

## COMMENT AMÉLIORER LA PRATIQUE DE LA CONTENTION MÉCANIQUE EN PSYCHIATRIE ?

Une étude qualitative sur le point de vue des patients

Raphaël Carré, Anne-Hélène Moncany, Radoine Haoui, Christophe Arbus, François Olivier

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2018/6 n° 358 | pages 32 à 36

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2018-6-page-32.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Raphaël Carré *et al.*, « Comment améliorer la pratique de la contention mécanique en psychiatrie ? Une étude qualitative sur le point de vue des patients », *Le Journal des psychologues* 2018/6 (n° 358), p. 32-36.  
DOI 10.3917/jdp.358.0032  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Comment améliorer la pratique en psychiatrie ?

## Une étude qualitative sur le point de

**En raison de sa violence intrinsèque, de la privation de liberté qu'elle représente et de ses potentiels effets secondaires, la contention physique est au cœur des préoccupations et réflexions menées par les soignants et le législateur. Entre propositions d'améliorations et alternatives, l'étude qualitative présentée ici souligne combien les patients perçoivent l'enjeu de dépendance, celui du pouvoir dans leurs rapports avec les professionnels qui les prennent en charge, mais aussi l'importance d'une continuité relationnelle.**

La contention physique est aujourd'hui une pratique fréquente en psychiatrie adulte, en France comme dans de nombreux autres pays (Steinert *et al.*, 2010). Pourtant, à ce jour, les études sur le sujet ne permettent pas de prouver une efficacité thérapeutique de la contention physique dans la gestion de l'agitation en psychiatrie (Nelstrop *et al.*, 2006 ; Bergk *et al.*, 2011 ; Georgieva, Mulder, Noorthoorn, 2013). Des auteurs (Sailas, Fenton, 2000) recommandent ainsi de ne pas user de la contention, en raison de l'absence de preuve d'efficacité, mais également de l'existence de nombreux effets secondaires délétères. En effet, de multiples études établissent que l'utilisation de la contention physique peut s'accompagner d'effets indésirables graves, voire mortels (Rakhmatullina, Taub, Jacob, 2013 ; Mohr, Petti, Mohr, 2003).

En lien avec ces résultats, de nombreux rapports, recommandations de bonnes pratiques et textes législatifs ont émergé ces dernières années, qui encadrent plus précisément son utilisation en France. Deux rapports récents, celui du député Denys Robiliard<sup>1</sup> et celui du Contrôleur général des lieux de privation de liberté<sup>2</sup>, dénoncent son augmentation. En 2016, la loi de santé française modifiée définit la contention physique comme une mesure qui doit être utilisée en dernier recours. Elle instaure également un registre administratif portant des mentions légales obligatoires et pouvant être mis à disposition auprès du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et de la Commission des soins psychiatriques<sup>3</sup>.

Les patients usagers partagent cette vision critique du recours à la contention mécanique. Dans un précédent article (Carré *et al.*, 2017), nous avons analysé le vécu des patients, au moyen d'une étude qualitative, en montrant qu'il était essentiellement négatif. Y prédominaient les thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude dans la perception d'eux-mêmes au cours de l'expérience de contention ; on notait également des thèmes de déshumanisation, de sanction / punition, d'humiliation, d'abandon et de violence dans la perception des relations avec les soignants. Dans ce contexte, il semble essentiel d'intégrer le point de vue des patients usagers concernant les améliorations et alternatives à la contention mécanique. Si une étude canadienne a montré qu'il était possible d'impliquer des représentants de patients usagers dans un travail

### Les auteurs :

#### Raphaël Carré

Praticien hospitalier au centre hospitalier Gérard-Marchant, Toulouse

#### Anne-Hélène Moncany

Praticien hospitalier au centre hospitalier Gérard-Marchant, Toulouse

#### Radoine Haoui

Praticien hospitalier au centre hospitalier Gérard-Marchant, Toulouse

#### Christophe Arbus

Professeur des universités et praticien hospitalier, CHU de Toulouse

#### François Olivier

Praticien hospitalier au centre hospitalier de Montauban

# de la contention mécanique

## vue des patients

sur les mesures alternatives à la contention et à l'isolement (Tantchou Dipankui *et al.*, 2014), à notre connaissance, il n'existe pas de telles études en France à ce jour. L'objectif de cette recherche est de décrire les propositions d'améliorations et d'alternatives faites par des patients usagers après qu'ils aient vécu une expérience de contention mécanique en psychiatrie.

### MÉTHODE

L'étude a été menée entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 mai 2014 dans le centre hospitalier spécialisé Gérard-Marchant et le centre hospitalier universitaire de Purpan, tous deux situés à Toulouse. Pour participer à cette recherche qualitative, les personnes devaient être hospitalisées dans une unité à temps plein, en hospitalisation libre ou sans consentement, être âgées de 18 à 65 ans, avoir connu une expérience de contention mécanique et être en phase de stabilisation clinique (soit un score à la *Clinical Global Impression* amélioration de 1 ou 2). Lors de l'inclusion, dix patients, soit un quart de la population concernée par l'étude, ont refusé de participer. Au total, 29 patients ont été rencontrés, dont 22 étaient de sexe masculin et 7 de sexe féminin. La moyenne d'âge était de 35,5 ans.

Le protocole d'étude a été présenté devant le comité d'éthique du centre hospitalier Gérard-Marchant de Toulouse. Un consentement éclairé a été recueilli auprès de chacun des participants, les informant de l'anonymat des données recueillies et de l'absence d'incidence sur leur prise en charge. L'évaluateur n'était pas impliqué médicalement dans le suivi des patients inclus.

Cette étude qualitative repose sur des entretiens semi-directifs. Cette technique suppose de maintenir une position neutre tout au long des entretiens et de respecter le discours spontané des patients. L'entretien a été enregistré. Il s'est déroulé selon un guide élaboré à partir d'une revue de la littérature qui comportait deux axes :

- une proposition d'alternatives de prise en charge à l'utilisation de la contention physique dans la situation que rapporte le patient ;
- une proposition de mesures visant à améliorer le vécu du patient dans la situation qu'il rapporte.

Le fait que le recrutement des patients et le recueil des données aient été réalisés au sein même des services de psychiatrie a pu avoir un effet sur les propos recueillis. On peut, en effet, imaginer que les patients ne se sentaient pas entièrement libres de donner leur point de vue et craignaient que cela influe sur leur prise en charge. Pour limiter ce biais, une information orale et écrite a été délivrée à tous les patients, précisant notamment l'absence d'impact de l'étude sur les soins prodigués dans les services.

L'intégralité du corpus d'entretien a ensuite fait l'objet d'une analyse thématique. Elle consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et à l'examen discursif des thèmes abordés dans le corpus. Ensuite, le corpus a été transposé en plusieurs thèmes représentatifs du contenu analysé et mis en relation avec la problématique de la recherche.

### CE QUE DISENT LES PATIENTS

Nous proposons, dans un premier temps, de rendre compte des améliorations évoquées par les patients, organisées par thématique. →

#### Notes

1. Robiliard D, 2013 « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>.
2. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France), 2016, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz.
3. Article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 322-5-1 du CSP.

### → Continuité du lien relationnel

Les premières améliorations proposées par les patients concernent principalement leurs rapports avec les soignants. Ils suggèrent que les visites soient plus régulières et plus fréquentes lors des périodes de contention, ce qui est souvent en lien avec des thématiques de solitude, voire d'abandon : « *Qu'on vienne régulièrement me voir, qu'on ne me laisse pas pendant des heures toute seule à broyer du noir.* »  
« *On aurait pu venir plus souvent. Je criais, je n'en pouvais plus de rester seul.* »

## Les premières améliorations proposées par les patients concernent principalement leurs rapports avec les soignants.

Certains patients précisent qu'il ne s'agit pas seulement de la fréquence des visites, mais aussi de la nécessité de maintenir le lien relationnel avec les soignants, notamment ceux qui ont mis en place la contention : « *Plus de visites pour la personne, pour la mettre en confiance. Qu'elle se mette en confiance. Parler avec elle, se mettre à sa place.* »  
« *Qu'ils rentrent me demander quelque chose. Communiquer. Qu'il y ait quelque chose de vivant, pas d'éteint.* »  
« *Qu'il y ait un dialogue qui s'instaure tout au long de la contention. Que quelqu'un qui a vu la scène, un infirmier ou un aide-soignant, qui a participé à la contention, essaie d'instaurer le dialogue avec le patient.* »

### Délivrance d'informations et espace de parole

Plusieurs patients souhaitent avoir davantage d'informations durant leur expérience de contention : « *Expliquer à la personne avant de l'attacher que c'est temporaire, pourquoi on le fait et combien de temps ça va durer. Pourquoi, comment et combien de temps. Ça permet à la personne de se dire : "Je vais être attachée tant de temps, c'est pour telle raison."* »  
« *Ça lui permet d'être moins stressée, de moins bouger, de mieux comprendre les choses.* »  
D'autres patients soulignent qu'avoir des informations durant l'expérience de contention, moment où ils ne sont pas complètement accessibles, n'est pas suffisant. Ils regrettent de ne pas disposer d'un espace de parole *a posteriori* : « *Ça fait du bien d'en parler à quelqu'un. Parce que je n'en avais jamais parlé. Ça me fait du bien. Ça pourrait être une bonne idée, quand on est attaché, de pouvoir en parler plus tard avec quelqu'un.* »

### Accès à une autonomie

Dans les entretiens, de nombreuses thématiques sont en rapport avec la recherche d'une autonomie, en rapport

avec l'expérience de l'impuissance que constitue pour eux la contention. Les améliorations qu'ils proposent peuvent relever du registre mécanique, telles que la longueur des liens ou le retrait partiel des sangles : « *Laisser plus de mou. J'avais peut-être dix centimètres de mou. Ils auraient pu me laisser un mètre.* »

« *Mais des fois, j'aurais préféré qu'ils me défassent les deux mains pour que je puisse manger normalement.* »  
D'autres mettaient en question la possibilité d'accéder à une autonomie par des levées de contention temporaires et préféraient envisager l'alternative humaine : « *S'il y a des infirmiers qui sont costauds et de garde, que les personnes puissent être décontentionnées et marcher un peu de temps en temps. [...] J'aurais préféré aussi que les infirmiers, même s'ils devaient rester là à me surveiller, me défassent les contentions pour que je puisse au moins aller à la selle.* »

Certains patients souhaitent un accès plus direct aux soignants et proposent ainsi une sonnette à disposition pour les alerter, ce qui résonne avec des thématiques de perte d'autonomie et d'abandon : « *Et puis, quand on est sanglé, ce qui serait sympa, c'est d'avoir la possibilité d'avoir une sonnette. [...] Quand on veut aller aux toilettes, par exemple, ou des choses comme ça.* »

« *Il faudrait faire en sorte que le patient ait une sonnette pour appeler. Parce que là, si je ne gueulais pas, personne ne venait.* »  
Pour d'autres patients, il s'agit d'améliorations matérielles de l'environnement de la chambre qui peut permettre de pallier l'impuissance et la perte d'autonomie : « *Me donner une chambre [...] qui soit au chaud. Parce qu'il faisait super froid. Je n'avais qu'un drap.* »  
« *Par exemple, si c'est la nuit, vous mettez une petite lumière, au lieu de nous laisser dans le noir, pour les gens comme moi qui ont une phobie du noir.* »

### Accès à des repères temporels

En lien avec les thèmes d'altération et de distension temporelles, certains sujets déplorent l'absence de repères dans le temps : « *Il n'y a plus rien. Le temps n'existe plus. Je vais attendre, je ne sais pas quoi finalement, parce qu'on est dans le noir. Il n'y a plus ni jour ni nuit. C'est très déboussolant. [...] Il n'y a pas de temps. Ça, c'est le pire. Parce que ça vous rend fou. Cette absence de temps, d'heures, de minutes. Il n'y a plus rien. On ne peut pas s'accrocher à une seconde, à un tic-tac, à rien.* »  
« *Donner des repères temporels aux patients. Leur donner une montre ou une horloge. Avoir le rythme normal. Soleil, pluie, ciel gris. Une fenêtre ouverte. Le climat, le temps. Voir s'il pleut. Que le regard puisse voir que la vie existe à l'extérieur.* »  
D'autres patients souhaitent des informations sur la nature temporaire de la mesure, dans une perception d'indéfini-

lors de la pose de la contention : « On est attaché et on a l'impression qu'on ne va plus nous détacher, qu'on va rester attaché très, très longtemps. »

« Expliquer à la personne avant de l'attacher que c'est temporaire. »

### Implication du patient dans les prises de décision

Les participants à l'étude ont pu proposer de nombreuses alternatives : matérielles comme la mise en place d'une chambre d'isolement, médicamenteuses par la prescription d'un traitement pouvant les apaiser ou encore des alternatives par l'instauration d'un dialogue compréhensif vis-à-vis de la raison de leur attitude motivant la contention. Certains de ces patients suggèrent ainsi qu'un choix puisse leur être laissé entre plusieurs alternatives : « Proposer au malade s'il veut les cachets ou l'attachement ou la piqûre. Éventuellement, s'il peut répondre. S'il ne peut pas répondre, on l'attache. Mais, s'il peut répondre à ça, lui laisser une chance. » Un patient déplore ainsi ne pas avoir été intégré plus tôt dans les prises de décision à son sujet : « Que la personne soignée s'implique plus dans la discussion et puisse rentrer en confiance. Que les médecins arrivent à mettre les malades en confiance et qu'il y ait un échange depuis le début. Depuis le tout début. Dès que la personne entre à l'hôpital. »

### ENTRE POUVOIR ET DÉPENDANCE : AMÉLIORER LES RAPPORTS AVEC LES SOIGNANTS

Outre les propositions d'améliorations matérielles et environnementales, les suggestions des patients concernent principalement leurs rapports avec les soignants. Ceux-ci sont perçus comme bienveillants, dans la mesure où les patients recherchent une continuité du lien relationnel. Ils sont aussi perçus comme antagonistes, quand les patients soulignent l'enjeu de pouvoir et l'importance pour eux de préserver un libre arbitre dans les prises de décision les concernant.

Pour les personnes rencontrées au cours de cette étude, le contexte de leurs propositions d'alternatives doit être la prise en compte de leur libre arbitre. Les alternatives proposées ne valent ainsi dans leurs discours que comme un choix qui leur est laissé, par contraste avec la mesure de contrainte qui leur est imposée. Cette absence de libre arbitre que perçoit le patient dans son rapport avec le soignant rejoint les résultats de notre article précédent. Les patients décrivaient les situations ayant motivé la contention comme relevant d'un enjeu de pouvoir<sup>4</sup> avec un soignant : refus d'un traitement médicamenteux, d'un soin, d'une restriction du pouvoir de décider, d'exercer son libre arbitre (Carré *et al.*, 2017).

Dans de nombreuses études, le principal motif avancé pour le recours à la contention physique en psychiatrie est l'attitude agressive et violente des patients (Beghi *et al.*, 2013). Pourtant, le fait que les patients mettent en avant cet enjeu de pouvoir amène à nuancer une vision où l'agressivité serait seulement expliquée par la pathologie mentale. Certains auteurs ont ainsi proposé une théorie en trois modèles, constituée d'un modèle interne, d'un modèle externe et d'un modèle situationnel / interactionnel (Nijman *et al.*, 1999) :

- le modèle interne explique la conduite agressive par la pathologie mentale ;
- le modèle externe inclut tous les facteurs environnementaux qui contribuent à la survenue d'un comportement agressif : espace de soin, modalité d'hospitalisation, lieu d'hospitalisation, nombre de patients admis dans le service ;
- le modèle situationnel / interactionnel est lié aux contre-attitudes négatives de l'équipe médicale et soignante envers le patient : une pauvreté de la communication, des attitudes intolérantes, des méthodes de contrôle punitives.

L'utilisation de la contention physique entraîne un état de soumission absolue. La perte du pouvoir de décider se transforme en une perte du pouvoir de faire. Cette perte d'autonomie entraîne inévitablement un rapport de dépendance vis-à-vis de l'autre, puisque le patient ne peut pas seul assouvir ses propres besoins. Le soignant cumule alors les pouvoirs sur la personne.

Il est à la fois celui qui décide, celui qui pose la contention et celui qui va permettre au patient d'assouvir l'ensemble de ses besoins élémentaires. On comprend alors mieux cette contradiction apparente : que la première amélioration souhaitée par les patients soit de maintenir une continuité relationnelle avec le soignant, alors même que, dans les résultats de l'article précédent, les rapports avec celui-ci étaient perçus dans des thématiques de type sanction / punition, domination / soumission, abandon et déshumanisation (Carré *et al.*, 2017).

On peut rapprocher ce rapport de dépendance aux soignants et la recherche de la continuité du lien relationnel du concept de fonction contenante développée par Wilfred R. Bion (1962). Il faut cependant se garder de ce saut sémantique entre contention et contenance, qui est un piège étymologique et conceptuel. Il est communément →

#### Note

4. Michel Foucault décrit le pouvoir comme « des actions employées dans le but de guider ou contrôler la conduite de quelqu'un et d'ordonner le résultat » (Foucault, 1975).

→ admis que contention dérive du latin *contentio* et du verbe *contendo, contendere*, de *cum* et *tendere* (tendre), développant ainsi, à partir du sens propre « tendre avec force », la valeur de « lutter », tandis que « contenance » provient de « contenir », du latin *contineo, continere*, de *cum* et *tenere*, littéralement « maintenir ensemble », d'où « embrasser, enfermer en soi ».

C'est dans cette logique que Wilfred R. Bion définit le concept de fonction contenantante par le nourrisson projetant dans le bon sein une partie de sa psyché, à savoir ses sentiments mauvais, ses peurs archaïques *a priori* inassimilables par le psychique. Ces éléments sont un contenu reçu par la mère qui fait, en les accueillant, office de contenant. Le moment venu, ils sont ensuite retirés et réintrojectés. Durant le séjour dans le bon sein, les sentiments mauvais sont ressentis comme ayant été modifiés de telle sorte que l'objet réintrojecté apparaît tolérable à la psyché du nourrisson (Bion, 1962).

Appliquée au soin psychiatrique, la fonction contenantante ne peut donc être exercée que dans la situation où un soignant accueille les angoisses d'un patient, et non par des sangles, pour reprendre l'argument utilisé par Dominique Friard (2004) pour montrer la différence et la contradiction entre contention et contenance.

Cette étude a permis d'ouvrir une réflexion institutionnelle au centre hospitalier Gérard-Marchand et a donné lieu à une poursuite des travaux de recherche sur cette question. Un groupe de travail a ainsi été mis en place au sein de ce centre hospitalier, afin d'envisager la mise en œuvre

des alternatives et améliorations suggérées par les sujets de cette étude, en parallèle de la dynamique introduite par le nouveau cadre législatif et des récentes recommandations de la Haute autorité de santé (2017). Des formations spécifiques sur la problématique de la contention physique ont été proposées aux soignants du centre hospitalier, afin d'en limiter le recours et les risques.

Un travail de recherche régional a fait suite à la parution des résultats de cette étude, dans le cadre de la création récente de la FERREPSY, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Occitanie. Cette recherche est actuellement en cours avec un volet qualitatif qui explore le vécu des soignants<sup>5</sup> dans leur expérience de la contention physique et un volet quantitatif qui évalue son incidence, ainsi que les données épidémiologiques, cliniques et environnementales en lien avec son utilisation.

## CONCLUSION

La contention physique reste aujourd'hui une préoccupation majeure pour les professionnels exerçant en psychiatrie comme pour le législateur, comme en témoignent les récents rapports politiques et recommandations. Cela tient à sa violence intrinsèque, à la privation de liberté qu'elle représente et à ses effets secondaires potentiellement graves.

L'étude qualitative présentée dans cet article met en évidence l'intérêt d'inclure les patients dans l'élaboration d'améliorations et d'alternatives de l'utilisation de la contention en psychiatrie. L'analyse du discours des patients montre l'importance qu'ils accordent à la continuité du lien relationnel, à la délivrance d'informations et au fait de disposer d'un espace de parole *a posteriori*, mais également au fait d'être impliqué dans la prise de décision, d'avoir des repères temporels et des moyens pour pallier la perte d'autonomie.

Ces résultats soulignent combien les patients perçoivent à la fois l'enjeu de dépendance et celui du pouvoir dans ses rapports avec le soignant. À la lumière de ce double enjeu, on peut s'interroger sur l'utilisation de la contention comme mesure thérapeutique ou comme mesure de protection. Des groupes de réflexion institutionnelle et la poursuite des travaux de recherche semblent absolument nécessaires afin de limiter au maximum le recours à la contention physique. ▸

## Note

5. Porteau S., 2014, « Contention physique : étude qualitative régionale sur le vécu des soignants en psychiatrie adulte [médecine spécialisée clinique], université Toulouse-3-Paul Sabatier.



Organisme de formation continue  
intervenant dans toute la France  
au profit des salariés et agents publics

**NOUS RECHERCHONS  
DES INTERVENANTS VACATAIRES :**

**psychologues cliniciens**

- Vous souhaitez transmettre vos savoirs et savoir-faire, quelle que soit votre spécialité, dans les secteurs :

**SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL, ÉDUCATIF  
SANTÉ, COLLECTIVITÉS**

- Vous avez le goût des contacts et de la pédagogie.  
- Vous pouvez consacrer 4 ou 5 jours consécutifs, une ou plusieurs fois par an, à des vacances.

Pour mieux nous connaître, consultez notre site : [www.cerf.fr](http://www.cerf.fr)

**CONTACTEZ-NOUS PAR COURRIER**  
7 rue du 14 juillet - BP 70253 - 79008 NIORT Cedex  
**OU PAR MAIL : [candidatformateur@cerf.fr](mailto:candidatformateur@cerf.fr)**