compte si la décompensation du sujet résulte d'une réaction de stress face à cette menace vitale, ou s'il s'agit d'un réel traumatisme psychique. Ainsi, parmi des sujets exposés à un événement potentiellement traumatisant, tous ne l'ont donc pas vécu sur un mode traumatique. Un certain nombre de sujets, qui semblent avoir réagi sur le mode adaptatif, par une simple réaction de stress, peuvent néanmoins développer de graves séquelles traumatiques ultérieurement. Par ailleurs, il faut signaler que la plupart des articles sur l'impact d'événements traumatiques insistent sur la gravité de l'événement traumatisant dans le développement de troubles psycho-traumatiques et insistent peu sur le vécu personnel de l'événement par le sujet. (29)

## V - Résultats

### Le vécu des soignants

Il y avait 2 hommes et 4 femmes, entre 24 et 40 ans, travaillant en psychiatrie pour 4 d'entre eux depuis moins de 5 ans, et pour 2 d'entre eux depuis plus de 10 ans.

Certains (4 sur 6) disent avoir vécu des agressions physiques violentes de la part des patients dans leur passé professionnel : coups de pieds et de poings à la tête et au visage, étranglement, cheveux attrapés, extincteur à éviter, bleus... Un sujet raconte : « on court très vite...mais ce n'est pas quelques chose qui me fait peur... je peux comprendre... quand on vient en psychiatrie... c'est le risque ». De plus, tous vivent l'agression verbale (insultes notamment) fréquemment.

La contention s'avère être pour eux une pratique particulière, « violente », « pas facile », exprimant parfois la notion de « tabou » et « d'inconfort que cela entraîne ». Leur récit peut se décomposer en trois parties : « Avant la contention », « Pendant la mise en contention », « Après la mise en contention ».

Avant la contention :

Les infirmiers ressentent une « montée » du patient comme une ascension quasi inexorable de violence, « une montée en puissance » ; ils parlent tous de la présence d'une dangerosité voire « d'un danger », d'une agressivité du patient pour lui-même ou pour autrui, ou d'un risque de passage à l'acte sur lui ou sur les autres (personnel ou patients), une impossibilité de le maîtriser par d'autres moyens comme la discussion. Différents termes cliniques sont cités : « délire, dépression, mélancolie, angoisse, dissociation, personnalité,

absence de reconnaissance des troubles ». Il s'agit de termes caractérisant le patient dans sa pathologie et pouvant présager d'un passage à l'acte. En dehors des termes médicaux, l'évocation de certains patients permet d'ajouter que des attitudes de « provocation » du patient envers le personnel, d'une « violence non justifiée » et tout ce que peut « montrer le patient pour dire qu'il est mal » peut amener à la mise en contention. La souffrance psychique du patient constitue alors un appel au lien, un appel au soignant qui se trouve face à la souffrance du patient.

Mais avant de prendre la décision de contention, « il y a un effort à faire de verbalisation avec le patient, pour qu'il puisse décharger autrement ce qu'il a à décharger » car « les ¾ des choses s'arrangent par la parole ». Il faut chercher un « objet transitionnel...un ballon par exemple » pour faire diminuer la tension : « Agir en amont pour éviter de finir en contention ». L'appel au lien du patient est donc celui de l'acte soignant qui doit créer du lien pour éviter les liens.

Les antécédents du patient et la connaissance antérieure du patient sont autant d'« à priori » qui influencent une décision de contention :

- soit la différer : « on peut mieux tolérer un patient qu'on connaît et prendre en compte le contexte ».

-soit l'accélérer : « si on sait ce que ça peut donner quand il est agité », « on sait qu'elle est capable d'aller très loin ».

Le patient qui a déjà été contenu a une « étiquette ». L'inconnu inspire une méfiance plus grande la plupart du temps « si on ne le connaît pas, on ne se pose pas de questions ».

La prise en compte du contexte institutionnel est majeure dans ce que racontent les soignants car la violence peut être aussi institutionnelle. Le contexte du service : complet ou non, restriction de personnel, soignants habituels du service ou non, l'appréhension d' « une propagation de l'agitation » : « on essaye toujours de tout faire pour éviter...mais si ça va vite c'est que le patient monte vite...si on fait rien , on obtient pire après, un 2ème qui s'agite.. », des soignants « stressés » : « si nous on est stressé, on prendra moins le temps, on laissera la personne monter... ». Les singularités des collègues du jour influence aussi l' « ambiance institutionnelle » : leur expérience infirmière : « Quand tu commences, tu te rassures par le cadre, après, tu peux avoir une certaine liberté et avoir tes propres armes relationnelles », leur seuil de tolérance : « il y a des soignants plus zen que d'autres », certains « font monter le service », certains « préfèrent attendre, attendre... que le patient se fasse mal... ne veulent pas le conflit avec le patient » ou de leur sexe : « travailler avec une femme , surtout si elle est enceinte peut mener à une décision de contention plus rapide » et la présence de plusieurs hommes amène à une tentative de levée de contention plus rapide. De plus, un « rapport collègue- collègue » naît de la situation qui nécessite de se mettre d'accord, de faire des concessions pour « que ça se passe bien dans l'équipe ». En effet, il y a des différences de jugement entre collègues, chacun perçoit à sa manière la violence du patient et ce qu'elle lui renvoie à ce moment là. C'est la discussion avec les collègues qui semble la plus difficile « avec le patient, on sait mais avec l'équipe... ». Deux sujets disent ne « jamais avoir été en désaccord pour une mise en contention car « ça ne leur pose pas de problème et c'est un travail d'équipe donc légitime »

Ce qui apparaît important c'est aussi la relation entre le patient et l'équipe soignante présente ce jour là : « l'existence d'un contre transfert négatif ou non », la « relation de

confiance » établie ou non lors d'hospitalisations précédentes feront que la contention sera problématique ou non pour les équipes. En effet, pour eux, la contention peut « brouiller » une « bonne relation » soignant- soigné et « si on évite le maintien, on renforce la relation avec le patient ». Un même comportement n'a pas les mêmes conséquences de prise en charge selon qu'il s'agit d'un patient avec qui l'équipe a tissé des liens et se sent « proche de lui » ou non. Il existe donc une part affective certaine de la part des soignants, ce qui joue sur la perception de la situation.

Un sentiment d'échec peut être vécu pour la plupart devant le fait de « ne pas avoir réussi à calmer la personne » car la contention reste le dernier « maillon ». Une certaine colère contre le patient « avec qui on vient de discuter 1 h et demi » précède un sentiment d'impuissance et une certaine résiliation : « alors du coup, on maintient ».

Pendant la mise en contention :

L'équipe ressent une décharge d' « adrénaline », un « stress ». Il existe la crainte de ne pas savoir comment cela va se passer, comment les autres collègues vont réagir : « Vont-ils être « bloqués » ? Va-t-on réussir à l'attraper ? ». C'est la question de l'agir face au danger ; à ce moment, il n'y a pas la place pour la pensée ni la parole : « tu dois le faire alors tu réfléchies pas trop » ; « tu es dans le feu de l'action donc on ne pense pas » ; « si c'est une urgence, je rejoins l'équipe et après on en parle » ; « on me demande de maintenir alors je maintiens » ; « on se parle pas beaucoup, chacun fait ce qu'il a à faire, on se regarde et chacun est dans le stress de faire cette chose ». C'est le temps de l'action physique : « c'est énergique et sportif ». Devant le danger la «force » est décuplée. Les infirmiers visualisent des morceaux de corps : « ce sont des pieds, des mains... » qu'il faut attacher



avec des liens de cuir considérés par certains comme « barbares », souvent dans une agitation ou les mouvements et les corps s'entremêlent : « quand il faut être dessus, chacun fait comme il peut... ». Un sujet raconte : « on peut se retrouver dans des positions bizarres ». La position du patient elle aussi peut rendre « mal à l'aise ». Il faut essayer de ne pas faire mal au patient mais aussi qu'il ne fasse pas de mal aux soignants. Dans la succession des mouvements, la crainte du blessé est bien présente et l'angoisse de mort se dessine : « c'est violent ...on n'était pas agressif, on l'a attrapé, on l'a mis sur le lit, on lui a maintenu la tête et on lui a mis un drap sur le visage parce qu'il nous crachait dessus et essayait de nous mordre...il respirait encore...on était juste poser contre lui ». Enfin, il peut exister aussi une peur de « tomber dans la toute puissance car la personne dépend de toi ».

Dans les suites immédiates de la contention, les infirmiers expliquent qu'ils parlent au patient pour essayer de rassurer le patient.

Après la mise en contention et pendant la durée de la contention :

Les infirmiers expriment un soulagement de tension après la mise en contention, « le calme après la tempête ». Ils verbalisent après coup entre eux « pour se rassurer, se donner bonne conscience ».

La culpabilité : « je discute avec le patient pour soulager ma conscience... » et un sentiment d'échec sont parfois vécus par l'équipe, surtout pour les patients « chroniques » ou certains se disent « il y a toujours moyen, on peut le sentir arriver, on n'a pas pu agir autrement...et on n'arrive pas trop à vivre ça ».

Certains infirmiers ressentent un énervement voire de la colère lorsqu'ils n'étaient pas d'accord avec la décision d'une mise en contention, ou d'une levée de contention

d'ailleurs. Il s'agit d'une colère dirigée contre le médecin ou envers les collègues. Concernant le médecin, « l'ordre médical » peut être mal vécu par les membres soignants comme signe de non respect et de sentiment d'inutilité et d'injustice chez les infirmiers qui passent plus de temps auprès du patient que le médecin. Quatre insistent sur l'incompréhension : « on pense faire notre travail et ça suit pas », et expriment un sentiment d'impuissance devant certaines décisions médicales autour de la contention. De plus, quelques uns évoquent une absence de considération du médecin : « une agression sur un soignant mobilise peu les médecins ». Concernant les collègues, trois sujets aimeraient savoir ce qui se passe précisément avant chaque mise en contention pour lesquels ils sont appelés uniquement en renfort pour effectuer l'acte lui-même. Les deux autres pensent que devant une équipe qui a pris une décision de mise en contention, les équipes venant en renfort « en tant que manutentionnaires » ne doivent pas remettre en question la décision initiale.

La période de contention est « inconfortable » pour la plupart. D'ailleurs, même avec le patient contenu, le sentiment d'insécurité persiste parfois : « j'étais prudent, vigilant ». Il existe des moments de doutes : « ça fait toujours douter, on se remet en question mais le recul nous dit qu'on a bien fait ». Un des sujet n'a aucun doute sur le « positif de la contention » car « il y a des résultats » : par exemple lorsque le patient revient sur la contention et dit : « c'est vrai, j'ai fait n'importe quoi... ». Le poids de l'histoire et des représentations dans la population générale traverse les esprits : « si on parle avec des gens dans la rue, attacher quelqu'un c'est quand même...Mais nous, on sait pourquoi ».

Un « débriefing post contention » est souhaité par tous, même si certains pensent qu'il faut surtout discuter avant la mise en contention pour assurer la cohésion d'équipe. Le but du débriefing étant de transformer le sentiment d'échec en « expérience pour avancer ».

Quand on leur demande quel est le but de la contention, les infirmiers répondent : éviter le passage à l'acte du patient et permettre à celui-ci de « se poser et de se reposer », de « se maîtriser », de « réfléchir », de « se restructurer », de « se rassembler », de « remettre un cadre très « serré » pour que « la personne se limite d'un point de vue psychique ». C'est aussi dans le but de protéger le patient et les soignants. Mais parfois ça n'apaise pas : « ça fait pire que mieux, c'était pour lui éviter qu'elle se fasse du mal c'est tout ».

L'acte de la contention est toujours thérapeutique pour tous car il est directement « en lien avec la maladie, la clinique, répond à l'urgence d'un mal être », « il complète la prise en charge qui va autour », « c'est comme de donner un traitement », « si c'est fait dans les règles ». Il peut permettre d'empêcher un suicide comme le relate un infirmier qui lors d'un dernier tour un 31 décembre explique avoir maintenu un patient « qui ne voulait pas passer l'année » et tentait de se pendre dans sa chambre : « on s'est trouvé soulagés de l'avoir maintenu ... là j'étais content. On a réussi, on l'a sauvé ». Certains patients demandent d'ailleurs eux même à être maintenu, comme un signe de « souffrance » ; pour deux sujet, cette demande du patient les interpelle, les « dérange car il n'y a pas de manifestation physique ou visuelle » lorsqu'un patient demande de lui-même la contention.

La contention est toujours, souvent ou rarement considérée par les infirmiers comme une mesure de sécurité : la plupart évoquent la sécurité du patient et des autres : « Si un membre ne se sent pas en sécurité, on maintient ». C'est la « protection de soi et des autres ». C'est une protection en plus par rapport à l'isolement.

Pour certains, il s'agit d'une punition de temps en temps : « ça pose problème ici car on ne veut pas qu'il soit punitif » ; vécu comme tel par l'infirmier quand la contention est « trop longue » à son avis ; « il y a 20 ans oui...on a évolué...plus maintenant » ; « Je ne pense pas que la contention puisse apprendre quelque chose à quelqu'un ».

Les contentions « difficiles » sont celles qui durent « longtemps, trop longtemps » (quelques semaines à quelques mois). Un infirmier explique : « il nous faut des « bouffée d'oxygène aussi pour nous, pour qu'on puisse justifier...une soupape ... ». Sinon, certains ont l'impression de perdre leur rôle de soignant, de ne pas être dans une relation de « sujet à sujet » avec le patient, de perdre « sa confiance » parce qu'il est instrumentalisé. Il faut par ailleurs discuter du corollaire de la contention : la levée de contention. Un des infirmiers relate : « ce qui me pose le plus de problème dans la contention, c'est la « décontention ». Ce que j'apprécie, c'est de détacher pour la toilette, des choses comme ça...essayer d'humaniser...essayer de voir si la personne réagit » ; « il faut se sentir en sécurité pour décontenir, ne pas avoir peur... » . Parfois, l'équipe nous confie : « on prend le risque de le détacher sans prescription médical, on prend la responsabilité, il reste en chambre et on le dit au médecin qu'après coup ». Egalement, la contention dans la prévention du passage à l'acte (« dans la peur du passage à l'acte ») rend mal à l'aise un infirmier alors que pour un autre on ne doit pas « attendre attendre qu'il y ai violence ou que le patient se fasse mal ».

La prise en compte du lien établi avec le patient semble par ailleurs déterminant dans le vécu des contentions « difficiles ». En effet, ce lien peut renvoyer l'infirmier à sa propre histoire : « elle pleurait beaucoup, c'est ça qui était difficile, pour elle je pense, par rapport à moi ». La contention d'une personne âgée, d'une femme enceinte avec retard mental, ou d'une personne travaillant de le milieu médicale ont été également cités par un infirmier comme particulièrement « choquantes ». Les contentions les plus marquantes sont celles qui ont été accompagnées de coups ou de violence, notamment sur soi : « il n'avait pas de jambes, il avait que deux bras et des mains monstrueuses...on a passé un temps fou à le maintenir et à ce qu'il me lâche les cheveux ». Enfin, le nombre d'infirmiers nécessaires – « parfois 10 ou 15 ! »- peut également être « impressionnant ».

Concernant les contentions où l'infirmier est appelé « en renfort », il y a deux discours opposés : deux infirmiers « acceptent » de le faire comme « manutention ». Ils pensent qu'il ne faut pas « re-réfléchir derrière un collègue ». Les trois autres expriment une certaine frustration de ne pas pouvoir réaliser la place de la contention dans l'ensemble de la prise en charge, « de ne pas savoir le début et l'évolution » dans les soins apportés au patient. Dans tous les cas c'est le manque de cohésion de groupe qui peut perturber l'acte : « il y a des moments, ça finit mal ».

Une dernière question est alors posée aux infirmiers concernant ce qui peut les aider à réaliser ce soin « qui n'est pas anodin » ? Ils répondent tous que le débriefing ou un équivalent est utile pour : « savoir pourquoi », « revenir sur le geste » au moins après coup. Certains évoquent l'expérience qui permet de se sentir soi-même en sécurité et donc de mettre tous les autres en sécurité : « travailler avec des anciens pour apprendre ». La place

de l'évaluation médicale quotidienne au minimum et la possibilité d'aménager par les infirmiers eux même quand ils se sentent en sécurité de petites périodes de dé-maintien pour humaniser la contention. L'équipe infirmière semble rassurée par ce qui est « légal », par les protocoles et par l'existence du groupe contention « pour essayer de comprendre ». Un dernier souhait serait d'améliorer le matériel (notamment des liens plus « confortables ») et l'environnement, déjà bien amélioré depuis l'existence de chambre d'isolements qui sont un intermédiaire important « entre la contention et la libre circulation ».

### **Le vécu des patients**

Je me suis entretenue avec 4 patients entre 30 et 47 ans, 1 femme et 3 hommes. 2 patients étaient en HO carcérale dont 1 suivi sur le secteur, et 2 étaient en HDT dont un suivi sur le secteur. Concernant leur diagnostic psychiatrique, 3 présentaient lors de la contention un épisode maniaque dont 1 associé à un trouble de la personnalité psychopathique, 1 avait un trouble de la personnalité limite. 3 sur 4 avaient une reconnaissance des troubles à posteriori. Ils avaient tous déjà été hospitalisés au moins une fois en HDT ; 2 avaient déjà vécu au moins une contention précédente, un ne souvenait pas avoir auparavant été contenu sans certitude et un n'avait jamais vécu cet expérience antérieurement; les périodes de contention allait de 8h à 6 jours avec, pour 1 des sujets, un intervalle « libre » d'isolement seul de 2 jours avant la reprise de la contention.

Les entretiens ont été réalisés entre 1 à 10 semaines après la fin de la contention.

### 1) Combien de temps a duré votre contention ?

Cette question à propos de la durée de la contention permet de mettre en évidence chez les 3 sujets maniaques une perturbation de la notion de temps : ils ont estimé tous les 3 avoir été contenus sur une période plus courte (d'au moins 24 h) que la période réelle de contention subie. D'ailleurs, les souvenirs que la majorité relate sont souvent flous. Les raisons sont multiples : effets secondaires des psychotropes à forte dose, décompensation du trouble psychiatrique, angoisse massive et refoulement. Concernant la possibilité que les soignants ont pu discuter avec eux, les patients répondent : « que cela a peut être eu lieu mais qu'il ne s'en souvient pas... quand je suis arrivé j'avais pris beaucoup de médicaments... je ne peux pas me souvenirs de tout ». Ce sont les nuits qui sont vécues le plus difficilement : « je me souviens beaucoup de la nuit, ça me paraissait interminable, pas tellement le jour, je sais pas pourquoi... la nuit, je ne dormais pas ».

### 2) A votre avis, qu'est ce qui a motivé votre mise en contention ?

La perception des patients des raisons qui les ont conduits à être maintenus se rapproche de ce que rapportent les soignants :

-L'agitation et l'agressivité envers le personnel : « j'étais turbulent...tendu », « je me suis énervé contre le personnel... j'ai frappé un soignant », « j'étais dans un état de surexcitation...je m'engueulais avec tout le monde », « j'étais en colère de considérer l'endroit ou on m'amenait ».

- La mise en danger de lui-même : « j'ai voulu faire le mur et je me suis accroché dessus, j'ai été emmené aux urgences...» ainsi que le risque de passage à l'acte auto agressif : « Je ne voulait pas rester à l'hôpital et j'étais suicidaire mais ça je l'ai appris la semaine dernière ».

-La demande du patient lui-même : « c'est moi qui est demandé la contention pour éviter de me faire du mal...j'avais envie de me couper le petit doigt ».

-l'importance du contexte et de la connaissance ou non du malade antérieurement : un patient parlent des infirmiers : « ils étaient méfiant car ils ne me connaissaient pas... c'est l'administration pénitencière qui m'a amené en contention jusqu'ici sans que je sache pourquoi... ».

Le vécu des patients est extrêmement varié. Pour l'un, il s'agit d'une punition : « On me fait ça pour me décourager pour la prochaine fois...pour me dire, au moins la prochaine fois, tu ne prendras pas de médicaments ...pour vous faire prendre conscience que ce n'est pas bien ce que vous avez fait». La relation soignant-soigné en devient parfois perturbée et l'alliance thérapeutique avec le psychiatre fragile : « d'habitude, quand ça va pas je le dis au Dr .X mais la prochaine fois que je vais pas bien , je risque de ne pas aller lui dire car il y a la contention.. . C'est encore plus dangereux de faire ça ». Pour un autre sujet, ce n'est que du « positif » : il repense à son hospitalisation comme un tout, dans lequel la contention a eu sa place au départ comme « un maillon qui (l') a aidé à (se) rétablir » : « c'était une hospitalisation forcée mais j'attendais qu'une chose, c'est qu'on m'y amène et je bénie ma sœur aujourd'hui... Je suis passée par une belle porte et heureusement que j'ai fini par passer au Nombre d'Or parce que dans mon état, je ne sais pas ou je me serais envolé... ».



3) Selon vous aurait on pu faire autrement ? Expliquez.

Deux sujets pensent qu'on aurait pu faire autrement. Le premier aurait préféré qu'on s'entretienne en premier avec lui, car il « n'était pas au courant, pas prévenu de ce qui se passait ». Le second évolue dans son discours au fur et à mesure de l'entretien. Au départ : « pour moi, en psychiatrie, si on s'énerve, même physiquement, on va plutôt prendre la personne et lui parler... expliquer et discuter au moins...mais pas la contention ». Puis, le sujet aborde la contrainte de l'isolement comme possibilité : « l'isolement fermé déjà ça aurait pu... ». L'isolement apparaît comme plus supportable que la contention. Pour terminer, à la fin de l'entretien, le sujet revient de lui-même sur ce qu'il aurait peut être fallu faire pour lui : « si on est « dangereux » comme ils disent, pourquoi ils nous mettent pas en contention 1 h avec un tranxène ou je ne sais quoi dans les fesses, pour bien nous shooter et après il nous détache ce sera mieux...1h pour la crise, après, je ne comprends pas ». Le troisième raconte un vécu totalement différent : « c'était un passage obligé devant mon état d'excitation...je ne vois pas comment ils auraient pu faire autrement...je me suis réconcilié avec la psychiatrie au Nombre d'Or ». Enfin, pour le quatrième qui a demandé sa contention « ou une grosse piqûre » pour éviter de se faire du mal explique: « si un cachet existait pour éviter la contention, j'aurais préféré mais ça n'a pas marché... ».

4) Qu'avez-vous ressenti pendant cette période en terme d'émotions et de sentiments ?

Pendant la contention, 3 des 4 patients évoquent un sentiment de révolte devant la privation de liberté : « révolté de ne plus avoir les mains libres, ni les pieds d'ailleurs...révolté de ne plus être libre ». Ce sentiment de révolte peut aller jusqu'à la perception de la haine : « je ressentais de la haine contre le monde entier ».

L'utilisation des mesures de contraintes fait l'objet d'une incompréhension pour deux sujets et, pour un des sujet, j'ai noté des persévérations anxieuses autour de la mesure de contention pendant la durée de l'entretien dont je cite quelques exemples : « à la limite qu'on m'oblige à rester, qu'on me mette en HDT oui, parce que c'est vrai... quand je vais pas bien, je prends des médicaments et ça arrive que je dise vouloir me suicider...HDT d'accord... pourquoi ils ne m'ont pas mis en isolement ? Je n'allais pas me sauver, la porte est fermée...mais pas la contention, non pas la contention ». Puis, le sujet ajoute : « Pourquoi on me l'a fait cette fois-ci et pas les autres hospitalisations ? ». La contention est ressentie pour l'un d'entre eux comme un échelon de plus vers la souffrance : « avant, je ne supportais pas l'hospitalisation. Maintenant je me dis que c'est rien du tout... ».

Cette incompréhension vient de l'effet de surprise, qui crée l'émotion, et qu'ils décrivent pour 3 d'entre eux : « là, on arrive, il y a des hommes qui arrivent, ils vous prennent et vous mettent en contention » ; « oui, des hommes qui vous prennent de force ». Un autre sujet a été « choqué » par le nombre d'infirmiers nécessaire alors qu'il avait lui-même demandé sa contention : « ils étaient deux dans le service mais ils sont arrivés à quatre, ça m'a fait drôle, je n'allais pas leur faire du mal, j'ai pleuré ».

L'histoire de la psychiatrie dans les représentations réapparaît pour deux patients : « Je pensais au fou dans les hôpitaux, on appelle le personnel, les hommes forts et hop ! on vous attache » ; « la contention, c'est difficile, je suis pas fou...déjà voire un psychiatre, je pensais qu'il fallait être fou pour les voire ». La thématique de la prison est évoquée pour trois des sujets : « on se croit en prison, on regarde au petit carreau, on ouvre la porte , on entend

les clefs qui font du bruit » ; « on est pas contenu mais détenu ». Un autre évoque qu'il était « dans un état tel que tout ceux qui se trouvaient autour de (lui), étaient associés aux grilles de l'hôpital qui est un lieu fermé, même si c'était un hôpital à part entière, (lui) le considérait comme une prison » et il ajoute : « peut être que mes hospitalisations passés ont laissé des traces... ». Un patient relate la honte d'avoir été contenu et l'impossibilité d'en parler à ses collègues de travail par exemple. Les répercussions personnelles peuvent être lourdes « mon ami m'a dit que j'étais folle car j'avais été contenu et il m'a quitté ».

Un patient décrit la vulnérabilité extrême d'être contenu et le sentiment d'impuissance est majeur pour 2 d'entre eux : « on n'est plus maître de ses mouvements » ; « j'étais pris comme un animal » ; « quand je voulais aller au toilette, je criais. S'ils ont décidé qu'ils ne viendraient pas et bien ils ne viennent pas ... ils ne cherchent pas à savoir si vous avez chaud ou froid ». Il faut essayer de négocier pour se laver quand on veut, ou pour manger seule : « on vous donne la béquie comme un bébé, sauf qu'un bébé on le cagole et on le console...comme plus rien, donc vous n'êtes plus rien. Un objet. ». Ainsi, pour certains des patients, un véritable sentiment de dévalorisation et d'anéantissement est mis en évidence.

La thématique du pouvoir et de l'impuissance est analysé chez Foucault. Le pouvoir selon Foucault ne peut être exercé que sur quelqu'un qui a un champ d'action possible. Cela signifie qu'il faut qu'il existe une liberté pour qu'il y ait un pouvoir. Il doit y avoir la possibilité de lutte et de récalcitrance. Or le respect du règlement intérieur qui est souvent à l'origine d'une contention apparaît pour Foucault comme une technique disciplinaire exercée par un groupe de sujet afin de contrôler la conduite d'un autre groupe. Dans cette optique, la

réaction en chaîne classique commence avec le malade qui viole les règles de l'unité. L'équipe réitère les consignes ; le malade refuse les limites et résulte une lutte de pouvoir entre patient et l'équipe qui se termine par une « démonstration de force » de cette dernière. Or, si une personne se voit supprimer en totalité sa liberté d'action par une autre personne, il n'y a plus de relation de pouvoir. La perte de tout pouvoir et de tout contrôle sur soi peut être alors deshumanisante. (30)

Pour certains des sujets, la contention n'est pas mentalisable. C'est l'impensable, l'irreprésentable : « Je ne savais pas que ça existait...enfin si, j'ai déjà vu comme ça dans les couloirs, on voit un peu... pour moi c'était pour les gens très très violent... mais je ne pensais pas que ça m'arriverait à moi ». C'est aussi l'inconcevable de la mort qui surgit et auquel un des patient a été confronté : « j'avais peur d'être enfermé et qu'on me tue...j'avais l'impression de mourir de l'intérieur et avais du mal à respirer...j'ai cru que j'allais mourir ». D'ailleurs, les patients ne savent pas quand se terminera la contention : « quand cela va – t-il finir ? ».

La douleur physique, enfin est relatée par tous les sujets : « un jour, j'avais réussi à me détacher, enlever un bras, j'ai donc réussi à sonner...comme j'avais réussi à me détacher ils m'ont resserré les sangles...je criais, j'ai mal j'ai mal mais ils ne vous écoutent pas » ; « les mauvais souvenirs de ma période de contention, c'est les liens forts serrés au niveau du lit...les lanières trop serrées autour des poignets, dès que je bougeais...c'était fortement gênant, ça m'a empêchait de dormir...la journée c'était à moi de contrôler et de ne pas trop bouger ». Le lit apparaît alors comme une « table de torture ». Un des patients relate des difficultés à respirer en lien avec sa colère et sa douleur physique.

##### 5) Qu'est ce qui vous a aidé pendant cette période ?

Pour 1 des sujet, il ne semble que rien ne l'a aidé pendant la contention ou en tout cas, « ne s'en souvient pas ». Dans le service, les infirmiers amènent un poste de musique dans la chambre du patient contenu quand c'est possible (3 patients sur 4 ont pu en bénéficier). Alors que pour l'un : « Ils mettaient de la musique douce mais je ne crois pas que cela m'ai aidé...Je crois pas. », pour les deux autres, la musique semble avoir été bénéfique : « ils avaient ramené un radiocassette avec des cd que j'avais sur moi à l'époque et qui m'aidaient à me calmer » ; « le poste de radio m'a aidé, sans poste, j'aurais mis une corde... ». La relation établie avec les infirmiers semble prédire ce que sera le vécu à posteriori : « c'était très mauvais la relation avec l'équipe...sauf un qui était très gentil ». Un autre patient se souvient à l'inverse que « de temps en temps, un infirmier ou une infirmière se posait dans la chambre et discutait avec moi. C'était agréable, ça me donnait l'impression de réexister par une communication normale avec les gens ». Le même sujet évoque la relation de confiance avec le médecin : « je me suis réconciliée avec la psychiatrie au Nombre d'Or : ça faisait longtemps que je n'avais pas eu de contact avec les psychiatres » et parle de l'évolution de la communication qui s'est faite en entretien et l'amenait à avoir des « petits déclics » car « j'étais dans un état on va dire positif, trop positif par rapport à la réalité. J'étais décalé ». Enfin, le fait de penser à sa famille a aidé un sujet : le fait de penser à son fils lui permettait « de tenir ».

Ce qui aurait pu les aider ?

« C'est le psychiatre qui aurait pu m'aider et me dire « aujourd'hui, on lève la rétention ! » raconte un des patients. Deux sur quatre disent qu'on aurait pu les aider en les informant et discutant et en leur expliquant pourquoi ils étaient en contention et dans quel cas la contention est levée. Un des sujet aurait souhaité avoir des visites de sa mère en contention avec qui il entretient des liens fusionnels (« il faut absolument que tous les jours j'ai des nouvelles et elle aussi » ; « pourquoi je n'ai pas eu le droit de voir physiquement ma mère, pourquoi ? »). Enfin, de manière concrète, la présence d'une sonnette qu'on tient dans la main pour appeler le personnel « serait mieux que de crier pour qu'ils viennent quand vous voulez aller aux toilettes ».

6) La contention vous a t'elle conduit à un apaisement ?

La réponse est « non », pour 2 sujets. Au contraire, ils ont été « énervés » par la contention car se sentant « menacés ». Par contre, la contention a été un apaisement par l'association de plusieurs choses pour un des patients qui raconte : « la contention, le traitement, le fait de voir s'élargir un peu mon champ de liberté si vous voulez, ça s'est fait assez rapidement : par exemple prendre le repas avec les autres...je voyais une évolution ... la contention était nécessaire car j'étais dans un état d'esprit qui dépasse la normalité, on m'attache, c'est pour après ressortir...elle a pu servir énormément à mon rétablissement et à ce que je revienne les pieds sur Terre parce que je pense qu'elle a pas duré trop longtemps par rapport à mon état d'excitation... ils ont réussi, par cette méthode à rendre les choses efficaces pour après me soigner dans les meilleures conditions ». Enfin, pour celui qui avait demandé sa contention, l'apaisement a eu lieu au bout d'une heure environ et celui-ci a dormi par la suite jusqu'au lendemain matin lorsque la contention a pu être levée.

7) La contention vous a-t-elle conduit à vous rappeler des événements antérieurs douloureux de votre vie ?

La contention peut réactualiser un vécu traumatique ancien. En effet, 2 sujets sur 4 ont parlé d'évènements passés ayant resurgi lorsqu'il était contenu. Le premier sujet s'est rappelé une garde à vue 3 ans plus tôt lorsque « la police l'avait serré comme un sac de moutons comme s'il était mort, mort comme un animal ». Le second sujet évoque son enfance : « ça me rappelle surtout mon père, qui, dans mon enfance a été maintenu 4 fois...il buvait et dans les périodes de crises, les pompiers venaient le chercher...il était maintenu et ils l'amenaient sur Armentières...je me rappelle, j'allai pas le voir quand il était maintenu mais je voyais partir maintenu sur le brancard ... à partir de 5 ans j'ai des souvenirs là tout le temps, donc la force, obtenir les choses par la force, ça me ramène à des souvenirs de mon père et de mon enfance qui n'était pas heureuse » et le patient poursuit : « il y a eu maman aussi une fois qui était dépressive...une fois elle est partie aussi maintenu mais ça je n'y pense que maintenant mais c'est pas celui là que j'ai revu pendant la contention ». La contention s'inscrit dans l'histoire du sujet. Le même patient qui a parlé de ses parents ayant été contenus se souvient d'avoir pensé une fois la contention levée, « c'est à mon tour d'être maintenu, après papa, c'est moi ». Ce processus d'identification permet alors de mieux comprendre le vécu douloureux de la contention pour ce sujet.

Enfin, chez un des sujets, il existe depuis la contention des moments de reviviscences spontanés concernant cette fois-ci la contention elle-même : « chez moi, de temps en temps, ça me revient, toute seule, sans raison, vous vous retrouvez dans la contention...c'est difficile à gérer, ça donne des angoisses...je ne peux en parler à personne et je reste avec ça...peut

être que comme ça aujourd'hui tout sera dit et je n'y penserai plus ». Ce patient explique que ses angoisses concernent la peur de revivre « ça » lors de ses prochaines décompensations.

#### 8) Pensez vous ce questionnaire utile ?

Un des sujets a véritablement apprécié le fait de reparler de son vécu. Il attendait d'ailleurs le RDV avec impatience et avait envisagé l'entretien comme cathartique : « peut être que comme ça tout sera dit, ce sera casé dans un coin de ma mémoire et je serai tranquille ». Un sujet précise qu'au-delà de la contention c'est surtout la réflexion sur l'évolution de son hospitalisation dans son ensemble qui lui a fait du bien d'évoquer ensemble.

Enfin, concernant les échelles d'évaluation réalisées avec le patient en fin d'entretien, les résultats sont les suivant :

#### Echelle PDI : Peritraumatic Distress Inventory

Elle évalue par 13 questions la détresse péritraumatique du sujet concernant un évènement traumatogène. Il s'agit ici de l'évènement « contention ».

La puissance du score de cette échelle prédit l'évolution du trouble post traumatique, notamment vers le PTSD.

Deux des patients ont des scores inférieurs à 10 sur 52.

Les deux autres patients ont des scores à 37 et 39 sur 52.



### Echelle IES : Impact of Event Scale

Un score égal ou supérieur à 42 est en faveur d'un PTSD.

Un des patients a répondu : « pas du tout » à toutes les questions et a donc 0.

Le patient ayant demandé sa contention a un score de 8 (6 points d'intrusion et 2 d'évitement).

Les deux patients ayant obtenus des scores élevés au PDI ont des scores IES élevés. Un des patients a 40 points (20 points d'intrusion et 20 points d'évitement). L'entretien a été réalisé à 10 semaines de l'événement stressant. Il n'existe pas de « stress post traumatique » à proprement parlé. Pourtant, des arguments dans le discours et devant le score élevé aux tests, ne peut-on pas considérer qu'il existe un syndrome post traumatique et un risque d'évolution vers un PTSD ? Ce patient est donc à surveiller cliniquement.

L'autre patient a un score de 45 (22 points d'intrusion et 23 points d'évitement). L'entretien a été réalisé 10 jours après la levée de contention. Ce patient a un syndrome de « stress post traumatique » car il a score supérieur à 42 mais le délai de 10 jours n'est pas suffisant pour affirmer un PTSD avec les critères du DSM IV TR auquel il se réfère. Pourtant, ne faut-il pas considérer ce patient « à risque » d'un futur PTSD authentique et considérer alors, comme pour le sujet précédant, qu'il présente des critères de syndrome post traumatique ?

## VI – Discussion

Dans cette étude réalisée au sein d'une unité fermée de soins psychiatriques, une des questions posées était celle de la place de la contention dans les soins. Il m'apparaît désormais plus clair qu'il s'agit d'un soin à part entière. En effet, la contrainte aux soins est légitime lorsque la maladie prive le sujet de son libre arbitre et de son entendement. Le recours au rétrécissement momentané du champ d'action de certains malades est à conserver comme une nécessité thérapeutique. La maladie mentale elle-même isole souvent le malade mentale des autres. Les sentiments de la simple gêne à la culpabilité que nous pouvons avoir en tant que soignant à l'évocation, à la prescription ou à la réalisation d'une contention, vient du fait que nous sommes aussi des « non soignants » en dehors de l'hôpital. Comme les patients le relatent lors des entretiens nous sommes en tant que civil sensible à l'histoire de la psychiatrie asilaire et de l'horreur qu'elle peut représenter dans la mémoire collective. Et le « débat de société » autour de la psychiatrie et des fonctions du psychiatre ne semble pas pouvoir être résolu : « d'un côté les psychiatres seraient ceux qui réclament le droit à certains enfermements, et d'un autre ceux qui se permettent de laisser divaguer des gens dangereux ? Il s'agit de deux débats pourtant différents : en tant que citoyen, nous pourrions être d'accord sur le fait que restreindre la l'espace d'un sujet est une atteinte à sa liberté. Mais, en tant que psychiatre, il faut pondérer la notion de liberté en ce qui concerne la maladie mentale et alors, affirmer, qu'entraver la démarche d'un malade, loin d'être une atteinte à sa liberté, représente une préservation de ses libertés à venir. Il ne faut pas confondre l'individu et sa maladie. Un individu isolé est un être privé de liberté, un malade contenu est certainement un sujet que l'on aide à combattre sa maladie, celle-ci étant souvent responsable de son aliénation donc de sa perte de liberté». (3)

Peut-être faut-il assumer le fait que les patients qui sont contenus sont incontrôlables et le fait qu'être incontrôlable est effrayant ? Alors, c'est seulement en se sentant soi-même en sécurité par ces limites externes, que l'on est capable de soulager et de reconforter le patient ? Il faut accepter que la psychiatrie, en tant qu'institution soignante ne soit pas toute puissante et qu'on puisse avoir recours à la contention en tant que contenance pour que les soignants et l'institution puisse être la plus contenante possible. Lorsqu'il y a un défaut de symbolisation, des soins plus concrets jusqu'à la contention s'imposent et la contention devient alors comme un médiateur permettant le soin psychique.

La contention est événement stressant type « état de stress aigu », comme le confirme les entretiens avec les soignants et les patients lorsqu'il évoquent la menace, le danger de la situation où soignants comme patients se vivent comme victimes, se sentent « agressés ». En ce qui concerne les soignants, ils semblent que le stress reste adaptatif et qu'il n'existe pas de conséquences pathologiques type « stress dépassé » dont la survenue pourrait être liée à la répétition et/ou à l'intensité de ces stress aigus. Mais, cette étude ne permet pas de l'affirmer étant donné que la population de soignant est très restreinte et qu'aucun test standardisé n'a été réalisé. D'autre part, il m'a semblé parfois constater que parmi les réponses des infirmiers certaines étaient défensives ou dans l'évitement et montraient une grande ambivalence dans le discours. Un biais qui me semble important est celui d'avoir fait une étude en tant qu'« enquêtrice » faisant parti du service et que mes questions ont pu être vécues comme intrusives par les équipes. Je pense donc dans un premier temps poursuivre mon étude et réaliser des entretiens avec tous les infirmiers du

service qui m'avaient donné leur accord et dans un second temps réaliser le même type d'entretien mais dans un service dans lequel je ne travaille pas dans le but de réaliser un grand nombre d'entretiens afin de mieux évaluer les effets traumatogènes de la contention sur les soignants.

Cependant, concernant les entretiens à propos du vécu des patients, il apparaît qu'en parallèle du stress provoqué par l'imprévu de la contention, celle-ci puisse devenir le lit de syndromes post traumatiques. Mais plutôt qu'un évènement traumatique, la contention se révèle être un évènement traumatogène car elle s'inscrit dans l'histoire personnel du sujet. En fonction de l'organisation et de l'économie affective du sujet, c'est-à-dire, en fonction de la forme et de l'intensité de son lien à l'autre, la contention va être ou non, vécue comme une effraction dans le psychisme de celui ci. Un des patients nous laisse apercevoir cette effraction psychique. Accompagnée de sentiment de honte et de culpabilité, ce patient exprime une rancune immense qui laisse deviner son vécu abandonnique. Ce qui est intéressant c'est que l'évènement « contention » agit comme révélateur : il n'y a pas un mais des traumas comme nous le montre le cas du patient présentant des scores élevés au test PDI et IES. Les 2 tests évaluent le retentissement de l'évènement contention mais l'entretien nous permet de faire un lien avec des vécus traumatiques dans l'enfance qui sont réactivés par la contention et peuvent certainement expliquer une partie de la vulnérabilité individuelle à faire un syndrome post traumatique suite à cette contention.

Ce qui émerge également de ses entretiens, alors que la contention est « physique » et que « la cause » de la mise en contention est la conséquence bien souvent d'une

« agitation », c'est la nécessité « de parler » et de « réfléchir » qui apparaît comme faisant le plus défaut pour tous les intervenants. Que ce soit dans la relation avec le patient ou entre collègue, il faut réintroduire de la parole là où il y a de l'acte. Il faut trouver des mots pour avoir l'occasion de conflictualiser l'opposition. Au delà même des mots, il faut « communiquer », crée du lien.

La contention est un événement qui a lieu dans un cadre institutionnel précis à un moment donné, dans un contexte donné, dans une interaction soignant-soignant et soignant-soigné. Certes, l'utilisation de la contention doit être raisonnée et encadrée. Mais la mise en place de « procédures », dans une démarche de formalisation des pratiques à laquelle nous familiarise la mise en place de l'accréditation des établissements de santé, ne doit pas pour autant dispenser d'une réflexion attentive, au cas par cas, en fonction de chaque situation singulière. « Une organisation dérive quand elle perd de vue ses objectifs, sa tâche primaire et son sens ». Le processus organisateur devenant une fin en soi : c'est l'organisation pour l'organisation et cela engendre une déshumanisation évidente. Les sociologues des organisations ont bien décrit cette dérive, sur le registre du bureaucratisme : la « maladie de la gestion » entraîne perte d'identité et le développement de règles impersonnelles (1). Ce n'est pas la procédure qui semble critiquable mais les critères de sa mise en œuvre, l'absence de repérage de son d'action sur l'individu et de son inscription dans l'histoire du sujet.

## VII - Conclusion

La contention physique a contribué à donner dans le passé, une image fort négative des soins psychiatriques. Nous ne devons pas pour autant en refuser l'utilisation lorsqu'elle vise à contenir, rassurer, protéger.

Cette étude nous montre que la personnalité du sujet est indissociable du vécu du patient et de ce que signifie pour lui la contention dans son histoire. L'analyse exclusive du lien contention/trauma occulte d'autres liens car l'évènement « contention » est biaisé par des événements précédents exprimés ou non cliniquement.

Le devenir des traumatisés psychiques ne doit pas être évalué uniquement en terme de proportion d'états de stress post traumatiques ou simplement par l'évaluation de la symptomatologie de symptômes d'intrusion ou d'évitement présentés par la victime potentielle mais par des entretiens permettant au sujet, grâce à ses propres associations, d'être son propre révélateur.

## VIII - Bibliographie et Annexes

- (1) Peritraumatic distress prospectively predicts PTSD symptoms in assault victims.  
Jehel L, Paterniti S, Brunet A, Louville P, Guelfi JD.  
*Encephale*, (2006) Nov-Dec; 32(6 Pt 1):953-6.
- (2) La contention en psychiatrie. Approche et évaluation du vécu des patients.  
Gauillard J, Cheref S, Viala A, Caroli F. *Nervure*, (2004) Tome XVII, 1.
- (3) Isolement, contention et contrainte en psychiatrie, Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes JP,  
(2000) au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française.
- (4) Isolement et contentions : revue de la littérature et focus sur leurs impacts et les normes  
qui les régissent. Begin S. *Revue Canadienne de psychiatrie*, (décembre 1991) 36 : 752-  
759.
- (5) Attacher n'est pas contenir. Friard D. *Santé mentale* (mars 2004) ,86.
- (6) The tyranny of seclusion : a brief essay. Pilette PC.  
*J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* (1978); 16 (10): 19-21
- (7) Contention et perspectives thérapeutiques. Palazzolo J. *Santé Mentale* (mars 2004), 86.
- (8) Violence in Mental health care: are there any solutions? Gournay K.  
*Mental Health Practice*: 5, (2001).
- (9) Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and  
the impact of training.  
Stubbs B, Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C, Davis S.  
*J Psychiatr Ment Health Nurs.* (2009) Feb; 16(1):99-105.
- (10) Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for  
mental health inpatients and staff in the UK  
Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N.  
*J Psychiatr Ment Health Nurs.*(2002)Aug;9(4):465-73.
- (11) Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses.  
Strumpf NE, Evans LK. *Nurs Res.* (1988) May-Jun; 37(3):132-7.
- (12) Views of nursing staff on the use of physical restraint.  
Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr AM, Sayer J.

- J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003 Aug;10(4):425-30.
- (13) Psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: "when I go home, it's then I think about it. Sequeira H. Halstead S. *The journal of Forensic Practice* (2004) 4, 9-18
- (14) Il y a contention et "contension"! Lugrin Y. *Santé Mentale* (mars 2004), 86.
- (15) Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. Sheridan M, Henrion R, Robinson L, Baxter V. *Hosp Community Psychiatry.* (1990) Jul; 41(7):776-80.
- (16) Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. Whittington R, Wykes T. *Br J Clin Psychol.* (1996) Feb; 35 ( Pt 1):11-20.
- (16 bis) The psychology of « takedown » : Emotional and cognitive processes during the emergency management of the violence by physical restraint on the floor. R.C. Whittington. *School of Health Sciences, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom*
- (17) Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. Acute psychiatric wards. Bowers L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J, Turner L. *Psychiatr Serv.* (2006) Jul; 57(7):1022-6.
- (18) The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. Fish R, Culshaw E. *J Intellect Disabil.* 2005 Jun; 9(2):93-107
- (19) La crainte de l'effondrement. Winnicott D.W, Gallimard
- (20) Chemins vers la Clinique. Jean Oury (2007) *L'évolution psychiatrique*; 72. 3-14
- (21) Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. *J Adv Nurs.* 1999 Oct;30(4):934-41.
- (22) A review of the content of management of violence policies in patient mental health units. Wright S., Lee S., Sayer J., Parr A-M., Gournay K. *Mental Health Care* 3, 2000, 373-376
- (23) Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. Naber D, Kircher T, Hessel K. *Eur Psychiatry.* 1996;11(1):7-11.



- (24) Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint.  
Chien WT, Chan CW, Lam LW, Kam CW.  
*Patient Educ Couns.* 2005 Oct;59(1):80-6. Epub 2004 Nov 19.
- (25) Attitudes of patients and families toward restraint and seclusion.  
Bilanakis N, Peritogiannis V. *Psychiatr Serv.* 2008 Oct;59(10):1220
- (26) Restraint Stress in biomédical research : a review Paré william P, Glavin Gary B (1986)  
*Neuroscience Biobehavioral Reviews*, vol10 p 339-370.
- (27) Restraints: retraumatization for rape victims?  
Smith SB. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1995 Jul;33(7):23-8.
- (28) Les traumatismes psychiques de guerre. Crocq L. 1999 Paris Odile Jacob.
- (29) L'enfermement soignant, entre violence et vulnérabilité Monceau M, Monnet J, Emeraud PY, Micouin G, Meyer JC Mémoire 1996
- (30) Histoire de la folie (folie et déraison à l'âge classique),  
Foucault M. Collection 10-18, Plon, Paris, 1974
- (31) Les traumatismes psychiques  
De Clercq M., François Lebigot ; Masson 2001

NOM : \_\_\_\_\_

Date : ... \_\_\_\_\_

### Echelle I.E.S

Le \_\_\_\_\_ vous avez vécu une agression.

Ci-dessous vous pouvez lire une liste de commentaires faits par des personnes ayant elles aussi subi un événement stressant. Cochez en face de chaque proposition pour indiquer la fréquence à laquelle ces commentaires étaient vrais pour vous au cours des **derniers 7 jours**. S'ils ne se sont pas produits au cours de cette période, cochez la colonne "pas du tout".

	pas du tout	rarement	parfois	Souvent
J'y ai pensé quand je n'en avais pas l'intention				
J'ai évité de me laisser emporter par la colère quand j'y ai pensé, ou quand quelque chose ou quelqu'un me l'a rappelé				
J'ai essayé de me l'enlever de ma mémoire				
Des images ou des pensées à ce sujet m'ont réveillé, ou empêché de m'endormir				
J'ai vécu à ce sujet des sentiments par moments intenses				
J'ai eu des rêves à ce sujet				
Je suis resté à l'écart de ce qui me le rappellerait				
J'ai eu l'impression que cela n'avait pas eu lieu, ou n'avait pas été réel				
J'ai essayé de ne pas en parler				
Des images à ce sujet ont fait irruption dans ma pensée				
D'autres choses ont continué à m'y faire penser				
J'ai pris conscience que cela me faisait toujours quelque chose, mais que je ne savais pas y faire face				
J'ai essayé de ne pas y penser				
Tout ce qui m'a rappelé ce sujet m'a bouleversé				
J'ai ressenti à ce sujet comme un engourdissement				

Items 1 - 4 - 5 - 6 - 10 - 11 - 14 -> intrusion / Items 2 - 3 - 7 - 8 - 9 - 12 - 13 - 15 -> évitement  
 Pas du tout = 0 / Rarement = 1 / Parfois = 3 / Souvent = 5 / PTSD ≥ 42

#### 4. Inventaire de détresse péritraumatique (PDI)\*

**Instructions :** complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement critique. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse « *Pas du tout vrai* ».

1	Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
2	Je ressentais de la tristesse et du chagrin.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
3	Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
4	J'avais peur pour ma propre sécurité.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
5	Je me sentais coupable.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
6	J'avais honte de mes réactions émotionnelles.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
7	J'étais inquiet pour la sécurité des autres.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
8	J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>
9	J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle.				
	0 <i>Pas du tout vrai</i>	1 <i>Un peu vrai</i>	2 <i>Assez vrai</i>	3 <i>Très vrai</i>	4 <i>Extrêmement vrai</i>

10	J'étais horrifié(e) par ce que j'avais vu.				
	<i>0</i> <i>Pas du tout vrai</i>	<i>1</i> <i>Un peu vrai</i>	<i>2</i> <i>Assez vrai</i>	<i>3</i> <i>Très vrai</i>	<i>4</i> <i>Extrêmement vrai</i>
11	J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations.				
	<i>0</i> <i>Pas du tout vrai</i>	<i>1</i> <i>Un peu vrai</i>	<i>2</i> <i>Assez vrai</i>	<i>3</i> <i>Très vrai</i>	<i>4</i> <i>Extrêmement vrai</i>
12	J'étais sur le point de m'évanouir.				
	<i>0</i> <i>Pas du tout vrai</i>	<i>1</i> <i>Un peu vrai</i>	<i>2</i> <i>Assez vrai</i>	<i>3</i> <i>Très vrai</i>	<i>4</i> <i>Extrêmement vrai</i>
13	Je pensais que j'allais mourir				
	<i>0</i> <i>Pas du tout vrai</i>	<i>1</i> <i>Un peu vrai</i>	<i>2</i> <i>Assez vrai</i>	<i>3</i> <i>Très vrai</i>	<i>4</i> <i>Extrêmement vrai</i>