

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1613

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Samuel PORTEAU

le 25 Septembre 2017

TITRE DE LA THÈSE

Contention physique :

**Etude qualitative régionale sur le vécu des soignants en Psychiatrie
adulte**

Directeur de thèse : Dr Raphaël CARRE

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS,
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES,
Monsieur le Docteur François OLIVIER,
Monsieur le Docteur Raphaël CARRE,

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur Jacques LAGARRIGUE
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Vous m'avez guidé à différentes étapes de l'internat et j'ai eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement, je vous en suis reconnaissant. Je vous remercie de m'avoir conseillé et accompagné dans l'élaboration de cette recherche ainsi que pour votre assistance tout au long de mes études.

Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Je vous suis reconnaissant de votre bienveillance et de votre enseignement. J'ai eu par deux fois l'occasion de constater votre implication dans l'accompagnement et la formation de vos cadets. Je vous suis reconnaissant de votre implication auprès de nos jeunes en souffrance et de leur famille. Je vous remercie de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse.

Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

A Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie pour votre investissement au cours de mon stage sur l'UF2 et dans l'organisation des cours. Je vous remercie de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Je vous suis reconnaissant de votre disponibilité.

Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

A Monsieur le Docteur François OLIVIER

Je vous suis reconnaissant de la confiance et de la bienveillance que vous m'avez accordées dans le cadre de cette étude et au sein de la FERREPSY. Vous avez contribué à ma formation par vos cours magistraux de qualité et vos encouragements à une ouverture d'esprit et une curiosité envers les différents courants de psychothérapie. J'ai apprécié votre disponibilité, votre aide dans l'élaboration de ce travail et votre acceptation de faire partie de ce jury. C'est avec grand plaisir que je continuerai à travailler à vos côtés pour une pratique plus humaine de notre profession.

Je tiens à vous présenter ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Docteur Raphaël CARRE

Tu m'as fait le plaisir et l'honneur de superviser ce travail de thèse. Je te suis reconnaissant pour tes conseils avisés et ton implication qui font que cette étude a pu aboutir. Ta disponibilité m'a été d'un recours précieux dans le travail d'analyse et de rédaction. Je connais ton engagement pour une pratique de la psychiatrie respectueuse des personnes soignées et je souhaite pouvoir y contribuer à tes côtés.

Je tiens à te présenter mon respect et ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

Merci à tous mes proches et compagnons de route.

A mes parents pour leur présence, leur aide sans faille et leur amour qui m'ont permis d'être l'adulte que je suis aujourd'hui et d'entreprendre des études de médecine.

A ma mère, Pascale, pour sa patience et sa protection, ainsi que pour sa bienveillance et son intérêt envers son prochain qu'elle a su me transmettre.

A mon père, Richard, pour son écoute et son soutien, ainsi que pour son humour et sa curiosité dont j'ai hérité.

A toute la famille, Christelle, Laetitia, mes grands-parents, mes oncles, mes tantes, et mes cousins qui eux aussi ont participé à mon parcours.

A mes amis Mélissa et Michaël ainsi que Charlie et César, qui font partie de ma seconde famille malgré la distance et tolèrent mon étourderie et mes petites manies.

A Olivier pour avoir partagé toutes ces soirées poitevines et ta culture musicale, et à Anne-Gladys pour sa fraîcheur et sa joie de vivre.

A Guillaume pour son soutien inconditionnel dans les moments durs de l'internat et tous ces fous rires.

A Maxime, Quentin, Loïc, Maude, Thomas, Kévin, Rémy, Etienne, Valentin, Caroline et Emmanuelle pour les bêtises de Carabin et la vie d'externe. J'espère vous revoir plus souvent.

A Adrien et Maxime pour votre culture et votre verbe.

A mes colocataires bien sûr sans qui je n'aurai pas eu un aussi bon moral et qui m'ont supporté dans ce marathon. A Manon pour tout ce qu'elle a fait, il y en a trop pour énumérer. A Matthieu pour son assistance réactive et sa spontanéité. A Mathieu pour son flegme et ses débats interminables. A Pierre pour sa formation à Word et sa générosité.

A Aurélie, Adrien, Pierre, Mylène et Audrey pour m'avoir fait aimer Toulouse. A Chloé pour me l'avoir fait découvrir.

A Alice pour son dynamisme et son énergie, David pour son amour du jeu et son caractère passionné, Nadia et Julien pour leur humour et tous les bons moments.

A tous mes co-internes avec qui j'ai partagé ces quatre ans et en particulier à Laureen pour sa gentillesse, Nicolas pour sa jovialité, Simon pour son humour, Damien pour ses démonstrations de danse, Alexis pour son amour du cinéma, Cécile pour son soutien, et Tudi et Florent pour leurs bons plans.

A Camille, Périnne, Cédric, Louis, Guillaume, Estelle qui m'ont fait voyager dans toute la France.

A tous mes proches présents et disparus, je ne vous oublie pas David et Paul.

Au Dr Charlotte RAGONNET et à toutes l'équipe de Verlaine, pour leur soutien dans les moments difficiles

Au Dr Ludivine FRANCHITTO et toute l'unité de Psychiatrie Périnatale et Maternologie du CHU, pour leur bienveillance et leur humanité.

Au Dr Pascal MARIE pour son accompagnement ainsi qu'à toute l'équipe médicale et soignante du secteur 8 de Marchant, avec qui j'aurai le plaisir de travailler.

A l'équipe de Housing first pour leur accueil chaleureux et leur bienveillance en cette période qui fut difficile pour tout le monde.

A tous les infirmiers, aides-soignants, éducateurs, psychologues, secrétaires et médecins avec qui j'ai travaillé et progressé.

A tous ceux qui ont contribué ou participé à cette étude.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	19
.1 DEFINITION.....	19
.2 ASPECTS LEGISLATIFS.....	20
.2.1 <i>Sur le plan international</i>	20
.2.1.1 Recommandation du Conseil des Nations Unies de 1991	20
.2.1.2 Position du conseil de l'Europe	21
.2.1.3 Avis de la Cour européenne des droits de l'homme de 1992.....	21
.2.1.4 Recommandation 1235.....	22
.2.1.5 Recommandation rec(2004)10.....	22
.2.1.6 Rapport du comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	24
.2.2 <i>Concernant la législation française</i>	27
.2.2.1 Peu visible dans la législation	28
.2.2.2 Une inquiétude de certaines instances	29
.2.2.3 Loi du 26 janvier 2016 article L.3222-5-1 du Code de Santé Publique	33
.3 LA PRATIQUE DE LA CONTENTION	36
.3.1 <i>Quelle pratique dans le monde</i>	36
.3.1.1 Quelles indications ?	38
.3.1.2 Quelles alternatives ?	39
.3.2 <i>Les recommandations de bonne pratique française</i>	40
.3.2.1 La recommandation ANAES de 1998	40
.3.2.2 La recommandation ANAES de 2000	40
.3.2.3 La conférence de consensus de 2003	41

.3.2.4	La recommandation de février 2017	42
.4	LE VECU ET LA REPRESENTATION DES SOIGNANTS AU TRAVERS DES ETUDES QUALITATIVES	44
.4.1	<i>A l'étranger</i>	45
.4.1.1	Dans des services de somatique et les établissements pour personnes âgées	45
.4.1.2	Dans des services de gériatrie-psychiatrie	48
.4.1.3	Dans les services de psychiatrie.....	49
.4.2	<i>En France</i>	52
.4.2.1	Une étude sur l'expérience vécue des soignants.....	53
.4.2.2	Une étude sur les représentations de la contention mécanique.....	54
.5	LE CONTEXTE DE L'ETUDE	57
	DEUXIEME PARTIE MATERIEL ET METHODE	62
.1	OBJECTIF DE L'ETUDE :	62
.1.1	<i>Objectif principal de l'étude</i> :	62
.1.2	<i>Objectif secondaire de l'étude</i> :	62
.2	LE CHOIX DE L'ETUDE QUALITATIVE :	62
.2.1	<i>Intérêt de la méthodologie qualitative</i> :	62
.2.2	<i>Intérêt de l'entretien semi-directif</i> :	63
.2.3	<i>Le choix de la grille d'entretien</i> :	64
.2.4	<i>Passation/déroulement des entretiens</i> :	65
.2.5	<i>Retranscription des entretiens</i> :	66
.3	PROTOCOLE DE L'ETUDE	66
.3.1	<i>Site de recrutement des soignants</i>	66
.3.2	<i>Population de l'étude</i> :	67
.3.2.1	Critère d'inclusion	67

.3.2.2	Critère de non-inclusion	68
.3.2.3	Période/durée d'inclusion.....	68
.3.3	<i>Recueil des données sociodémographiques</i>	68
.3.4	<i>Schéma général d'inclusion des soignants</i>	69
.4	TRAITEMENT DES DONNEES	70
.4.1	<i>Analyse du contenu</i>	70
.4.1.1	Préparation du matériel.....	71
.4.1.2	Lecture flottante du corpus.....	72
.4.1.3	Le codage	72
.4.1.4	L'élaboration d'un relevé des thèmes	73
.4.1.5	Elaboration d'un arbre thématique	74
	TROISIEME PARTIE : RESULTATS	75
.1	PRESENTATION DE LA POPULATION	75
.1.1	<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	75
.1.2	<i>Caractéristiques professionnelles</i>	78
.2	RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS	81
.2.1	<i>Chapitre I : Description de l'expérience vécue du soignant au long d'une situation de contention</i>	82
.2.1.1	Avant la mise en contention.....	83
.2.1.2	Au cours de la mise sous contention	109
.2.1.3	Pendant la surveillance de la contention.....	124
.2.1.4	La levée des contentions	131
.2.1.5	Après la contention	143
.2.1.6	Particularités de certaines structures	153

.2.2	<i>Chapitre II : Représentations de la mesure de contention dans la pratique des soins</i>	159
.2.2.1	Indications à la contention.....	160
.2.2.2	Effet de la contention	165
.2.2.3	Mécanisme de la contention	168
.2.2.4	Place du traitement pharmaceutique dans la contention	171
.2.2.5	Représentations de la contention dans la pratique soignante.....	174
.2.3	<i>Chapitre III : les perspectives dans la pratique des soins</i>	182
.2.3.1	Les alternatives possibles	183
.2.3.2	Les axes d'améliorations	188
.2.3.3	L'accès aux données scientifiques et législatives	192
.2.3.4	Les enjeux de la formation	193
	QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	196
.1	DISCUSSION DE LA POPULATION.....	196
.2	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	197
.2.1	<i>La complexité de la situation</i>	197
.2.1.1	La présentation du patient.....	197
.2.1.2	La multitude de facteurs intervenant dans la décision	198
.2.2	<i>La recherche du lien relationnel</i>	200
.2.3	<i>La levée des contentions</i>	202
.2.4	<i>De l'agression à la protection</i>	203
.2.5	<i>La question de l'outil thérapeutique</i>	203
.3	FORCE, LIMITES ET BIAIS POSSIBLES	206
.4	LES PERSPECTIVES	207
	CONCLUSION	209

ANNEXES :	216
CONTENTION PHYSIQUE : ETUDE QUALITATIVE REGIONALE SUR LE VECU DES SOIGNANTS EN PSYCHIATRIE ADULTE.....	221

INTRODUCTION

La contention est une pratique ancienne dont l'utilisation varie selon les pays et selon les époques. A l'Antiquité, elle était perçue comme un outil thérapeutique par l'école méthodiste ; au Moyen-âge, elle était utilisée dans un but de protection et de maintien dans la communauté ; à la Renaissance, elle était dépourvue d'une fonction thérapeutique et participait à l'ordre public, jusqu'à P. PINEL qui l'utilisait comme un outil de soin à visée thérapeutique. Si l'utilisation de la contention semblait être devenue rare avec la découverte des antipsychotiques, l'avènement des psychothérapies et l'apparition de position antipsychiatrique, certains psychiatres et politiciens s'alarment d'une recrudescence de cette pratique ces dernières années.

La problématique de la contention et plus généralement de la contrainte en psychiatrie, interroge aussi bien les soignants et les usagers en santé mentale que les politiciens et les législateurs. Plusieurs organismes législatifs internationaux, comme le Conseil des Nations Unies ou la Cour européenne des droits de l'homme, se sont positionnés en faveur d'une politique de diminution et d'encadrement de l'utilisation de la contention. Ils ont été suivis par plusieurs pays dont la France qui se dote d'un cadre législatif pour la contention et l'isolement par la loi du 26 janvier 2016. Cette démarche centrée sur le respect du patient par un moindre recours à la contention est aussi suivie par la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations de février 2017.

Ce cadre législatif et l'émergence de nouvelles recommandations font l'objet de l'attention des institutions. Néanmoins, peu de données existent dans la littérature internationale sur son utilisation en psychiatrie adulte. Les études récentes se sont orientées sur l'efficacité des alternatives à la contention, mais peu ont abordé le vécu ou la représentation des soignants et des patients.

Une étude toulousaine de 2014 a présenté un vécu négatif de la contention pour le patient mais aussi l'existence d'une ambivalence dans son rapport avec le soignant, notamment par l'émergence de thématiques de domination/soumission, de déshumanisation et de violence. Ces thématiques interrogent ainsi sur le vécu du

soignant qui semble essentiel pour comprendre la pratique de la contention et ses alternatives possibles. Cette problématique a initié l'idée d'une étude qualitative centrée sur le vécu du soignant dans son expérience de la contention physique, intégrant un projet de recherche régional et la mise en place parallèle d'une étude épidémiologique sur l'utilisation de la contention.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

.1 Définition

La Haute-autorité de santé (HAS), dans ses recommandations de bonne pratique du février 2017 : isolement et contention en Psychiatrie générale, donne plusieurs définitions de la contention mécanique(1).

Elle reprend tout d'abord la définition donnée par la Mental Heath Commission d'Irlande dans le Mental Heath Acta de 2001 : « L'utilisation de la force physique (par une ou plusieurs personnes) dans le but d'empêcher les mouvements libres d'un patient, lorsqu'il présente un risque immédiat de blessures pour lui-même ou pour autrui »(2).

Elle utilise ensuite la définition donnée par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec dans des orientations ministérielles de 2002 : « Une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap »(3).

Elle finit de définir la contention physique en reprenant celle donnée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, lors d'une conférence de consensus de 2003 : « Consiste à restreindre, à maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées ». Cette dernière définition est celle qui se rapproche de la contention mécanique utilisée dans les services et qui, à la différence des deux définitions précédentes, n'englobe pas la contention manuelle par les soignants.

Le Dr PALAZZOLO, propose dans « *isolement, contention et contrainte en psychiatrie* » la définition suivante : « *Restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un*

malade atteint de troubles mentaux » (4). Cette vision plus large du terme contention est associée à la description de différentes formes de contention comme la contention psychologique, la contention pharmaceutique et la contention légale qui ne sont pas abordées par l'HAS dans sa recommandation de février 2016.

La revue de littérature qui va suivre, présentera l'évolution du cadre législatif, des pratiques cliniques et les différentes études qualitatives sur le vécu des soignants, en lien avec la contention physique et plus précisément la contention mécanique.

.2 Aspects législatifs

.2.1 Sur le plan international

La législation est variable d'un pays à l'autre mais plusieurs d'entre eux, comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne, les Etats-Unis, le Canada, la Belgique, les Pays-Bas ou encore la Russie, ont mis en place des textes de lois précis qui viennent poser un cadre à la pratique de la contention (5). La contention mécanique a d'ailleurs été abolie en Islande (6). Il sera vu dans cette partie les principaux textes législatifs internationaux.

.2.1.1 Recommandation du Conseil des Nations Unies de 1991

En 1991, l'Organisation des Nations Unies (ONU) émet la Résolution des Nations Unies 46/119, dont le principe numéro 11 aborde l'emploi de la contrainte physique et de l'isolement sous plusieurs aspects.

Tout d'abord, elle pose le cadre d'utilisation de la manière suivante : « *La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui* » ; ce qui n'est pas sans rappeler la notion de « *derniers recours* » décrite par le comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou

dégradants (CPT) ultérieurement.

L'ONU pose ensuite une limite de durée : « *Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet* ».

La mesure de contrainte doit être explicitée et notée sur le dossier du patient. Il n'est pas encore question d'un registre mais la notion de traçabilité de l'acte est décrite comme une nécessité : « *Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement d'office, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient.* »

Enfin la recommandation met en avant l'importance de la dignité de la personne tout au long du processus, et ce même au cours de la surveillance : « *Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné, régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte physique ou d'isolement d'office.* » (7)

.2.1.2 Position du Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe a été créé le 15 mai 1949 à Londres. Cette organisation internationale a pour but de rapprocher ses Etats membres au travers de traités et actions communes dans différents domaines. Il est composé de plusieurs organes, dont deux en particulier ce sont intéressés à la pratique de la contention physique : la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et le comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).

.2.1.3 Avis de la Cour européenne des droits de l'homme de 1992

La CEDH, été instituée en 1959 à Strasbourg, a pour fonction de veiller à l'application de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales adopté à Rome en 1950 et a un rôle de jurisprudence auprès des Etats membres. La Cour peut être saisie après épuisement des voies de recours

interne par un Etat membre mais aussi par une personne physique. Elle rend des arrêts obligatoires pour les Etats signataires. Initialement une Commission européenne des droits de l'homme y était associée pour recevoir et filtrer les demandes, jusqu'en 1998, date où la Commission fusionne avec la Cour.

En 1992 la Cour a été interrogée sur l'affaire HERCZEGFALVY pour évaluer, sous l'angle de la convention, si la mise en chambre d'isolement d'un patient agressif et sa contention mécanique, respectaient sa dignité d'être humain(8). La Commission avait jugé que l'article 3 de la Convention – relatif à la prohibition de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants – avait été violé mais la Cour n'a pas abondé en ce sens (9).

.2.1.4 Recommandation 1235

La recommandation 1235, dite relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, a été adoptée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe le 12 avril 1994. Elle demande que « *l'isolement des patients [soit] strictement limité* » et que ne soient pas utilisés de moyens de contention mécanique. Cette demande et d'autres, comme celle que chaque Etat se dote de mesures législatives assurant le respect des droits de l'homme et des malades mentaux ou encore celle allant dans le sens de rendre les placements non volontaires comme exceptionnel et de faire intervenir un juge pour les placements d'office, montre la volonté du Conseil de véhiculer une éthique en respect de l'être humain et des libertés publiques (10).

.2.1.5 Recommandation rec(2004)10

Le Comité des ministres du conseil de l'Europe, toujours dans l'objectif de réaliser une union plus étroite entre ses membres par l'harmonisation des législations sur des questions d'intérêt commun, rédige la recommandation rec(2004)10, le 22 septembre 2004. Son objectif est d'améliorer la protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier celles qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaire. Cette recommandation comporte 38 articles répartis sur sept chapitres dont plusieurs

concernent indirectement ou directement la contention mécanique.

L'article 8, concernant le principe de restriction minimale, touche indirectement à la contention. Il reprend la Résolution A/RES/46/119 des Nations Unies sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale. Ce principe veut que les patients bénéficient d'un lieu et des traitements les moins restrictifs possibles tout en étant en adéquation avec son état de santé et à la sécurité d'autrui. Le terme de contention n'est pas explicitement cité dans cet article.

L'article 11 aborde la formation des soignants. L'accent est mis sur la formation à la protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux. Il insiste sur la compréhension, la prévention et l'apprentissage de la gestion de la violence et des « techniques » capables de réduire le risque de violence et donc de recours à la contention. Les professionnels doivent aussi être formés aux circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels et sur la mise en œuvre correcte de telles mesures.

L'article 27 concerne directement la contention et l'isolement avec l'importance de réduire ces pratiques, pour ce faire il met en avant les éléments suivants :

- Ces pratiques doivent être limitées à des établissements spécialisés afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, toujours dans le respect du principe de restriction minimale en restant toujours proportionné aux risques éventuels.
- La pratique de la contention doit se faire sous le contrôle du médecin mais il est précisé qu'au vu du contexte d'urgence la présence médicale n'est pas systématique sur le moment de la mise en œuvre. Le recours à ces mesures devrait être consigné par écrit de façon appropriée.
- Un suivi régulier doit être mis en place pour toute personne sous contention. De plus le patient devrait avoir la possibilité, à la fin de la mesure de parler de son expérience avec le personnel médical en raison des sentiments

négatifs qui pourraient être soulagés et des alternatives qui pourraient être mis en œuvre ultérieurement pour limiter l'utilisation de la contention.

- Il est repris la recommandation du Comité Européen pour la prévention de la torture, relatif à la création d'un registre. Il devrait y être annoté la durée de la mesure, son contexte et son motif de mise en œuvre ainsi que le nom du médecin l'ayant validée. Le conseil appuie d'ailleurs sur l'importance de ces registres dans le cadre du contrôle de l'étendue du recours à ces mesures.
- Il est apporté une distinction avec la contention momentanée défini comme ceci : *« Le concept de « contention momentanée » ne se rapporte qu'à un geste bref effectué sans recours à la force, dans le but de retenir physiquement une personne, par exemple en plaçant une main sur son bras. Cette notion exclut en particulier toute forme de contention mécanique ou toute action impliquant l'usage de la force physique. »* (11)

.2.1.6 Rapport du comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

En 1987, une convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants dans le cadre du Conseil de l'Europe a été signée. Cette convention a mis en place le CPT qui est habilité à visiter tout lieu où s'exerce une privation de liberté par une autorité publique dépendant d'un des Etats membres du Conseil. Son rôle, surtout préventif, consiste à visiter les établissements, à interroger les différents acteurs, puis à adresser un rapport à l'Etat dont il a visité la structure formulant des critiques et des recommandations. L'Etat concerné lui répond et présente des solutions. La France a bénéficié à plusieurs reprises de la visite du comité dans des établissements psychiatriques et certains rapports et discussions avec l'Etat français concerne la contention.

.2.1.6.1 Rapport du CPT de 2012 :

Dans son paragraphe 172, issu de son rapport relatif à sa visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, le Comité aborde la thématique de la mise en chambre d'isolement et de la contention. Il les définit comme des mesures extrêmes pouvant être employées « *afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë* » et appelle à mettre en place quelques limites.

Pour le comité, le recours à la contention doit se faire sur prescription du médecin ou avoir l'autorisation de ce dernier dans les plus brefs délais. Le médecin a aussi comme devoir d'évaluer le patient en hospitalisation sous contrainte si le recours à la contention se fait nécessaire. Dans cette même optique de limiter sa mise en œuvre, le comité adjoint de ne pas laisser au personnel soignant une prescription de contention en cas de nécessité. L'échec de mesure alternative est mis comme un impératif et un protocole devrait être disponible dans chaque service pour encadrer la mise en place de la contention.

Le CPT estime que la surveillance du patient sous contention nécessiterait la présence permanente d'un soignant afin de maintenir un lien thérapeutique et l'assister dans ses besoins. Sur ce point, il est précisé que la vidéo-surveillance ne pourra jamais remplacer la présence soignante auprès du patient.

Selon ce rapport, la contention doit être arrêtée dès qu'elle n'est pas nécessaire et une durée prolongée et ininterrompue se comptant en jours ne saurait être assimilée à du soin mais plutôt à du mauvais traitement. La levée de la contention devrait systématiquement s'accompagner d'un entretien.

La dernière recommandation du CPT à l'Etat français concerne la mise en place, dans chaque service de psychiatrie, d'un registre concernant les contentions et mise en chambre d'isolement, à présenter à tout organisme de contrôle. Les éléments qui devraient y figurer y sont par ailleurs détaillés : l'heure du début et de fin de la mesure, les circonstances, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel (12).

Par ailleurs dans un document de discussion du 4 mars 2011 sur « *Le recours à la contention et à l'isolement dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux* », le CPT définit la contention comme une mesure et non comme une thérapie et en appelle au principe de proportionnalité entre la mesure et l'état du patient, proscrivant ainsi la contention comme sanction ou en raison de manque de personnel (13).

.2.1.6.2 Normes du CPT de 2015 concernant la contention et l'isolement en psychiatrie

Ce document reprend les principales recommandations illustrées lors de ses rapports précédents à l'Etat français, telles la définition de la contention « comme mesure d'ultime recours », l'autorisation par un médecin à l'initiation puis régulièrement, la durée qui doit être la plus courte avec un temps maximal défini et une présence permanente d'un soignant. D'autres recommandations viennent enrichir les précédentes ainsi le discours du CPT prend une dimension plus politique.

Le lieu est plus précisément défini par le comité. Ainsi l'espace doit comporter un minimum de confort pour le patient et y être spécifiquement dédié, sans que d'autres patients y aient accès.

Il est mis l'accent sur la bientraitance et la protection du patient au cours de la mesure : « *Les moyens de contention devraient être appliqués avec compétence et avec soin pour éviter de mettre en danger la santé du patient et de le faire souffrir.* »

Un point est apporté à la formation du soignant qui est considérée comme « essentielle » et doit s'intégrer dans un processus de formation continue et régulière. L'objectif est de former le soignant sur la mise en place et sur les conséquences de la contention : « *Immobiliser de manière adéquate un patient agité ou violent n'est pas une tâche facile pour le personnel. Non seulement la formation est essentielle, mais des cours de formation continue doivent être organisés régulièrement. Ces cours devraient non seulement porter sur la façon d'appliquer des moyens de contention, mais encore, ce qui est tout aussi important, veiller à ce que le personnel soignant comprenne bien l'impact que peut avoir l'utilisation de la contention sur un patient et sache*

comment prendre soin d'un patient soumis à la contention. »

La mise en place d'un registre tenu par chaque service, où y serait consignée chaque contention, est de nouveau abordée avec les critères évoqués dans le rapport de 2012, auxquels s'ajoute l'accessibilité aux données pour le patient concerné. Ce dernier pourrait y ajouter ses commentaires et devrait en recevoir une copie.

Il est attendu un engagement politique de la part de chaque établissement pour encadrer et limiter ses pratiques mais surtout favoriser les pratiques alternatives à la contention. Une réduction de la contention passe par un changement de culture dans l'institution selon ce rapport. Le comité envisage comme réalisable de se passer de cette mesure et montre bien sa volonté d'en diminuer la pratique autant que possible : *« Que peut-on faire pour prévenir une mauvaise utilisation ou un usage excessif des moyens de contention ? Tout d'abord, l'expérience montre que, dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à la contention, notamment mécanique, peut être réduit considérablement. Les programmes mis en œuvre à cette fin dans certains pays semblent avoir donné de bons résultats sans entraîner d'augmentation du recours à la contention chimique ou au contrôle manuel. Il est donc permis de se demander si la suppression totale (ou presque totale) de la contention ne serait pas un objectif réaliste à plus long terme. »* (14)

.2.2 Concernant la législation française

La législation française évolue elle aussi, avec la mise en place de textes de loi de plus en plus précis sur le cadre donné aux mesures de contrainte dont les patients peuvent faire l'objet. Il sera présenté dans cette partie l'évolution de la législation française et des institutions politiques qui font référence à la pratique de la contention mécanique, en commençant par les textes de lois du Code de santé publique qui pose un cadre sans aborder directement la mesure, jusqu'à la Loi du 26 janvier 2016 qui donne un cadre législatif à cette pratique.

.2.2.1 Peu visible dans la législation

.2.2.1.1 Une réglementation qui cible peu la contention

Si la réglementation de l'hospitalisation et des soins d'une personne atteinte de troubles mentaux sans son consentement évolue successivement avec les lois de 1838, de 1990, du 05 juillet 2011 et dernièrement avec la loi du 27 septembre 2013, la contention n'y est pas citée de manière explicite. Les mesure de privation de liberté, codifiées à l'article L.3211-3 du Code de santé publique, doivent être « *nécessaires, adaptées et proportionnées* » (15).

Si la pratique de la contention n'est pas règlementée, la législation encadre tout de même les soignants dans leur pratique de manière plus générale. Le médecin peut se référer au Code de déontologie médicale qui précise dans son article 2, que le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (16). L'article 8 aborde le choix du traitement choisi qui doit être le plus approprié à la situation selon les données actuelles de la science et en tenant compte des avantages, des inconvénients et des conséquences d'un traitement (17).

Dans les textes de lois qui réglementent la profession et la pratique des infirmiers, la contention est concernée par deux articles : l'article R.4311-5 du Code de la santé publique, qui détermine, parmi les actes ou soins propres aux infirmiers visant au confort et à la sécurité du patient, la fonction de rechercher « *des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* » (18) ; et l'article R.4311-7 qui définit les actes que les infirmiers sont habilités à réaliser en application d'une prescription médicale dont « *la pose de bandages de contention* » et « *l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* » (19).

.2.2.1.2 Sur le plan de la jurisprudence

Sur le plan de la jurisprudence, le contrôle de la « *proportionnalité* » du recours de la contention mécanique est du domaine d'expertise du juge (20) (21). Suite à la décision de la Cour administrative d'appel (CAA) de Nantes en 1995, le non-

recours de la contention peut engager la responsabilité de l'établissement de santé si cette mesure est la seule en mesure d'assurer la sécurité du patient et des tiers (22). A l'inverse des juges en appel de Douai en 2006, dans leur contrôle de la proportionnalité, ont considéré que la contention n'était pas requise dans la situation car la mesure est réservée aux personnes présentant un risque majeur d'atteinte à leur personne ou à autrui (23). La CAA de Marseille a pu préciser que la contention doit être mis en place en dernier recours, après une réflexion sur la situation, sur des cas extrêmes après échec de la parole, de traitement pharmaceutique et de la mise en chambre d'isolement (24).

.2.2.2 Une inquiétude de certaines instances

Plusieurs instances politiques se sont inquiétées de la pratique de la contention en particulier du manque d'information. Plusieurs rapports sont ainsi venus présenter leurs observations et ont proposé des mesures pour que la contention se fasse avec le plus de respect possible des libertés fondamentales du patient.

.2.2.2.1 La circulaire Veil du 19 juillet 1993

La circulaire numéro 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993, rédigée par Simone VEIL, rappelle les principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour des troubles mentaux. Elle se réfère aux articles L 326-2 et L326-3, créés par la Loi n° 90-527 du 27 juin 1990. Il est rappelé que l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons de sécurité et sur des indications médicales et que les contraintes mis en place doivent être en adéquation avec les modalités d'hospitalisation. La circulaire insiste aussi sur le respect de la dignité de la personne hospitalisée (25).

.2.2.2.2 Le rapport du député Denys ROBILIARD

Le 18 décembre 2013 le député Denys ROBILIARD a présenté à l'Assemblée nationale un rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Il est observé un manque de statistiques et déploré l'absence de suivi. Le rapport cite

une étude du Dr SANTOS, secrétaire général de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique auprès de ses adhérents qui « *a fait ressortir que la pratique de la contention était utilisée partout* », et pour la moitié des personnes interrogées la pratique semblait en augmentation depuis quelques années. Les raisons évoquées sont la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation des équipes et le manque de formation des jeunes médecins et infirmiers. Ce dernier argument est aussi avancé au cours de l'audition du docteur Jean-Claude PENOCHET, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux.

Il est cité l'audition de Mme Danièle Hagen, cadre de santé et référente du collectif psychiatrie de la Coordination nationale des infirmiers, qui a parlé de plusieurs facteurs comme l'organisation des locaux, l'expérience des soignants ou le sentiment de peur au sein de l'équipe.

Il est proposé dans ce document de « *renforcer les outils de démocratie sanitaire* » ce qui suppose d'encadrer et de suivre la pratique de la contention. La question de la recrudescence de cette dernière et l'existence de « *mesure de confort* », comme l'a cité M. Jean-Marie Delarue, ancien Contrôleur général des lieux de privation de liberté, questionnent les rédacteurs de ce rapport, et ce d'autant plus qu'il a été noté des disparités entre chaque établissement dans l'utilisation et la fréquence du recours à la contention.

Ce texte se réfère à la conférence de consensus de novembre 2004 sur la liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et rappelle que la contention a été considérée par le jury comme « *une atteinte inaliénable à la liberté d'aller et venir* ». Ainsi sa mise en place doit être exceptionnelle et après avoir exploré toutes les solutions alternatives avec un protocole précis :

- Une recherche préalable systématique d'alternatives ;
- La prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ;
- La déclaration de la contention dans un registre consultable, au sein de

l'établissement ;

- Une surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- L'information de la personne et de ses proches ;
- La vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité ;
- La réévaluation toutes les trois heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

Parmi les 30 propositions que comporte ce rapport, deux concernent la contention. La première, la n°14, met en avant que toute restriction de liberté individuelle doit être exceptionnelle et retenir l'attention de toute structure ou organisme de soin. Dans la n°15, il est recommandé d'utiliser la contention en solution de derniers recours, sur une prescription médicale individuelle prise sur une durée limitée accompagnée d'une surveillance stricte. Par ailleurs, le document reprend les préconisations du CPT sur la création d'un registre, toujours dans cette même proposition. S'il est déploré le manque d'information sur la mesure et les disparités nationales, il n'est pas remis en cause l'aspect nécessaire de cette pratique dans des cas exceptionnels (26).

.2.2.2.3 Les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

La loi du 30 octobre 2007 institue le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dont la mission est de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Le Contrôleur général peut visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où des personnes sont privées de liberté comme par exemple des établissements pénitentiaires ou des établissements de santé, pour vérifier le respect des droits fondamentaux tout en prenant compte les considérations d'ordre public. Outre ce pouvoir de visite, le contrôleur général adresse un rapport de visite et des recommandations aux ministres concernés. De plus il émet chaque

année un rapport d'activité au Président de la République et au Parlement qui peut comprendre des analyses sur certains thèmes.

Dans le rapport d'activité 2013, le CGLPL décrit la contention et l'isolement comme des mesures « *les plus évidemment attentatoires aux libertés* » et interpelle sur certaines pratiques comme la mise en isolement voire même en contention des patients détenus à titre de précaution durant leur séjour hospitalier, ainsi que l'absence de traçabilité en rappelant les recommandations du CPT. Parmi ses recommandations relatives aux établissements de santé mentale, la n°10 recommande d'instaurer des protocoles et une traçabilité des mises sous contention et à l'isolement. Dans la recommandation n°16, le placement en chambre d'isolement et la mise sous contention ne doivent pas être systématiques mais doivent faire l'objet d'un examen au cas par cas et correspondre à une nécessité thérapeutique validée par une décision médicale (27).

Le rapport d'activité 2014, met en avant un manque de traçabilité des mesures de contention et d'isolement et s'interroge sur les motifs qui les entraînent. Pour le CGLPL, Mme Adeline HAZAN, la contention relève d'une prescription médicale et n'a pas à avoir de finalité punitive, ce qu'il est difficile de vérifier en raison du manque de traçabilité (28). Le CGLPL se montre très préoccupé par la question et a fait de la psychiatrie une de ses priorités depuis 2014 (29).

En mai 2016, le CGLPL émet un rapport sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale et a formulé des recommandations (30). Plusieurs points sont abordés sur la contention :

- Le principe de dernier recours est réaffirmé avec la nécessité de rechercher des alternatives lors de situation de crise et le principe d'avoir un lieu autre que la chambre du patient est préconisé en raison du risque de banalisation.
- Pour la traçabilité il est rappelé que toute mesure de contention doit être référencée dans un registre depuis la Loi du 26 janvier 2016. Il est recommandé que la décision soit documentée dans le dossier du patient afin que l'établissement puisse apporter la preuve que la mesure soit appliquée en dernier recours. L'exploitation du registre doit être assurée au niveau régional

et national dans un système d'information cohérent.

- Le patient doit être informé des moyens de recours et bénéficier d'un écrit précisant ses droits et les recours aux mesures de contention et d'isolement.
- La décision ne peut être prise qu'après un examen médical effectif et en prenant en compte l'avis de l'équipe. Elle doit justifier la dimension de dernier recours et ne peut être prise par anticipation. Tout soignant participant à la prise en charge doit chercher à lever la contention dès que possible, cette dernière ne devant pas être pratiquée par anticipation.
- Dans le cadre du suivi et de la surveillance, il est mis en avant que la contention ne devrait pas être prolongée au-delà de 12h sans une nouvelle décision médicale et que le patient devrait pouvoir bénéficier de temps d'interruption.
- Le patient sous contention devrait toujours avoir accès à un dispositif d'appel.
- La recherche ainsi que la formation aux soignants sur les alternatives à la contention mécanique doivent être favorisées selon ce rapport. De plus la compétence d'expertise des infirmiers doit être valorisée.

La contention pour le CGLPL doit être encadrée très précisément dans l'objectif de garantir au mieux le respect des droits du patients (29).

.2.2.3 Loi du 26 janvier 2016 article L.3222-5-1 du Code de Santé Publique

L'article 72 de de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé introduit au sein du code de la santé publique l'article L.3222-5-1. Cet article énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction des pratiques de la contention et de l'isolement et repose les caractères du soin comme nécessaire, adapté et proportionné (31).

Cette loi est d'importance car il s'agit de la première loi qui désigne précisément la contention et l'isolement et donne plus précisément un cadre légal à ces pratiques

(29). Pour le Pr PECHILLON, *« dès l'instant où un pays démocratique, soumis aux exigences de l'État de droit, autorise une personne à user de la force et de la contrainte à l'encontre d'une autre, cet usage doit être encadré par le droit et, par conséquent, être contrôlable par un juge »*. Avant 2016, la France utilisait un système normatif qui consiste à accorder une grande liberté de décision au thérapeute – le médecin - où à une institution. Le juge intervenait alors s'il était saisi par un individu qui s'estimait victime d'un abus (32).

En 2016, s'opère un changement de modèle : *« le législateur organise une forme de renversement de la charge de la preuve vers les professionnels de santé. Il instaure des procédures censées garantir l'efficacité et la transparence de l'action publique. Chaque décision prononcée à l'encontre du patient n'est plus présumée être prise dans son intérêt »* (32). La pratique qui auparavant ne faisait l'objet d'aucune réglementation explicite, est maintenant pensée et réglemantée dans un article qui lui est consacré.

Cette loi reprend les recommandations du CGPL et présente aux soignants en psychiatrie, mais aussi aux représentants des établissements, les mesures suivantes :

- Elle affirme cette notion de « dernier recours » : *« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours »*. Par ce premier alinéa, le législateur contraint l'autorité concernée à envisager toutes les solutions alternatives avant de pouvoir utiliser cette pratique.
- Elle donne un cadre à la mise en place en déterminant une indication : *« Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui »* ; ainsi qu'une durée dans le temps : *« prise pour une durée limitée »*.
- Elle détermine la seule autorité qui peut la décider : *« sur décision d'un psychiatre »*. L'emploi du terme « décision » et non du terme de « prescription », en fait d'ailleurs non pas un acte thérapeutique mais un acte administratif individuel unilatéral, voir une mesure de protection.
- *« Doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin »*.

- Elle assigne aussi la responsabilité à l'établissement de tenir un registre :
« *Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée* ».

Ces mesures montrent une volonté des législateurs d'encadrer et de limiter la pratique de la contention et de l'isolement et laissent à chaque établissement la charge de montrer les moyens mis en œuvre dans ce sens. La Loi réaffirme comme fondamentale la liberté d'aller et venir, mais aussi le droit à l'information dont le défaut est considéré comme un préjudice moral et donc condamnable. Dans cet article, la décision d'employer la contention d'une personne découle d'un processus réflexif conduit dans l'intérêt de la personne à protéger et le respect de sa dignité (21).

Pour Mme Valériane DUJARDIN, juriste spécialisée en droit de la santé : « *le juge qui exerce un contrôle d'opportunité, sera amené à apprécier plusieurs notions légales nouvelles et les modalités de mise en œuvre* » :

- Les deux termes centraux que sont : « *isolement* » et « *contention* » ne sont pas définis par le texte de loi.
- Si le patient demande à être mis sous contention, la notion de « *dommage immédiat* » n'éclaire pas sur la conduite à adopter.
- Concernant la « *décision du psychiatre* », le terme de « *décision* » n'a pas de définition juridique et interroge sur l'utilisation des contentions chimiques.
- La « *durée limitée* » est laissée à la libre appréciation du juge.
- La « *surveillance stricte* » induit elle aussi une interrogation par le terme « *strict* » qui n'a pas d'existence juridique et est donc, lui aussi laissé à l'interprétation du juge.
- Enfin il est à déplorer l'absence d'information sur un acte conservatoire, à comprendre ici d'urgence, et sur le rôle de l'interne.

Ces absences de définitions peuvent être donc source d'interprétation et conduire à

des divergences de pratique entre là « sur-protocolisation » des services, du fait d'une crainte des sanctions, et le contournement de la législation de l'autre côté. Par ailleurs ce texte ne modifie pas le contrôle de la proportionnalité qu'exerce le juge mais engendrera probablement une jurisprudence nouvelle.

L'instruction du 29 mars 2017 adressée aux préfets et aux directeurs généraux des agences régionales de santé par le ministre des affaires sociales et de la santé, précise les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi du 26 janvier 2016 et rappelle l'objectif de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention. Le ministre désigne la contention comme une mesure de protection du patient et de son entourage et rappelle qu'elle ne peut répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. Si cette circulaire définit les modalités pour la mise en place et la tenue du registre, elle renvoie à la recommandation de la Haute Autorité de Santé sortie en février 2017 pour ce qui est de la mise en place de la contention et de l'isolement (33).

.3 La pratique de la contention

On retrouve une grande disparité entre chaque pays mais aussi entre chaque établissement à l'intérieur d'un même pays, en raison de la multitude de facteurs et des représentations de cette pratique propre à chacun (34). Cette partie présentera un rapide tour du monde des pratiques puis s'attardera sur la pratique en France au travers des recommandations.

.3.1 Quelle pratique dans le monde

Si la contention peut être réglementée par un cadre législatif précis, on retrouve peu de recommandations de bonne pratique spécifique à cette mesure dans le monde. La plupart des recommandations propose des fonctionnements et des plans d'action dans une volonté de promouvoir la diminution de cette pratique. A cela s'ajoute de nombreux soignants dans le monde qui se sont inscrits dans une politique de diminution de la contention et de l'isolement avec une logique de soin centrée sur l'individu. Ces changements de pratiques demandent souvent une participation

importante et dynamique des équipes mais sont le plus souvent initiées par une pression extérieure que cela soit une loi ou un chef de service (35).

En Australie, par exemple, le Ministry of Health, New South Wales présente en 2012 des recommandations sur les agressions, l'isolement et la violence qui mettent en avant des étapes dans les réponses thérapeutiques. La contention n'y est pas considérée comme un acte thérapeutique. Il est mis l'accent sur la prévention des situations et la diminution des comportements violents par des interventions thérapeutiques le plus rapidement possible comme par exemple l'utilisation de phrases courtes ou la proposition d'activité physique. L'étude met aussi en avant les risques vitaux qu'entraîne la contention.

Cette recommandation présente six principes qui doivent guider son utilisation :

- La sécurité et le bien-être sont « vitaux » pour le patient ;
- La sécurité et le bien-être sont « vitaux » pour l'équipe ;
- La période doit être minimale ;
- L'utilisation doit être justifiée et proportionnelle au comportement du patient ;
- Toute action doit être la moins restrictive possible ;
- Une surveillance importante doit être mise en place avec une intervention précoce en cas de détérioration clinique.

Toujours dans un objectif de diminution des pratiques, la recommandation appuie sur l'importance de la formation et met en avant deux types de formations : celles centrées sur le changement de croyance dans les équipes et celles qui développent les compétences dans la gestion de la crise incluant les alternatives à l'isolement et à la contention (36).

L'Irlande dans sa recommandation de 2001, met en avant que chaque établissement doit pouvoir montrer qu'il tient une politique de diminution de la pratique de contention ou d'isolement. On y retrouve aussi cette dimension de dernier recours

avec la considération d'autres alternatives tentées ultérieurement, qu'il faut notifier dans le dossier. L'état irlandais insiste aussi sur l'initiation qui doit être sur prescription médicale, ainsi que l'information au patient, à son médecin référent et à des représentants d'usagers (2).

Le gouvernement du Québec a édité en 2015 des recommandations sur « *les moyens de contrôle* » dans une perspective de les diminuer. Pour le gouvernement « *il est clair que l'utilisation de l'isolement, d'une contention ou d'une substance chimique, à titre de mesures de contrôle, constitue une entrave à cette liberté et va à l'encontre de cette valeur fondamentale qu'est le respect de la personne.* » Ainsi la contrainte doit être limitée dans le temps, la moins restrictive et utilisée en dernier recours dans un contexte de risque imminent mais toujours dans le respect, la dignité et la sécurité du patient. L'implication de l'institution est aussi mise en avant avec la création de protocole et leur surveillance (3).

.3.1.1 Quelles indications ?

Dans la littérature scientifique, les différentes indications à l'application de mesures de contention ne dépendent pas de considérations nosologiques ou syndromiques, et ne sont pas spécifiquement rattachées à des entités morbides spécifiques, mais plutôt à des caractéristiques comportementales ou à certains symptômes (37) (38). Les principales indications retrouvées sont :

- Les violences ou menaces de violence à l'égard du patient lui-même ou de l'entourage, que cela soit d'autres patients, la famille ou l'équipe soignante.
- La prévention de dommages importants à l'environnement physique.
- La prévention de la rupture brutale d'un traitement perçu comme nécessaire.
- L'agitation.
- La désorientation.
- La fugue.

Pour certaines recommandations, l'utilisation de la contention ne se fait que lorsqu'il y a un risque imminent et grave de préjudice physique ou moral pour le patient ou l'équipe. Certains utilisent le terme de menace immédiate pour remplacer la notion de risque (2). L'objectif n'est alors pas un soin mais une mise en sécurité du patient et de l'équipe comme l'explique le gouvernement australien(36).

Plusieurs pays présentent la contention comme n'étant pas justifiée en cas d'automutilation par le patient, de pratique de routine, pour des raisons d'organisation ou de personnel, en premier recours ou en cas de punition. Dans la littérature scientifique les principales contre-indications retrouvées sont le risque suicidaire et certaines affections somatiques (38).

.3.1.2 Quelles alternatives ?

A partir des années 1990, se sont développés aux Etats-Unis plusieurs programmes qui intègrent cette vision du soin centrée sur le patient (39). Une revue de la littérature basée sur 46 articles, réalisée par JOHNSON en 2010, a identifié deux types de programmes. Le premier type est un programme éducatif destiné au soignant qui aborde des contenus spécifiques dont les plus cités sont les théories de l'agression et les techniques de gestion de la violence ou encore des informations autour de la pathologie, des traitements pharmaceutiques, des facteurs influençant l'agressivité (40). Ainsi il est mis en avant une réduction importante des recours à la mesure de contention dans certains hôpitaux américains par la mise en place de ces alternatives (41).

Une étude danoise de 2011, a retrouvé 3 alternatives qui peuvent prévenir efficacement les situations de contention au travers d'une revue de la littérature regroupant 59 articles (42) : la mise en place d'une thérapie cognitive centrée sur le milieu (cognitive milieu therapy) qui a pour objectif d'apprendre au patient à se servir de son environnement pour développer de nouvelles compétences ; les interventions combinées (combined interventions) qui consiste à un programme intensif de formation pour les patients et les soignants, d'intervention de patient et de changement de fonctionnement dans le service ; et les soins centrés sur le patient (patient-centered care) qui consistent à impliquer activement le patient dans sa

prise en charge. L'étude fait aussi état d'un manque d'études de qualité en particulier d'études prospectives sur le sujet.

Pour certains auteurs comme SAILAS, le manque de données sur les mesures coercitives et leurs alternatives sont insuffisantes pour que les soignants s'en passent à ce jour. Le manque de données sur les effets secondaires et l'efficacité des alternatives participent au maintien de la pratique de la contention, d'autant plus que ces pratiques se fondent, selon sa revue de la littérature sur l'habitude et la croyance (37).

.3.2 Les recommandations de bonne pratique française

.3.2.1 La recommandation ANAES de 1998

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), créée en 1996 et qui deviendra la Haute Autorité de Santé en 2005, présente en juin 1998, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, un audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Dans ce guide, l'isolement est présenté comme se substituant à la contention physique du patient par des entraves. La contention n'y est abordée que comme une mesure fréquemment associée à la mise en chambre d'isolement. Pour l'ANAES, le recours à la contention physique au cours d'une mesure d'isolement doit se faire avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort (43).

.3.2.2 La recommandation ANAES de 2000

En 2000, l'ANES publie une recommandation en vue de limiter les risques de contention chez la personne âgée, dont la mise en place a comme motif exclusivement le risque de chute et la déambulation du patient.

Il est présenté les principaux risques pour la personne âgée immobilisée et les critères qui doivent accompagner une décision de contention comme la connaissance de ces risques, une évaluation régulière des besoins ainsi qu'un

programme de soin et de surveillance individualisé. La mesure se fait sur prescription médicale et doit être tracée dans le dossier. L'évaluation médicale doit être réalisée au moins toutes les 24h selon ce rapport. Les principales alternatives sont décrites comme empiriques et découlant du « bon sens soignant ». Parmi les critères mis en avant pour orienter la pratique clinique vers une diminution de la contention il est proposé une implication de l'établissement, une information et une formation de l'équipe ainsi que de mesurer le taux d'utilisation (44).

.3.2.3 La conférence de consensus de 2003

En 2003, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) réalise une conférence de consensus sur « L'agitation en urgence » qui donne un cadre d'utilisation à la pratique un peu plus précis bien que la pratique ciblée soit celle des urgences.

Pour la SFMU l'utilisation de la contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage et prévenir la rupture thérapeutique. Elle n'est justifiée qu'après l'échec des autres mesures dont la notion doit être consignée.

Cette conférence réaffirme le caractère temporaire exceptionnel de la contention et place la sédation médicamenteuse comme une nécessité dans le sens où la contention n'est pas considérée comme une mesure thérapeutique seule. Il est défini des indications à la contention : prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui ; isolement en vue d'une diminution des stimulations ; la prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins. La mise en place à titre de punition, un état clinique ne nécessitant pas une contention, l'utilisation pour réduire l'anxiété ou le confort de l'équipe ainsi que la mise en place de la contention en raison d'un nombre de soignants sont définis comme des contre-indications à l'utilisation de la contention. A cela s'ajoute des contre-indications somatiques. La réalisation pratique de la contention jusqu'à la levée partielle puis complète est aussi détaillée avec l'appel des agents de sécurité et le rôle d'un coordonnateur(45).

.3.2.4 La recommandation de février 2017

Dans la suite de la loi du 26 janvier 2016, la Haute autorité de santé présente, en février 2017, une recommandation de bonne pratique sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale. Cette recommandation a été élaborée suite à des saisines de la Direction générale de la santé et de la Direction générale de l'office de soins qui ont demandé que la contention et l'isolement, soient particulièrement encadrés et envisagés dans des conditions très précises en raison des contraintes que ces mesures engendrent.

L'objectif est de déterminer la place de l'isolement et de la contention en psychiatrie, d'améliorer et d'harmoniser les pratiques, en répondant à des exigences cliniques, légales, éthiques et organisationnelles. Le respect des droits fondamentaux du patient sont mis en avant. Un objectif de réflexion spécifique à chaque équipe et chaque structure est recherché par l'HAS dans l'application de ces recommandations.

La contention y est définie comme une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, dans le cadre d'une démarche thérapeutique et après concertation pluriprofessionnelle. Le processus de la contention est décrit comme complexe mais uniquement en dernier recours et justifié par une situation clinique où les soignants doivent faire face à une violence extrême.

Les indications de la contention sont la prévention d'une violence imminente ou la réponse à une violence immédiate non maîtrisable, dans le cadre de troubles mentaux et avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou d'autrui. On retrouve aussi la dimension de dernier recours, avec l'échec d'alternatives différenciées moins restrictives, la dimension de danger important et imminent lié à un trouble du comportement, et après une évaluation d'un psychiatre qui doit tracer les arguments cliniques et le niveau de réponse adaptée et proportionnée.

La contention est proscrite pour des motifs de punition, d'humiliation et de domination, ou encore pour des motifs organisationnels ou institutionnels comme la rareté des soignants. L'HAS recommande d'accompagner la mesure d'une réflexion

bénéfices-risques s'il existe un risque somatique ou un trouble organique.

La réalisation de la mesure doit s'initier sur décision du psychiatre ou suivi de cette décision dans l'heure après une évaluation du patient et des explications sur la mesure. Une nouvelle évaluation médicale doit être reconduite dans les six heures, s'il y a nécessité de renouveler la mesure puis deux visites par 24 h par la suite. La recommandation précise que le lieu doit y être dédié et adapté avec des équipements spécifiques et une mise en isolement, ainsi qu'une position allongée pour le patient et sans qu'il y ait d'entrave à sa respiration. Le traitement sédatif serait à l'appréciation des soignants selon la nécessité de la situation. La mise en place doit s'accompagner d'une information dans le respect du code de déontologie.

Le rythme de la surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est déterminé, avec au minimum un passage toutes les heures pour évaluer l'état psychique. La surveillance est censée permettre de rétablir un contact et de travailler l'alliance et surveiller la survenue de complication, la surveillance par les soignants ne peut donc être remplacée par une surveillance vidéo dans cette recommandation. Des patients plus à risques sur le plan somatique ou psychique sont aussi décrits. l'HAS insiste sur la traçabilité des consignes et de leur réalisation.

Dans son axe sur la sécurité du patient et de l'équipe, la recommandation appuie sur la réalisation de la contention dans des conditions de sécurité suffisante pour le patient et le soignant. Cela passe par une équipe soignante formée et en nombre suffisant avec une partie dédiée à la gestion de la crise, d'autres à la gestion du service et un soignant qui prend le leadership et coordonne les interventions. Le médecin doit être avisé sans tarder et une équipe de renfort est sollicité avec un soignant du service qui les informe de la situation. Pour l'HAS il est important de repérer si le patient est encore accessible au dialogue avec l'importance pour l'équipe de maintenir un dialogue autant que possible.

A levée de la contention, qui ne signifie pas une levée de la chambre d'isolement, il doit être proposé au patient de reprendre la situation avec les membres de l'équipe pour que son vécu soit entendu, vérifier que ses droits ont été respectés et que le patient puisse mobiliser ses aptitudes à l'auto-contrôle et rechercher des alternatives avec les soignants. Un temps de reprise entre professionnels doit aussi être mis

en place dans un but d'analyse de la situation et de la mesure, de recueillir les avis et les vécus dans ce contexte de dissonance éthique.

La traçabilité prend une part importante des recommandations avec chaque acte et décision qui doivent être spécifiés et argumentés dans le dossier du patient. Pour l'HAS les établissements de santé doivent s'impliquer dans une politique visant à diminuer le recours à l'isolement et à la contention mécanique au travers de cette traçabilité des données et surtout sur la tenue d'un registre sur laquelle doit s'appuyer l'institution(1).

Si les recommandations présentées sont celles à mettre en œuvre prioritairement pour améliorer la qualité des soins délivrés, rien n'est dit sur comment les soignants vivent et se représentent la contention.

.4 Le vécu et la représentation des soignants au travers des études qualitatives

Pour certains auteurs, l'explication du recours à la contention passe par la compréhension des facteurs décisionnels du personnel soignant et en particulier infirmier (46). Selon DI FABIO et d'autres auteurs, les infirmiers sont tenus de juger du potentiel de risque que peut présenter un patient pour la mise en place de mesure de restriction physique. Pour eux ce jugement peut être influencé par leur perception du patient comme violent ou potentiellement violent, ainsi que par leurs réactions émotionnelles comme la peur, l'anxiété, l'impuissance ou le désespoir face à ce même patient (47) (48) (49).

Pourtant il existe peu d'étude qualitative en psychiatrie sur le vécu des soignants sur une situation de contention ou sur leurs représentations plus générales de cette pratique. La plus grande partie des études concerne des services de gériatrie ou des services de somatique.

Il sera vu dans cette partie les différentes études qualitatives qui aborde le vécu ou les représentations des soignants autour de la contention avec leurs méthodologies

et leurs principaux résultats.

.4.1 A l'étranger

.4.1.1 Dans des services de somatique et les établissements pour personnes âgées

.4.1.1.1 Etude sur le vécu des infirmières

Une étude chinoise de 2014, a exploré le vécu d'infirmières, exerçant dans un hôpital général, au travers d'une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi-directifs et d'un questionnaire quantitatif (50). L'objectif de cette étude était d'identifier les perceptions et la pratique de la contention en Chine.

18 infirmières ont participé aux entretiens et ont été interrogées, au cours d'un entretien individuel enregistré, sur leurs perceptions concernant l'utilisation des contentions physiques, les circonstances où la contention est mise en place, leur perception des problèmes éthiques entourant l'utilisation des contentions, sur le consentement et l'information aux familles, ainsi que sur les alternatives déjà mises en place ou imaginées. L'analyse du contenu a été réalisée par une méthode phénoménologique.

Les résultats montrent :

- Une pratique routinière dans l'objectif de préserver l'intégrité du patient ou celle d'autrui y compris les infirmiers. La protection et la sécurité des patients sont considérées comme une des responsabilités de l'infirmier et l'utilisation des contentions physiques permettrait aux soignants d'endosser cette responsabilité. La contention était aussi considérée comme nécessaire du fait du manque de personnel et de la charge de travail.
- Pour ce qui est de la décision de mise en place, les infirmiers ont rapporté que la contention physique est commune après accord de la famille.

- Les principales alternatives mises en place sont l'utilisation d'une sédation pharmaceutique ou l'accompagnement par la famille, en particulier en cas d'opposition de la famille.

Cette étude conclut sur une utilisation surtout sécuritaire en particulier la nuit où il y a moins de personnel. Elle préconise une formation des infirmières à la bonne utilisation de la contention ainsi qu'une meilleure dotation en personnel infirmier.

.4.1.1.2 Etude sur la prise de décision des infirmières

En 2014, une étude belge s'est intéressée plus précisément au processus de la prise de décision de contention par les infirmières travaillant en centre de soin pour personnes âgées (51).

L'étude a préalablement sélectionné 64 établissements de soin dans les Flandres dans l'objectif d'avoir une variation maximale de l'échantillon. Ainsi 21 participants ont été sélectionnés en fonction de plusieurs critères comme l'âge, l'expérience ou la religion. Les critères d'inclusion étaient une utilisation récente de la contention, la langue utilisée et la volonté de participer à l'étude. Les données ont été analysées selon une théorisation ancrée. Les 21 entretiens étaient individuels et les questions s'appuyaient sur une revue de la littérature et des entretiens préliminaires.

Les principaux résultats montrent :

- La décision s'appuie sur un réseau interpersonnel entre les membres de l'équipe et les familles ;
- Le contexte juridique, éthique et institutionnel est pris en compte par les infirmiers ;
- L'environnement est décisif dans la prise de décision au travers de l'architecture et la disponibilité d'alternatives ;
- La disponibilité et le nombre de soignants influencent chaque décision de contention ;

Cette étude met en avant que chaque décision de contention, bien que complexe, prend en compte le contexte pratique de cette pratique et qu'une politique institutionnelle et un environnement étayant pour aider les infirmières à prendre des décisions de contention éthiquement rationnelles.

.4.1.1.3 Etude sur les représentations qui font barrière à la contention

Une étude coréenne en 2012, s'est intéressée aux représentations des infirmières, travaillant dans des centres de soins pour personnes âgées, qui font barrière à la réduction de la pratique des contentions au travers d'une analyse qualitative.

Un premier entretien a été réalisé dans deux centres de soin pour personne âgées, auprès de 40 infirmiers et assistants pour personnes âgées, puis 16 d'entre eux ont participé à un deuxième entretien. Les entretiens étaient individuels et semi-directifs avec des questions ouvertes et impersonnelles. Un enregistrement a été réalisé pour chaque entretien puis les données ont été analysées par une méthode d'analyse de contenu.

Les résultats ont retrouvé six thèmes qui font barrière à la disparition de la contention dans les établissements pour personnes âgées, avec chacun plusieurs sous-thèmes :

- Le personnel soignant est trop occupé par la quantité de travail, la sévérité des patients et les demandes des familles ;
- Il existe un manque de moyen en personnel et étudiant ainsi qu'en équipement ;
- La contention est associée à des croyances de protection, limiterait les accidents et serait en accord avec les responsabilités du soignant ;
- Il y a un manque de formation professionnelle et pratique ;
- Il existe de multiples variations entre les profils de patient, les soignants et

les politiques institutionnelles ;

- La contention est entourée d'enjeux relationnels avec un manque de compréhension et de respect entre les soignants ainsi que des problèmes de communication dans l'équipe.

Cette étude met avant un travail autour de la formation et de la communication à faire dans les prochaines études (52).

.4.1.2 Dans des services de géro-psycho-geriatrie

En 2014, MUIR-COCHRANE publie une étude qualitative sur les expériences de contention et d'isolement des infirmières dans le cadre de situations de crise chez la personne âgée. Les objectifs de cette étude étaient d'étudier les expériences des infirmières sur la contention ou l'isolement lors d'une situation de crise aiguë et comment ces expériences peuvent favoriser des résistances à la disparition de ces pratiques.

Cette étude a interrogé 39 infirmiers répartis sur 3 centres de géro-psycho-geriatrie en entretien individuel à l'aide d'un magnétophone et de recueil de note. Ils étaient interrogés sur leur participation à la contention ou l'isolement, sur les facteurs augmentant ou diminuant la probabilité de recours à ces mesures dans l'unité, sur les obstacles perçus à l'élimination de ces pratiques et sur les alternatives pratiques et sûres pour restreindre leur utilisation dans le service. Les données ont été par la suite retranscrites et traitées par une analyse phénoménologique interprétative.

Les principaux résultats de l'étude ont mis en évidence :

- Un manque d'alternatives accessibles malgré un vécu difficile et un sentiment de contrariété à mettre en place ces mesures. Certains soignants ont mis en avant qu'il n'y avait pas besoin d'amélioration dans leur service et d'autres ont invoqué l'impossibilité de s'en passer.
- D'autres thématiques ont été repérées comme la participation d'une relation interpersonnelle défavorable avec de l'agressivité ou une

agression comme motif de contention, mais aussi que le comportement du soignant envers le patient pouvait amener à un comportement tendu du patient.

- Enfin l'environnement et la politique de l'institution ont aussi été mis en avant comme des motifs de recours à ces mesures.

L'auteur conclut que la modification de ces mesures doit prendre en compte ces facteurs environnementaux et inclure une formation aux soignants pour que les politiques de changement soient impliquées (53).

.4.1.3 Dans les services de psychiatrie

En 2000, S. MARANGOS-FROST, a réalisé une étude qualitative ethnographique dans l'objectif de décrire systématiquement les pensées et les sentiments des infirmiers utilisant la contention. L'approche conceptuelle guidant l'étude s'est appuyée sur le travail théorique d'ETZIONI (1992) abordant le rôle des facteurs normatifs et affectifs dans la prise de décision au travers d'un questionnaire ethnographique. Les 6 infirmiers qui ont été interrogés avaient participé à une situation impliquant une contention.

Les résultats ont montré que la décision de contention représente un dilemme pour les infirmiers. Cette dimension était soutenue par quatre thèmes :

- La situation est perçue comme impliquant un risque de préjudice imminent pour le patient, autrui ou le service. Ce thème est décrit comme un élément clé de la prise de décision des infirmiers.
- Les infirmiers évaluent si les alternatives sont assez protectrices au regard du préjudice perçu. Ainsi lors des situations de contention, cette mesure a été jugée comme la meilleure option possible pour assurer la sécurité.
- La contention est perçue comme pouvant faire souffrir le patient ou les soignants, ce qui n'est pas acceptable pour l'infirmier. Il naît alors un conflit entre ses convictions éthiques et son désir de protéger le patient. La

contention est alors décrite comme un dernier recours qui fait peur aux soignants.

- Le contexte influe sur la décision de contention au travers de la composition du service et la concentration des cas difficiles dans le service donne aux infirmiers le sentiment de ne pas être assez nombreux pour s'occuper correctement des patients. A cela s'ajoute la politique de l'établissement et des médecins.

L'étude a conclu que les facteurs impliqués dans la décision de contention sont plus complexes que ce qui était retrouvé dans la littérature et cela nécessite d'autres études (54).

Une étude iranienne de 2013, s'est proposée d'explorer le vécu des infirmières travaillant en psychiatrie et confrontée à des mesures de contention. Les participants ont été choisis par un échantillonnage intentionnel et ont été interrogés sur leurs vécus au cours d'entretiens semi-structurés. Le recueil s'est continué jusqu'à la saturation des données et l'émergence de thèmes. Les données ont été traitées selon une méthode d'analyse de contenu inductive.

Les critères d'inclusion utilisés ont été : une expérience de plus de 6 mois d'exercice en psychiatrie, l'obtention du diplôme d'infirmier et être volontaire pour participer. Les 14 entretiens réalisés ont été individuels.

Les données ont permis de faire réémerger les thèmes suivants :

- La contention est considérée comme un outil acceptable et peut avoir plusieurs fonctions. Ainsi elle peut servir à contrôler le patient ce qui est important pour la gestion du service. Elle peut aussi être utilisée pour faciliter l'accès aux soins ou l'action du traitement pharmaceutique. Une dernière fonction associée à la contention est celle de prévenir les effets secondaires des psychotropes.
- Le processus de la contention qui est organisé sous un mode diachronique : La période avant la contention qui regroupe l'information au patient, l'accord médical pour réaliser l'acte, et la mise en place d'un

traitement sédatif pour apaiser et réduire les résistances du patient. La période pendant la contention qui parle de la maîtrise du patient par l'équipe pour réduire ses résistances, la mise en sécurité du patient par l'attache des quatre membres, et le manque de personnel qui favorise le recours à cette pratique. La période après la contention informe sur des durées variables de contention en fonction de l'état du patient, sur l'explication au patient et l'évaluation des interactions pour retirer les contentions, cette action étant réalisée avec l'accord du médecin.

- La contention est considérée comme un sujet difficile pour les infirmières. Une des raisons évoquées était liée aux locaux et à la politique de l'établissement avec des patients mis en contention dans des chambres accessibles à d'autres patients qui venaient retirer les attaches de la personne immobilisée. Une autre difficulté perçue est le manque d'acceptation et la résistance du patient à la contrainte.
- Il est perçu des effets négatifs et positifs à la contention. Les effets négatifs ont été exprimés au travers d'un dommage sur la relation avec le patient et sur le processus de soin, de blessure physique ou de traumatisme pour le patient, et des effets psychologiques sur les infirmières. Les effets positifs cités sont une meilleure acceptation et participation du patient aux soins.

Cet article a mis en avant que la contention physique est une stratégie de contrôle et de gestion du patient qui s'avère parfois nécessaire bien qu'elle ne soit ni satisfaisante pour les patients ni pour les infirmières. Il est mis en avant l'importance de la communication lors de la mise en place. Devant les difficultés auxquelles font face les infirmiers, les auteurs proposent de travailler sur la formation des soignants pour diminuer le recours à la contention (55).

Une étude australienne de 2016, s'est intéressée aux perspectives des patients et des soignants pour diminuer la pratique de la contention au travers de groupes focus. 30 patients et 36 soignants ont participé à cette étude. Les entretiens de groupe ont été enregistrés puis traités par un logiciel d'analyse qualitative.

Les résultats ont abordé 6 thèmes principaux concernant l'impact de la contention et

de l'isolement :

- L'impact de la contention est perçu par les participants avec une atteinte aux droits humains fondamentaux bien qu'il y ait une nécessité à gérer les risques.
- Un traumatisme qui se répercute sur les relations du patient envers les soins ; la mise en place de la contention pour contrôler les comportements mais aussi le déroulement du service ; l'inquiétude envers la solitude du patient isolé.
- Un aspect déshumanisant de ces pratiques et une incompatibilité entre ces mesures et le rétablissement personnel.

A cela s'ajoute des exemples de mauvaises pratiques qui ont été identifiés : le manque d'empathie ou une attitude paternaliste ; le manque de communication et d'interaction ; et le manque de stratégies alternatives. Les raisons mise en avant pour la mise en place de ces pratiques sont : une culture organisationnelle ; une dotation en ressource humaine insuffisante ; l'environnement physique ; ainsi que la peur et la stigmatisation du patient. L'article retient que l'échange entre les soignants et les patients apporte une contribution importante aux services de santé mentale et à la réforme des pratiques (56).

.4.2 En France

Si dans son rapport annuel de 2015, l'Observatoire national des violences en milieu de santé constate une hausse du sentiment d'insécurité au sein du personnel soignant (57), le vécu des soignant est peu retrouvé autour de la contention. Deux études qualitatives se sont intéressées aux vécus et aux représentations des soignants qui utilisent la contention mécanique.

.4.2.1 Une étude sur l'expérience vécue des soignants

Une étude épidémiologique descriptive transversale, réalisée en 2013 à Marseille par le Dr GUIVARCH a questionné des médecins et des infirmiers sur leur vécu à l'aide de questionnaires semi-dirigés au cours d'entretien individuels (58). Le questionnaire a été élaboré à partir des données de la littérature.

Le recrutement s'est réalisé sur 2 services d'urgences psychiatriques et 2 unités fermées intersectorielles sur Toulon et Marseille, choisies pour leurs orientations théoriques et thérapeutiques dans l'objectif d'explorer une grande variété des pratiques comme cela peut se voir en psychiatrie. Vingt infirmiers et neuf psychiatres ont été recrutés. L'objectif était d'étudier le vécu des soignants confrontés à la contention et de dégager d'éventuelles pistes d'alternatives.

Les différents thèmes sont abordés avec des données quantitatives et compare les réponses entre infirmiers et médecin. Le cadre d'analyse se référait aux principes éthiques fondamentaux selon la typologie de T.L. BEAUCHAMP et J.F. CHILDRESS. L'analyse des réponses est présentée au travers de cinq rubriques thématiques :

- Indication et contexte : les indications les plus courantes de contention sont le risque auto-agressif, hétéro-agressif et l'agitation. Le défaut de chambre d'isolement ainsi que la demande du patient ont aussi été cités.
- Impact sur le patient après la mise sous contention : il est présenté l'effet de la contention mais aussi le vécu du patient perçu par les soignants. La diminution de l'agitation est la plus retrouvée. Il est aussi noté que le vécu du patient est recherché dans la moitié des cas.
- Impact sur la relation soignants-soignés : il est présenté une majoration de la disponibilité des soignants pour le patient. La qualité de la relation thérapeutique à distance a été perçue comme améliorée pour la plupart des infirmiers et inchangée ou pas connue pour les médecins.
- Vécu du soignant : le vécu du soignant n'était jamais unique et était globalement négatif. Les vécus les plus retrouvés étaient la frustration,

la colère ou l'absence de ressenti. La tristesse était plus retrouvée chez les infirmiers tandis que la culpabilité se retrouvait plutôt chez les médecins. Certains ont évoqué la satisfaction en particulier de savoir le patient en sécurité. La grande majorité des soignants ont mis en avant un vécu de nécessité en particulier du fait de l'absence de moyen.

- Point de vue pratique sur la contention : la plupart des soignants considérait la contention comme un soin et un acte de sécurité mais quelques-uns ont mis en avant une vigilance à avoir sur l'utilisation pour éviter que cela soit de la maltraitance. Les facteurs favorisant retrouvés sont : des facteurs individuels liés à la pathologie du patient, des facteurs liés au manque de moyen (manque de personnel masculin, locaux inadaptés, manque de chambre d'isolement) et des facteurs institutionnels (absence de disponibilité du personnel, clivage dans l'équipe, peur de la fugue).

Il apparaît donc dans cette étude que les soignants, avec une expérience de contention, ont « un vécu majoritairement négatif à type de frustration, colère et d'absence de ressenti ». Bien que difficile le recours à la contention semble nécessaire pour les soignants et être un acte de soin et de sécurité. L'étude propose comme perspectives de développer une meilleure gestion de la crise en amont, de favoriser l'accompagnement du patient en faisant vivre les principes d'autonomies et de bienfaisance et de développer une réflexion a posteriori.

.4.2.2 Une étude sur les représentations de la contention mécanique

En 2010, J. THOMAS a réalisé sa thèse de recherche en science de l'information et de la communication sur les représentations des infirmiers et aides-soignants dans un service d'urgence psychiatriques (59). Dans son annexe 3, il s'est intéressé aux représentations présentes sur la question de la contention. Son objectif était de savoir si la contention a valeur de soin dans les représentations des soignants au travers d'entretiens.

Le choix de travailler sur des entretiens s'est appuyé sur « *l'hypothèse que si les représentations sont des idées, des concepts, des schèmes de perception qui visent à mettre du sens à des pratiques, à leur donner une existence symbolique, cela ne peut s'observer que dans le discours* ». Ainsi l'auteur différencie bien la représentation qui est une construction mentale du vécu qui est rattaché à une situation précise.

Sur deux mois, neuf personnes ont participé avec une répartition de quatre aides-soignants et cinq infirmiers. L'auteur a cherché à avoir une représentativité du service en faisant varier le statut, l'âge, le sexe et l'ancienneté dans le service, de ses participants.

Les représentations des soignants ont été explorées au travers de plusieurs entretiens semi-directifs.

- La première vague d'entretien a été exploratoire et s'est composée de quatre entretiens dont l'objectif a été de recueillir les grandes thématiques dans le discours des soignants. Les questions ont été ouvertes et les moins directives possibles. La grille d'entretien a été constituée à partir de grands thèmes retrouvés dans la littérature : contention et soin ; contention et sécurité ; contention et éthique personnelle ; contention et pathologie psychique.
- Les entretiens au cours de la deuxième partie de l'étude ont été plus directifs et dans l'objectif d'approfondir les thèmes apparus et les points du discours les plus récurrents dans les entretiens précédents.
- Il a été réalisé un entretien de groupe avec deux soignants qui se sont présentés spontanément. Cet entretien a pu approfondir la thématique de la solidarité du service dans la contention.

L'auteur a retrouvé cinq thématiques :

- La première thématique est celle de la double sécurité : celle du soignant et de l'équipe. Cette dimension de sécurité s'est retrouvée spontanément, dès les premières minutes d'entretien et a été abordée avant celle du soin. Selon l'auteur la thématique de sécurité n'a pas le même sens pour le soignant quand il en parle pour le patient ou pour lui. La sécurité « pour le

patient » est associée à une notion de protection, qui fait implicitement référence à celle du soin pour l'auteur, et pour certains soignants à la notion de « rassurer le patient », de « le mettre à l'abri ». L'auteur y voit le moyen de faire cohabiter deux visions du patient : « celui dont on se protège et celui qu'on protège », et la thématique de protection permet ce regroupement par sa dimension de protection et de défense. L'accent est alors mis sur la sécurité du patient ou celle de l'équipe selon la personne sous contention, qu'elle soit dangereuse pour elle-même ou les soignants.

- La contention est considérée comme un soin selon les pathologies : si les soignants ont mis en avant un aspect thérapeutique dans la théorie, il est nuancé dans la pratique. Pour la contention des personnes âgées les participants ont sentiment d'agir sous la contrainte et l'acte est souvent évoqué à la forme passive. Les soignants ont mis en avant une hiérarchisation des souffrances et des pathologies avec un aspect thérapeutique indéniable de la contention et une perception moins négative des actes violents pour les patients psychotiques en comparaison des patients alcoolisés qui n'ont pas été rattachés à une souffrance psychique et sont donc moins susceptible de recevoir un soin. Ainsi pour l'auteur « il semble que le critère de l'authenticité de la souffrance ou de la maladie soit un moyen pour les infirmiers de s'approprier ou non la contention comme faisant partie de leur rôle soignant ». Enfin les soignants perçoivent la contention comme un soin si le patient en fait la demande bien que la situation soit décrite comme rare.
- La contention est perçue comme un soin lorsqu'elle s'inscrit dans un soin global. L'information et la communication viennent donner du sens à l'acte selon les soignants. La contention peut être thérapeutique dans le discours soignant, s'il elle restaure une relation soignante. L'auteur remarque les soignants conçoivent le soin au travers du dialogue et que la contention a pu venir perturber cette représentation en amenant la relation sur une rupture du dialogue. Pour les participants, la communication permet de mettre du sens à cette pratique et est nécessaire. Après l'information, c'est

la dimension de travail en équipe qui rattache la contention à un acte thérapeutique.

- La contention est associée à la thématique de l'identité soignante pour l'auteur. La contention ferait partie, dans le discours des soignants, d'une médecine à vocation sociale dans le discours soignant en lien avec « l'accueil de la violence de la cité » dans le service d'urgences psychiatrique. La contention révèle aussi la solidarité et l'esprit d'équipe des personnels selon les participants, venant ainsi cristalliser l'appartenance à un service.
- Dans le contexte de la contention, les soignants cherchent à se différencier d'autres acteurs institutionnels, comme les forces de l'ordre bien que parfois leur fonction se superpose dans cette pratique. L'auteur a perçu que les soignants se sentent en difficulté par cette superposition et ont employé une formulation négative pour se différencier. Le soignant a été perçu comme se sentant dans son rôle quand il perçoit les critères d'une contention thérapeutique.

L'auteur perçoit ainsi d'abord une dimension de sécurité associée à la pratique de la contention alors que les soignants l'associent à un soin mais sous certains critères. L'étude montre la communication et le rationnel comme faisant partie intégrante de la fonction soignante mise à mal par la contention qui vient mettre un jour un impossible du langage. Toujours pour l'auteur, les soignants ont alors besoin de mettre du sens à cet acte en réutilisant la parole. Il a été perçu au cours de cette étude le besoin des soignants d'en parler et qu'une formation leur permettrait d'assumer leur identité de soignant dans la contention.

.5 Le contexte de l'étude

Cette étude prend part sur une volonté d'étudier la contention mécanique en tenant compte de la dimension locale de cette pratique.

En 2014, à Toulouse, le Dr CARRE a présenté sa thèse « *Contention physique : revue*

de la littérature et étude qualitative sur le vécu des patients » qui a pour objectif de recueillir le point de vue du patient au travers d'entretien semi-directif.

Les patients devaient avoir une expérience de contention mécanique et être stabilisés sur le plan clinique. Les axes explorés au cours de l'entretien ont été :

- La description de la situation ayant amené à la mise sous contention avec les ressentis et pensées du patient au cours de la situation.
- La description des ressentis et pensées tout au long du processus de contention.
- La description des rapports entre le patient et l'équipe soignante tout au long du processus de contention.
- Les propositions d'alternatives de prise en charge à l'utilisation de la contention physique dans la situation précise décrite par le patient.
- Proposition de mesures visant à améliorer le vécu du patient tout au long du processus de contention.

Les données recueillies auprès de 29 patients ont été ensuite traitées par une analyse thématique du discours.

Le vécu retrouvé de la contention est essentiellement négatif, aussi bien dans la perception que le patient a de lui-même, dans sa perception du monde et de son rapport aux autres ou encore dans sa perception du temps. Cela a pu aller jusqu'à un vécu de traumatisme pour certains patients.

La mise en place a été perçue par la majorité des participants comme non indiquée et non justifiée, dont la mise en place a été motivée par un état agressif ou un état d'agitation. La mise en place de la contention pour certains patients a eu lieu dans un contexte de rapport de force, le plus souvent lié à un refus d'un soin.

Dans les perceptions que le patient a eues de lui-même, ont été retrouvé des thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude et de perceptions physiques désagréables. Une faible partie des participants a pu évoquer des

thématiques d'apaisement de l'état d'angoisse ou d'agitation.

La dimension relationnelle avec le soignant a été abordée de manière ambivalente dans le vécu des participants. Ainsi le soignant a pu être perçu comme rassurant ou soutenant, mais aussi perçu négativement par le patient, ce dernier évoquant alors des thématiques de déshumanisation, de sanction/punition, d'abandon/rejet, de non-respect/humiliation, de violence/jouissance. La dimension ambivalente peut être vue au travers de l'instauration d'une relation de dépendance envers le soignant du fait de l'état d'impuissance absolue induit par la contention physique.

Les alternatives retrouvées dans les entretiens sont principalement la mise en chambre d'isolement, l'instauration d'un traitement médicamenteux sédatif et d'un dialogue avec les soignants. Le respect de l'autonomie est une dimension importante dans le discours de certains patients qui suggèrent de leur laisser le choix entre plusieurs mesures.

Les principales voies d'amélioration mises en avant par les participants et qui permettraient un meilleur vécu de la contention concernent le rapport soignant/soigné : la continuité du lien relationnel, les visites régulières, la délivrance d'informations sur le motif et le déroulement de la contention ; l'accessibilité à l'autonomie ainsi que la mise en place de repères temporels et de soins médicamenteux. Ces améliorations et ces alternatives se recoupent avec celles retrouvées dans les recommandations d'organismes internationaux.

Cette étude conclut qu'au vu des résultats ainsi que l'absence de preuve d'efficacité de la contention dans la littérature, des effets indésirables et du questionnement entre un acte de soin ou un acte de protection, l'utilisation de la contention devrait être limitée le recours à cette pratique au maximum. Plusieurs axes d'études ultérieures sont proposés comme la recherche d'effets indésirables à long terme, l'évaluation de l'efficacité, la mise en place d'études épidémiologique ou encore l'évaluation du vécu des soignants. En effet l'étude *« montre que la perception des patients de la contention physique est en lien étroit avec la perception des rapports avec les soignants. Le ressenti de cette mesure de contrainte ne peut être décrit par les participants sans l'intégrer aux enjeux de la dynamique relationnelle avec les soignants. C'est pourquoi des études qualitatives recueillant le vécu des soignants dans l'utilisation de la contention*

physique seraient nécessaires pour interroger les enjeux de cette relation, à la fois par ce qui motive l'utilisation d'une telle mesure mais aussi dans les rapports qui se nouent tout au long du processus. » (60).

En Juin 2015, est créée la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées (FERREPSY) qui s'est fixée pour objectifs « *d'initier, encourager et fédérer les activités de recherche en santé mentale, de dynamiser les échanges de pratiques, de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins et la formation* », dans l'ensemble des établissements membres. Ainsi la contention mécanique fait l'objet d'un premier groupe de recherche, dirigé par le Dr HAOUÏ, et le Dr CARRE, dans lequel chaque établissement membre est représenté par deux soignants. Ces représentants ont été nommés référents du projet auprès de l'établissement et ont participé à la réflexion des protocoles de recherche ainsi qu'à leurs mises en œuvre au niveau local. Deux études sont menées conjointement sur la contention : une étude épidémiologique quantitative et cette présente étude qualitative sur le vécu du soignant. La réalisation de ces deux études qualitatives et quantitatives combinées dans un processus de recherche régionale permettra d'éclairer leurs résultats respectifs.

Cette recherche s'intéresse à la contention physique et à l'expérience qu'en ont les soignants, travaillant sur différentes structures, à partir d'une situation vécue de contention. En partant du discours du soignant, une étude qualitative semble le plus pertinent pour recueillir son vécu, ses représentations, ses rapports possibles et ses propositions d'améliorations et d'alternatives.

Dans le contexte politique actuel, qui est en faveur d'une diminution du recours à la contention physique, et selon la position des recommandations cliniques qui insistent sur la mise en place d'alternatives, comprendre l'image que se font les soignants de cette pratique semble en enjeu important. Pourtant on retrouve peu d'études qualitatives sur le vécu des soignants dans un contexte d'utilisation de la contention en psychiatrie.

Ainsi, il est proposé dans cette étude qualitative d'analyser le discours de soignants ayant vécu une expérience de contention physique. Cette étude propose de recueillir la description de leurs ressentis au cours de la contention physique, à l'instar des

études précédentes, mais aussi le processus de décision ayant amenée à cette mesure et leurs points de vue quant à des améliorations et alternatives possibles.

DEUXIEME PARTIE MATERIEL ET METHODE

.1 Objectif de l'étude :

.1.1 Objectif principal de l'étude :

- Explorer l'expérience vécue de soignant, infirmier et médecin, sur une situation de contention mécanique dans un service de Psychiatrie, a posteriori.

.1.2 Objectif secondaire de l'étude :

- Recueillir l'avis du soignant ayant vécu une expérience de contention mécanique en ce qui concerne les alternatives et améliorations possibles.

.2 Le choix de l'étude qualitative :

.2.1 Intérêt de la méthodologie qualitative :

Dans l'objectif de recueillir le vécu des soignants autour d'une situation de contention mécanique, il a été retenu une approche qualitative qui permet d'extraire du sens dans le discours des sujets, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages, soit une logique de proximité.

La recherche qualitative est ouverte au monde de l'expérience, de la culture et du vécu des individus, des groupes et de la société. Elle valorise l'exploration inductive et élabore une connaissance holistique de la réalité, grâce à la génération d'idées et d'hypothèses à partir de données verbales. Il est recherché l'émergence d'un sens partagé dans le discours du sujet. L'analyse qualitative qui prend appui sur le langage est à la recherche de sens et produit du sens, en permettant une compréhension d'une expérience humaine, réelle ou imaginaire, rapporté dans le discours de l'acteur. La recherche qualitative attribue ainsi une place centrale au

discours des sujets afin de « rechercher les significations des actions auprès des acteurs concernés. »(61).

L'analyse qualitative est une faculté de l'esprit cherchant à se relier au monde et à autrui par les divers moyens qui lui offrent ses sens, son intelligence, son empathie et sa conscience. En ce sens elle est liée à l'approche compréhensive, qui est un positionnement intellectuel qui postule l'hétérogénéité entre les faits humains ou sociaux et les faits des sciences naturelles et physiques. L'ensemble a une signification spécifique et une structure pertinente pour les êtres humains vivant, agissant et pensant à l'intérieur de lui. Les faits humains ou sociaux sont des faits porteurs de significations véhiculées par des acteurs, partie prenante d'une situation interhumaine. L'approche compréhensive postule également la possibilité qu'a tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme.

Cette approche comporte un ou plusieurs moments de saisie intuitive, à partir d'effort d'empathie, des significations dont tous les faits humains et sociaux sont porteurs. Cet effort conduit, par synthèses successives, à formuler une synthèse finale, plausible, qui donne une interprétation « en compréhension » de l'ensemble étudié (62).

L'essentiel du travail en analyse qualitative porte sur des données qualitatives, à savoir des traces matérielles, principalement des mots, des locutions, des textes. Une donnée qualitative est une donnée de signification immédiate revêtant une forme discursive. Pour l'analyste, la donnée qualitative prend la forme de mots, expressions, phrases, propositions textuelles exprimant un rapport de sens dans le moment présent du recueil.

.2.2 Intérêt de l'entretien semi-directif :

Dans cette démarche, c'est à l'interviewer que revient la responsabilité d'initier la démarche d'étude et de guider l'entretien afin d'assurer à la collecte une certaine rigueur. Pour ce faire, il doit essayer d'éviter les questions et les réponses prédéterminées, lesquelles rendraient le discours des participants lui-même trop structuré et donc plus pauvre.

L'intérêt de cette méthode de travail, par rapport à l'utilisation de questionnaires, a été porté par un souci de maintenir une position neutre tout au long des entretiens et de respecter le discours spontané des soignants. En effet, toute question fermée est par définition orientée et incite le participant à répondre en ce sens, réduisant ainsi les potentielles réponses auquel l'interviewer n'aurait pas pensé. Si on demande par exemple à un participant qui a un vécu globalement négatif de la contention s'il a éprouvé un sentiment d'échec, le soignant sera davantage orienté à répondre par l'affirmative. Si, au contraire, on s'applique à lui demander de nous décrire ses ressentis durant la situation, peut-être nous évoquera-t-il spontanément d'autres ressentis négatifs que l'échec qui ne seront pas nécessairement présents dans le questionnaire. A fortiori, le soignant aura loisir de développer le déroulement de sa pensée ayant abouti à tel ressenti négatif, en le contextualisant à une anecdote, à une situation particulière de la contention. Cela, un questionnaire ne le permet pas. Si procéder par des entretiens limite bien évidemment le nombre des sujets par rapport à l'utilisation de questionnaires, cela permet en revanche d'obtenir des données riches, approfondies et variées. L'entretien a été choisi sur une modalité semi-directive plutôt qu'un entretien ouvert afin d'avoir à disposition une grille de thème à aborder par le soignant. Les sujets étant questionnés à l'aide d'une même grille élaborée en fonction de ces objectifs, l'entretien semi-directif autorise ainsi l'analyse transversale des énoncés. Cette analyse permet de prendre en compte l'ensemble des énoncés et ainsi, de regrouper les discours par thèmes indépendamment des entretiens. Même si les thèmes abordés sont prédéfinis, la dynamique de la rencontre doit permettre un espace de parole permettant au sujet de l'entretien d'être l'auteur de sa propre histoire, son propre récit. Ainsi, l'évaluateur qui mène l'entretien respecte cette position neutre qui est l'essence même de ce travail, posant les questions les plus ouvertement qu'il est possible de le faire, respectant le plus souvent la spontanéité du sujet quant à l'élaboration de son récit.

.2.3 Le choix de la grille d'entretien :

Les sept différents axes évalués au cours des entretiens semi-directifs sont les suivants :

- Description de la situation ayant conduit à la mise sous contention et notamment de l'environnement dans la situation ainsi que de la psychopathologie du patient.
- Description du processus de décision de la mise sous contention et notamment les intervenants ainsi que les facteurs déterminants sur la décision.
- Description des ressentis et pensées tout au long du processus de contention.
- Description des rapports entre l'équipe soignante et le patient, tout au long du processus de contention.
- Description du retrait des contentions avec notamment les facteurs intervenant dans le processus de décision de retrait des contentions et sa mise en œuvre.
- Description de la place de la sédation dans la contention.
- Description d'alternatives de prise en charge à l'utilisation de la contention physique dans la situation décrite ainsi que les améliorations possibles à mettre en place.

Ces axes sont issus d'une revue de la littérature française et internationale et retenus après concertation avec le Dr CARRE et le Dr HAOUI, président du protocole de recherche sur la contention à la FERREPSY. Ils ont été présentés par la suite aux deux représentants de chaque établissement, nommés référents, au cours de réunions préparatoires.

.2.4 Passation/déroulement des entretiens :

Le soignant est invité à exprimer son expérience de la contention mécanique selon les sept différents axes. Il est précisé au soignant que l'importance est portée sur son témoignage, que l'évaluateur n'attend ni fausse, ni bonne réponse, que seule importe la sincérité de son discours. Il est également souligné au soignant que ses réponses n'ont pas pour objectif d'évaluer sa pratique et seront anonymisées afin qu'elles ne soient utilisées que dans le cadre de la recherche.

Les différents axes constituent une base pour la réalisation des entretiens. Cette trame n'est pas suivie de manière rigide car il s'agit de favoriser le discours spontané du soignant. L'ordre des axes peut être adapté en fonction du déroulement de l'entretien. Le soignant peut également établir spontanément des liens entre les différents axes proposés.

Les données sont recueillies avec un dictaphone, avec l'accord du soignant, afin de faciliter les échanges et de favoriser le discours spontané du soignant tout en recueillant un matériel exhaustif pour le traitement ultérieur des données.

.2.5 Retranscription des entretiens :

Tous les entretiens sont intégralement enregistrés et retranscrits par écrit, avec l'accord des participants. Une fois retranscrits, les entretiens sont réécoutés afin de s'assurer de la similitude du texte par rapport au discours oral.

.3 Protocole de l'étude

.3.1 Site de recrutement des soignants

Le plan d'échantillonnage consiste à choisir de quelle manière les données seront recueillies sur le terrain. L'échantillonnage est fondamental et résulte de l'impossibilité de collecter des données sur tous les éléments d'une population ou d'une surface, souvent pour des raisons pratiques, techniques ou économiques. Les échantillons qualitatifs tendent à être orientés ou ciblés, plutôt que pris au hasard, en partie car les processus sociaux possèdent une logique et une cohérence qui ne sont plus accessibles en cas d'échantillon aléatoire ; de plus, l'échantillonnage aléatoire sur un petit nombre de sujets est à haut risque de biais.

Parmi tous les établissements participant à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale en Midi-Pyrénées, il est identifié quatre types de structures, avec des caractéristiques de population ou de temporalité bien distinctes, au sein desquelles le discours des soignants sur la contention est à explorer. Ces

structures sont :

- Les unités d'admission et de long séjour ;
- Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées ;
- Les Unités pour Malades Difficiles ;
- Les Urgences Psychiatriques.

Il a été recherché une variation maximale de l'échantillon pour faire émerger le plus grand nombre de thématique. Le principe est de regarder un sujet sous tous les angles disponibles, réalisant ainsi une plus grande compréhension. Ainsi les lieux de recrutement ont été choisis pour avoir une variabilité des établissements : Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier rural et Centre Hospitalier semi-rural, établissement publique ou privé. Les établissements visités sont :

- L'Association Hospitalière Sainte-Marie de Rodez ;
- La Fondation Bon Sauveur d'Alby sur Albi
- Le Centre Hospitalier Universitaire Purpan à Toulouse ;
- Le Centre Hospitalier Ariège Couserans à St-Girons ;
- Le Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse ;

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement privilégiant la saturation des données (63).

.3.2 Population de l'étude :

.3.2.1 Critère d'inclusion

- Infirmier ou médecin psychiatre exerçant en service de Psychiatrie adulte depuis plus de 6 mois ;

- Ayant vécu une expérience de contention mécanique ;

.3.2.2 Critère de non-inclusion

- Refus de l'étude.

.3.2.3 Période/durée d'inclusion

La période d'inclusion des soignants s'est étendue du 14 Novembre 2016 au 14 Mai 2017. En effet, la méthode de l'analyse qualitative ne requérant pas un nombre de sujets minimum à inclure, il nous a semblé pertinent de recruter entre 30 et 40 participants comme dans la plupart des études précitées sur le sujet, avec l'objectif d'interroger des soignants dans les quatre types de services que nous ciblons.

La mise en œuvre de cette démarche correspondait selon nos hypothèses à une durée de 6 mois d'inclusion en raison de la distance entre les différents sites de recrutement et de la disponibilité des soignants sur les sites de recrutement.

La taille adéquate d'un échantillon est celle qui permet d'atteindre la saturation théorique. Cette saturation théorique est atteinte lorsqu'on ne trouve plus d'information supplémentaire capable d'enrichir la théorie. Généralement la collecte des données s'arrête lorsque les dernières unités d'observations analysées n'ont pas apporté d'éléments nouveaux. Ce principe repose sur le fait que chaque unité d'information supplémentaire apporte un peu moins d'information nouvelle que la précédente jusqu'à ne plus rien apporter. La saturation des données est observée empiriquement (64).

.3.3 Recueil des données sociodémographiques

Il se réalise auprès du soignant, après l'entretien semi-directif afin que ce recueil n'influe et n'oriente pas l'entretien. Le recueil des données comporte :

- L'âge ;

- Le sexe ;
- La date d'obtention du diplôme ;
- Les différents services où le soignant a eu une expérience de contention ;
- La date d'arrivée dans le service ;
- Les formations reçues concernant la contention.

.3.4 Schéma général d'inclusion des soignants

L'échantillonnage s'est réalisé sous un modèle d'échantillonnage par variation maximale avec le choix des structures fait pour avoir une variation maximale des sujets pour l'émergence de thématiques.

L'évaluateur principal de l'étude a pris contact avec les représentants de chaque établissement au sein de la fédération de recherche afin de leur présenter l'étude dans les mois qui ont précédé le début de la période d'inclusion. Un diaporama leur a été fourni pour pouvoir présenter l'étude auprès des soignants sur leur établissement respectif.

Par ailleurs une présentation de l'étude a été réalisée au cours de la journée de lancement du projet de recherche sur la contention en Occitanie, le 15 Septembre 2016.

L'évaluateur s'est rendu régulièrement dans les différents sites de recrutement tout au long de la période d'inclusion et en cas de courriel par un représentant signalant qu'un soignant est intéressé pour participer à l'étude.

L'évaluateur ne participait au fonctionnement d'aucun des services visités et aucune information sur l'enquêteur n'était fournie aux participants en dehors du projet de recherche correspondant à son projet de thèse.

Le soignant se manifestait auprès du représentant, puis rencontrait l'évaluateur qui vérifiait les critères d'inclusion et de non inclusion. Dans le cas de structure hospitalière unique sur la région, l'évaluateur a pu se rendre directement sur la

structure pour présenter l'étude et rechercher des soignants intéressés.

Dans un second temps, l'évaluateur a informé le soignant du déroulement et des objectifs de l'étude puis a recueilli son consentement écrit.

Le recueil des données du participant s'est effectué en deux temps :

- Entretien semi-dirigé, sans prise de note ;
- Recueil des données sociodémographiques : il a été réalisé dans un second temps que le caractère directif du recueil de données n'altère pas sur la qualité de l'entretien.

L'entretien était unique pour chaque participant, sans autre présence que l'enquêteur et le participant, et la durée, prévue sur une moyenne d'une demi-heure, allait de 20 minutes à une heure. L'entretien se déroulait sur le lieu de travail du soignant.

Ce protocole d'étude a été présenté et validé devant le comité d'éthique du Centre hospitalier Gérard Marchant.

Le questionnaire de relance, le formulaire de consentement ainsi que la feuille des données sociodémographiques se situent en annexe de l'étude.

.4 Traitement des données

.4.1 Analyse du contenu

L'analyse qualitative n'est pas réductible aux opérations d'examen et de dévoilement du contenu. Elle prend forme bien en amont dans l'articulation des significations préexistantes et dans l'acte de compréhension authentique*. Elle n'est pas seulement descriptive, visant à décrire de manière objective, systématique et quantitative le contenu manifeste d'une communication, mais est également inférentielle, permettant de rechercher « les causes des phénomènes communicationnels »(61).

C'est un discours produit qui l'objet d'étude de l'analyse de contenu, en tenant compte de son aspect individuel et de la mise en acte du langage. Le but de l'étude est de découvrir le sens au-delà de la parole.

Il a été utilisé dans cette étude, la méthode d'analyse thématique. L'analyste, pour résumer et traiter son corpus, va utiliser des dénominations que l'on appelle les « thèmes », dont le mécanisme est la « thématization ». Cette opération qui est préliminaire mais aussi centrale dans cette méthode, consiste à la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et qui concerne la problématique visée. L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus.

La méthodologie d'analyse thématique utilisée dans cette étude est tirée de la description qu'en font P. Paillé et A. Mucchielli dans leur ouvrage : « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » (65).

Au sein d'une analyse thématique, le corpus peut être analysé dans sa totalité ou à travers un échantillon représentatif du corpus. Dans un souci d'exhaustivité, et malgré la taille du corpus, il a été choisi de l'analyser en totalité.

Une analyse de données subjectives représente un travail de construction de sens et nécessite une méthodologie rigoureuse. La description d'une recherche qualitative ne peut se passer de la description des différentes étapes qui encadrent le travail de thématization, de l'explication du choix de certains outils de codage. L'analyse des données a suivi les cinq étapes suivantes :

.4.1.1 Préparation du matériel

Cette étape correspond à la retranscription par écrit du corpus (une série d'entretiens sur un sujet précis), récupéré au travers des données enregistrées par le biais du dictaphone. Tous les entretiens devaient être retranscrits mot à mot sur logiciel de traitement de texte pour constituer le verbatim, élément constituant la donnée même pour l'analyse. Aucune adaptation n'a été apportée à la retranscription afin de conserver le rythme de la pensée et la spontanéité des participants. Les

hésitations et les silences étaient retranscrits également. Les verbatims ont été anonymisés. La retranscription est une partie de l'analyse longue et fastidieuse. Il faut compter environ 5 heures de retranscription par heure d'entretien.

.4.1.2 Lecture flottante du corpus

Cette étape consiste à s'imprégner avec les documents de l'analyse, en laissant venir à soi certaines impressions et orientations. A mesure que le chercheur avance dans la lecture, il est susceptible de mettre en évidence des similarités, des connections, des différences, des échos, des amplifications et de pointer les contradictions. Cela permet de faire émerger et d'élaborer des hypothèses préanalyses qui orienteront la suite de l'analyse.

.4.1.3 Le codage

La représentation du contenu de l'entretien résulte d'un processus de transformation des données brutes du texte selon des règles bien précises, qui pour l'étude correspond à la thématisation. L'organisation du codage comprend trois choix : celui de l'unité d'enregistrement, celui de l'unité de contexte et celui des règles d'énumération.

L'unité d'enregistrement est l'unité de signification à coder. Il peut être de nature sémantique ou de nature linguistique. En l'occurrence, nous avons choisi une unité d'enregistrement sémantique : le thème, l'accent étant mis sur la signification d'un segment de contenu analysé et non sur la forme.

L'unité d'enregistrement prend son sens dans le contexte du discours. Ainsi l'unité de contexte sert d'unité de compréhension pour coder l'unité d'enregistrement. Elle correspond à un segment du corpus dont la taille, supérieure à l'unité d'enregistrement, est optimale pour saisir la signification exacte de l'unité d'enregistrement. En l'occurrence, le corpus de la recherche est constitué de séries d'entretien de plusieurs soignants. Le choix de l'unité de contexte est donc porté sur l'entretien d'un même soignant.

La règle d'énumération représente la manière de compter l'unité d'enregistrement au sein d'une unité de contexte, en l'occurrence la manière de compter les thèmes au sein d'un entretien. Dans cette recherche, la première règle est la présence ou non d'un thème dans un même entretien, et non la fréquence de ce thème. Cela implique que la répétition d'un thème dans un entretien n'est pas comptabilisée. La seconde règle est le calcul de la fréquence d'un thème d'un même entretien au sein du corpus. Cela implique que la récurrence d'un thème dans des entretiens de soignants différents est comptabilisée.

Il existe deux démarches de thématisation possibles : la thématisation en continue et la thématisation séquencée. La première consiste en une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique. La seconde utilise une démarche en deux temps, avec un échantillon de corpus tiré au hasard analysé afin de constituer une fiche thématique, qui sera secondairement appliqué au reste du corpus. Pour cette étude la démarche de thématisation en continue a été choisie, ce qui permet ainsi une analyse efficace et uniforme du corpus mais demande plus de temps. Ainsi les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, pour être ensuite regroupés et hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux réunissant des thèmes associés.

.4.1.4 L'élaboration d'un relevé des thèmes

Le relevé des thèmes est le document contenant la liste linéaire des thèmes de chacun des entretiens. C'est au cours de ce processus que les thèmes seront progressivement répartis au sein de regroupements thématiques. Ces derniers sont réalisés en définissant des ensembles thématiques saillants, c'est-à-dire des ensembles de thèmes qui ressortent de l'analyse en fonction d'un certain type de caractérisation. Cela peut être la récurrence : thèmes répétitifs, la divergence : thèmes qui se contredisent sur certains points, l'opposition : thèmes qui apparaissent opposés les uns par rapport aux autres, la convergence : thèmes qui tendent vers une thématique commune, la complémentarité : thèmes qui s'éclairent les uns les autres, la parenté : thèmes qui semblent appartenir à une même famille thématique, la subsidiarité : thèmes qui peuvent être réunis en tant que l'un est une subdivision

de l'autre.

.4.1.5 Elaboration d'un arbre thématique

L'analyse débouche sur la construction d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé de l'ensemble des cas de figure d'un phénomène faisant l'objet de l'étude. Cela prend la forme de l'arbre thématique. Il s'agit d'un type de regroupement des thèmes où un certain nombre de rubriques classificatoires dominant des grands regroupements thématiques. Ces derniers se subdivisent à leur tour en axe thématique retrouvé préalablement au fur et à mesure du codage des entretiens. Ces axes thématiques pouvant être composés de thèmes subsidiaires.

Ainsi, l'analyse se réalise tout d'abord au cas par cas, puis elle est synthétisée, et enfin transversalisée. C'est l'ensemble des discours thématiques qui sont regroupés puis étudiés, indépendamment de l'énoncé global.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

.1 Présentation de la population

Sur la période de novembre 2016 à mai 2017, 32 soignants ont participé à l'étude sur au total 11 services répartis sur les 5 établissements visités, en respectant le seuil de saturation théorique.

Le nombre de personnes ayant refusé de participer à l'étude est difficilement évaluable en raison des prises de contact par mail ou par présentation à un groupe. La plupart du temps les soignants qui ne s'intéressaient pas à l'étude ou refusaient de participer, ne se manifestaient pas ou se disaient disponible à une date ultérieure.

Les participants sont répartis de la manière suivante :

- Pour l'UHSA : 6 personnes ont été recrutées dont 3 infirmiers et 3 médecins.
- Pour les services d'Urgences Psychiatriques : 6 personnes ont été recrutées dont 3 infirmiers et 3 médecins.
- Pour les services d'admission et de suite : 15 personnes ont été recrutées dont 8 infirmiers et 7 médecins.
- Pour le service d'UMD : 5 personnes ont été recrutées dont 3 infirmiers et 2 médecins.

Comme il est dit précédemment, il est difficile de quantifier le nombre de refus en raison des méthodes de recrutement mis en œuvre.

.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les données sociodémographiques sur l'âge, la durée d'exercice en psychiatrie et l'ancienneté dans le service sont résumées dans le tableau 1 en fonction de chaque structure.

La population totale se compose de 16 femmes et de 16 hommes.

Les âges sont compris entre 24 ans et 61 ans. L'âge moyen des participants est de 37,2 avec une médiane de 35 ans

On retrouve 17 infirmiers et 15 médecins au total parmi tous les participants.

L'âge moyen pour les infirmiers est de 31,3 ans avec une médiane à 32 ans. L'âge moyen pour les médecins est de 40,8 ans pour une médiane à 37 ans.

Concernant les durées d'exercice en psychiatrie depuis la date d'obtention du diplôme pour les soignants interrogés, elles sont comprises entre 6 mois - qui était la durée d'exercice minimal pour permettre l'inclusion - et 33 ans. La durée moyenne d'exercice est de 9,1 ans avec une médiane d'exercice à 7 ans.

Entre les infirmiers et les médecins les durées d'exercice sont réparties comme ceci :

- Pour les infirmiers les durées d'exercices vont de 6 mois à 20 ans, avec une durée moyenne d'exercice de 7,5 ans avec une médiane de 5 ans.
- Pour les médecins les durées d'exercices vont de 1,5 an à 33 ans, avec une moyenne de 11 ans et une médiane de 9 ans.

Les durées d'exercice dans les services où les participants ont été interrogés sont comprises entre 6 mois et 17 ans. L'ancienneté des participants dans le service est en moyenne de 4 ans avec une médiane à 3 ans. L'ancienneté, entre les infirmiers et les médecins, sont réparties comme ceci :

- Pour les infirmiers leur présence dans le service va de 6 mois à 17 ans, avec une moyenne de 4,3 ans et une médiane de 3 ans.
- Pour les médecins leur présence dans le service va de 6 mois à 10 ans, avec une moyenne de 3,6 ans et une médiane de 3 ans.

Entre les quatre structures les populations sont comparables sur le sexe ratio et le rapport infirmier/médecin proches. Les moyennes d'âge de chaque structure, à l'exception de l'UHSA, ne sont pas éloignées de la moyenne d'âge totale, avec

une moyenne d'âge de 36 ans pour les Urgences psychiatriques, de 39,9 ans pour les services d'admission et de 37,4 ans pour l'UMD.

La population est globalement plus jeune sur la structure de l'UHSA, avec une moyenne d'âge de 31,3 ans et une durée moyenne d'exercice en psychiatrie de 4,5 ans, mais ceci peut s'expliquer par sa création plus récente que les autres structures.

Les participants sur les pavillons d'admission et de suite sont globalement plus âgés et plus expérimentés avec une durée moyenne d'exercice en psychiatrie à 11,2 ans et une durée d'ancienneté moyenne de 4,8 ans. Le résultat est toutefois à nuancer en raison de la présence de quelques participants ayant une durée d'exercice dans le service très importante comme l'illustre la durée médiane de 3 ans qui est plus proche de celle des autres structures.

Tableau 1

	UHSA	Urgences Psychiatriques	Services d'admission et de suite	UMD	Toute structure
Effectif	6	6	15	5	32
Fonction					
Infirmier	3	3	8	3	17
Médecin	3	3	7	2	15
Sexe					
Femme	3	3	9	1	16
Homme	3	3	6	4	16
Age (en année)					
Minimal	25	29	24	27	24
Maximal	33	52	61	52	61
Moyenne	31,3	36	39,9	37,4	37,2
Médiane	32	33,5	37	38	35
Durée d'exercice (en année)					
Minimale	2,5	0,5	2	2	0,5
Maximale	7	29	33	24	33
Moyenne	4,5	8,2	11,2	8,6	9,1
Médiane	6	4	10	4	7
Durée d'exercice dans le service (en année)					
Minimale	1	0,5	0,5	2	0,5
Maximale	5	8	17	5	17
Moyenne	3,2	3,3	4,8	3,2	4
Médiane	3,5	2,8	3	3	3

.1.2 Caractéristiques professionnelles

Il a été recueilli auprès des participants leur parcours professionnel antérieur à leur arrivée dans le service où ils travaillent actuellement. Il a été ainsi relevé les différentes structures où le soignant a pu être confronté à une situation de contention mécanique et si cela est survenu au cours de sa formation. Les données sont synthétisées dans le tableau 2.

Parmi tous les participants, 11 ont précisé avoir été confrontés à la contention dans leur stage de formation.

Sur les 32 participants, 25 ont exercé après l'obtention de leur diplôme dans un service où ils ont été confrontés à la contention. Tous les soignants ont été confrontés à une problématique de contention avant d'exercer dans leur service actuel.

Le parcours professionnel des soignants se résume ainsi :

- 19 participants ont été confrontés à la contention dans un service psychiatrique d'admission pour adulte au cours de leurs parcours professionnels antérieurs, soit 55% des soignants ont assisté à une contention en service d'admission avant d'arriver dans le service où ils exercent actuellement. 4 ont spécifié qu'ils ont pu exercer au sein d'établissement avec une unité fermée, soit 12,5% des personnes interrogées.
- 8 participants sont passés dans un service d'urgences psychiatriques où ils ont été confrontés à une problématique de contention.
- 7 participants sont passés dans un service somatique. Les urgences somatiques et les services gériatriques sont principalement cités.
- 3 participants sont passés dans un service psychiatrique de suite et de long séjour.
- 2 participants ont été confrontés à la contention dans une clinique psychiatrique au cours de leur parcours professionnel.
- 2 participants ont été confrontés à la contention dans un service de pédopsychiatrie au cours de leur parcours professionnel. A cela s'ajoute un participant qui dit ne pas avoir assisté à de contention durant son séjour en service de pédopsychiatrie.
- 2 participants ont été confrontés à la contention dans un service de gériopsychiatrie au cours de leur parcours professionnel.
- Des structures bien spécifiques, comme un service psychiatrique spécialisé dans la gestion de patients violents, un service spécialisé sur l'autisme et un service de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont été cités à une reprise.

Tableau 2 : Parcours professionnels antérieurs

	n	%
Au cours de leur formation	12	37,5
Activité professionnelle antérieure	25	78,1
Service d'admission	19	59,4
Service fermé	4	12,5
Service de suite	3	9,9
Urgences Psychiatriques	8	25
Service de somatique	7	21,9
Urgences somatiques	3	9,4
Gériatrie et EPHAD	3	9,4
Clinique psychiatrique	2	6,3
Gérontopsychiatrie	2	6,3
Pédopsychiatrie	2	6,3
Service spécialisé pour accueillir les patients violents	1	3,1
Service de psychiatrie en milieu pénitentiaire	1	3,1
Service spécialisé sur l'autisme	1	3,1

En ce qui concerne la formation des soignants sur la contention dans leur parcours professionnel, seulement 2 participants (6,3%) ont déclaré avoir bénéficié d'une formation mis en place par un établissement où ils travaillaient et un participant (3,1%) dit avoir eu une formation au cours de ces études. 12 (37,5%) participants ont déclaré n'avoir aucune formation officielle ou informelle dans les services. 11 participants (34,4%) ont mis en avant des formations sur la gestion de la violence en établissement hospitalier, où la contention y est peu abordé, et parmi eux 5 (16,6%) ont bénéficié de la technique de désescalade appelé OMEGA mis en place par leur service (UMD). Une formation au sein du service par des collègues de travail, en particulier sur la mise en place des contentions, a été citée par 10 participants (31,3%). 3 (9,9%) des participants disent se former par la littérature scientifique et 4 (12,5%) ont assisté à des conférences abordant la thématique de la contention dont 2 participants ont assisté à la Journée de formation de la FERREPSY en septembre 2016. Ces résultats sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Formations des professionnels

	n	%
Formation spécifique à la contention par un établissement	2	6,3
Formation au cours des études	1	3,1
Formation sur la gestion de la violence	11	34,4
Formation spécifique à une technique de désescalade	5	16,6
Formation par la littérature	3	9,9
Conférence	4	12,5
Par des collègues dans le service	10	31,3

.2 Résultats de l'analyse thématique des entretiens

Avec la construction d'un arbre thématique au cours de l'analyse, sont apparues progressivement plusieurs catégories. Dans un souci de clarté, un premier niveau de catégorisation permet de faire émerger trois catégories : *Chapitre I : Description de l'expérience vécue du soignant au long d'une situation de contention*, *Chapitre II : Représentations de la mesure de contention dans la pratique des soins* et *Chapitre III : Perspective dans la pratique des soins*. Un arbre thématique schématique est en Annexe 4.

Le premier chapitre regroupe les thématiques en lien avec le déroulement d'une situation de contention pour laquelle le soignant est intervenu.

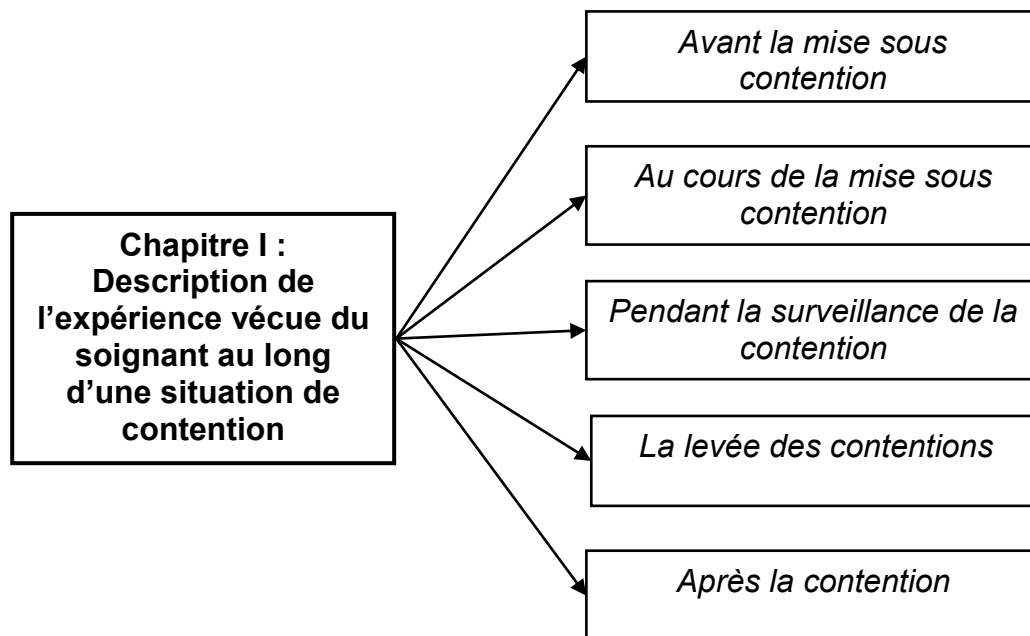
Le deuxième chapitre regroupe les thématiques sur la place de la contention dans la pratique des soignants.

Le troisième chapitre regroupe les thématiques concernant les alternatives et améliorations envisagées par les participants.

.2.1 Chapitre I : Description de l'expérience vécue du soignant au long d'une situation de contention

Elle se subdivise en 5 autres catégories sur un mode diachronique : *Avant la mise en contention*, *Au cours de la mise sous contention*, *Pendant la surveillance de la contention*, *La levée des contentions* et *Après la contention*. La sous-catégorie *Avant la mise en contention* correspond aux regroupements thématiques abordant la situation et le processus de décision qui ont amené à la mise en place de la contention. La sous-catégorie *Au cours de la mise sous contention* traite du déroulement et des rapports saillants lors de la pose des attaches. La sous-catégorie *Pendant la surveillance de la contention* est centrée sur la mise en œuvre de la surveillance au cours de la situation et des rapports entretenus entre le soignant et le patient contentonné. La sous-catégorie *La levée des contentions* correspond aux regroupements thématiques concernant l'ablation des contentions. La cinquième sous-catégorie *Après la contention* porte sur le travail mis en place par le soignant à distance de la situation. A cela s'ajoute une 6ème sous-catégorie abordant les particularités de certaines structures où exercent les participants, en lien avec les situations décrites. Le plan du chapitre est illustré par la figure 1.

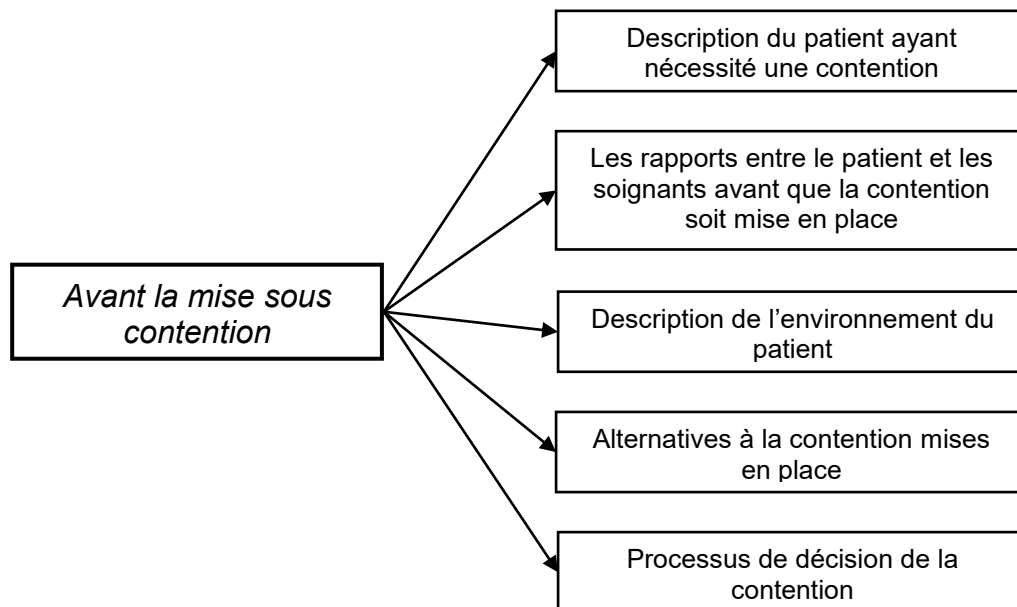
Figure 1



.2.1.1 Avant la mise en contention

Cette sous-catégorie est composée de 8 regroupements thématiques principaux : *Description du patient ayant nécessité une contention, Rapport entre le soignant et le patient, Description de l'environnement du patient, Alternatives à la contention mis en place, Processus de décision de la contention, Vécu initial du soignant avant la contention, Cas des contentions itératives et Quand le patient est demandeur.* Le plan est présenté par la figure 2.

Figure 2



.2.1.1.1 Description du patient ayant nécessité une contention

27 soignants ont fait des descriptions centrées sur le patient avant la mise sous contention et partir trois regroupements de thèmes ont pu être identifiés : la connaissance des antécédents du patients, le physique du patient et la pathologie du patient.

.2.1.1.1.1 La connaissance du patient et de ses antécédents

17 soignants ont évoqué l'importance qu'avait pu avoir la connaissance des antécédents du patient sur la situation et la décision de contention. Ainsi certains entretiens ont abordé la situation en décrivant un patient aux antécédents connus, en particulier de violence, tandis que d'autres ont présenté une situation où ni le patient

ni ses antécédents n'étaient connus.

Patient décrit comme connu du service

Sur les 15 entretiens qui ont décrit un patient aux antécédents connus, une partie a exprimé la vision du patient qu'il avait au travers des antécédents qu'ils connaissaient. Il apparaît une présentation du patient négative avec la mise en échec dans un service antérieur et la reconnaissance du patient comme violent. Les antécédents de violence du patient reviennent régulièrement dans le discours et sont aussi mis en avant par des partenaires de soins extérieurs au service. Certains entretiens vont jusqu'à parler d'une peur du patient, d'une inquiétude dans la prise en charge voire même d'un traumatisme pour l'équipe en lien avec une prise en charge ultérieure. Selon certains participants cette connaissance d'antécédents violents donne une vision moins objective du patient.

« et il a la réputation d'avoir mis des surveillants au tapis sans qu'on sache bien si c'était à X ou si ça s'est passé avant, ni comment... Voilà en tout cas, il a cette réputation-là. Du coup les mises en hospitalisations, les mises en HO sont un peu compliquées. Et du coup il y a quand même souvent des grands moyens qui sont employés notamment par l'administration pénitentiaire. » Entretien 04

« L'équipe avec tout ce vécu, tous ces traumatismes aussi, parce que je pense qu'il y a du point de vu soignant, il y a aussi son vécu traumatique à lui par rapport aux situations précédentes avec ce patient là et puis il y a tous ces fantasmes et ces peurs, ont anticipé et sauté sur le patient avant qu'il soit hétéro-agressif en fait. » Entretien 20

La connaissance des antécédents du patient ne touche pas seulement sa représentation auprès du soignant mais va aussi participer à la décision de mise sous contention comme le rapporte certains soignants. Ainsi la connaissance des antécédents de violence du patient peut favoriser une décision de contention et permet au soignant d'être plus en accord avec la décision de contention. De plus pour les soignants la connaissance du patient permet de savoir comment va se dérouler la mise sous contention et de mieux faire accepter la mesure au patient.

« C'est vrai que si c'est un patient qui a déjà eu des passages à l'acte, on va avoir plus

tendance à contentionner, parce qu'on sait qu'il y a eu des antécédents et qu'on n'a pas envie de reproduire ça. » Entretien 21

« Oui moi, je la trouve plus simple, c'est plus simple pour moi, si c'est un patient que je connais et je suis peut-être plus à l'aise dans la décision que j'ai prise. » Entretien 22

Pour certains participants la connaissance du patient va favoriser la connaissance de ces limites et de ses réactions, ce qui aboutit à une accélération de la prise de décision de contention en fonction des limites du patient. A l'inverse la connaissance du patient et de ses limites peut aussi éviter une mise en contention avec une meilleure acceptation pour l'équipe des moments d'agitation ou de violence, une alliance de meilleure qualité. Pour certains la connaissance du patient est aussi associée à une prise en charge plus efficace.

« Il y a des patients qu'on connaît bien, du coup on connaît un peu leur limite même si on est toujours vigilant, donc là ça va aller très vite au niveau de la prise de décision. » Entretien 05

« Hier on a eu un patient qui s'est agité, qui je pense pour des gens qui le... Il aurait été à X je pense qu'il aurait été contenu parce qu'il est grand, qu'il fait peur, qu'il menace et qu'il peut pousser. Par contre nous parce qu'on le connaît bien c'est qu'il pousse, il peut donner un coup de pied mais il ne va pas sauter à la gorge. Et puis nous on sait que si on l'accompagne au jardin et qu'on le laisse un peu tranquille, il y a des chances que ça redescende. » Entretien 25

Patient décrit comme inconnu du service

L'absence de connaissance du patient ou de ses antécédents est aussi un élément pouvant intervenir dans la situation de contention. 11 entretiens ont décrit un patient inconnu du service où il a été contentionné. Le patient est alors décrit comme complexe et source d'inquiétude pour les soignants : les soignants ne savent pas comment il va réagir, l'alliance est plus difficile à obtenir et l'absence de connaissance lui confère un potentiel de dangerosité plus élevé.

« Bien sûr quand on connaît les patients, après c'est beaucoup plus facile mais quand on ne connaît pas les patients : partir du principe que le patient on ne le connaît pas, il peut être plus fort que nous, que même s'il semble apaiser. S'il est ici c'est parce qu'il a un problème

de violence, donc il faut quand même faire attention. » Entretien 32

« C'est des gens, on ne sait pas trop ce qu'il va se passer en termes de vécu du soin en psychiatrie, de potentiel agressif : si on n'a pas les antécédents des gens, on arrive quand même sur des faces un petit peu aigues et nouvelles. » Entretien 08

Ainsi l'absence de connaissance sur le patient ou ses antécédents aurait tendance à faire prendre plus rapidement une décision de contention et rendre plus progressive la levée de contention. En parallèle les soignants sont moins sûrs de l'indication de la contention et ne savent pas quel sera le vécu du patient.

« Un patient qu'on ne connaît pas, il se montre très agressif ou qu'on sent qu'il est très envahi et qu'on ne sait pas comment il va réagir aux traitements et ce qu'il va se passer, je pense qu'on peut aller plus vite à la contention que quelqu'un qu'on connaît. » Entretien 08

.2.1.1.1.2 Description physique du patient

10 participants ont donné des détails sur le physique du patient sous contention et plus particulièrement sa carrure en la décrivant comme imposante. La carrure est donc prise en compte car un physique imposant est associé à un potentiel de dangerosité plus élevé et à plus de difficulté à la mise sous contention. Cela a comme conséquence une plus importante présence de personnel en renfort.

« Et qui est physiquement impressionnant aussi, ça joue aussi. » Entretien 25

« pour réfléchir à la conduite à tenir, et au vue de l'état du patient, de sa force physique aussi car c'est un patient qui a une force physique importante, on a décidé de solliciter l'administration pénitentiaire pour l'accompagnement en chambre d'isolement. » Entretien 02

.2.1.1.1.3 L'état psychopathologique du patient

Les pathologies des patients sous contention sur la situation ont été citées dans 24 entretiens. Il est retrouvé ainsi la description d'une pathologie psychotique avec un discours sur l'intensité des symptômes délirants, qui peuvent faire perdre au patient le contact avec la réalité : *« Le patient déjà été délirant, donc pas dans la réalité » Entretien 15* ; mais aussi des symptômes hallucinatoires et des symptômes

dissociatifs : « C'est un patient qui était extrêmement dissocié » Entretien 27.

« Puisqu'il était très sthénique et complètement délirant. Et qu'il voyait sa femme partout quoi. » Entretien 23

Il est décrit des décompensations maniaques avec une intensité : « parce qu'il est hyper-stimulable » Entretien 10.

« C'était une manie hostile, on va dire, hostile et furieuse. » Entretien 29

Il est aussi décrit des troubles de la personnalité : « Les gros troubles de personnalité, on en a comme ça » Entretien 08 ; des troubles déficitaires : « qui présente un retard mental grave, avec des graves troubles du comportement à chaque frustration » Entretien 18 ; ou encore des pathologies neurologiques chez le patient immobilisé : « C'était un grand épileptique » Entretien 29.

Il a été aussi abordé dans certaines situations la présence d'un trouble addictologique avec la consommation de toxique qui complique la situation avec une modification des rapports et une dangerosité plus élevée pour le patient et autrui.

« Peut-être qu'on soit plus vigilant sur les substances et qu'on mette une plus grosse sédation sur les gens qui arrivent avec des symptômes psychiatriques en lien avec des substances, parce que finalement, c'est ceux qui sont le plus imprévisibles et c'est ceux qui peuvent s'agiter vraiment très fort avec pas beaucoup de possibilité d'avoir accès au patient à ce moment-là, et c'est ceux qui peuvent se suicider de façon très imprévisible aussi. » Entretien 08

Les troubles du sommeil sont aussi évoqués et peuvent être rattachés à une contention itérative la nuit pour favoriser le sommeil du patient.

« Quelqu'un qui ne dort pas pendant des nuits, pendant un mois et que... à un moment donné... Ça s'est passé comme ça, après plusieurs nuits où ça se passait mal, à un moment donné les infirmiers on dit : là stop, il faut agir, faire quelque chose. En accord avec les médecins, après on a mis en place, la nuit, la contention physique. » Entretien 17

.2.1.1.2 Les rapports entre le patient et les soignants avant que la contention soit mise en place

Au sein de cette catégorie, apparue dans 25 entretiens, 5 thématiques ont émergé : *Agressivité et violence*, *Tension*, *Crise et agitation*, *Contact difficile au patient* et *Imprévisibilité*. La plupart des patients présentés ont été décrits avec plusieurs de ces troubles du comportement simultanément sans que tous ne soient systématiquement présents en même temps.

.2.1.1.2.1 Agressivité et violence

La description de violence ou d'agressivité, dans les comportements du patient avec les soignants, est la plus retrouvée dans la description des situations avant contention. Parmi ces situations il a été retrouvé des patients qui se montrent hétéro-agressif avec des menaces, des insultes ou encore des passages à l'acte. Certains discours de soignant ont mis en avant les coups donnés par le patient ou sa volonté de nuire. Le patient peut aussi être décrit avec un comportement auto-agressif au travers d'une intentionnalité suicidaire, des coups qu'il se donne ou des mutilations qu'il se fait.

« Et ça n'a pas loupé, et là c'était vraiment de la violence bien prononcée et bien ciblée, avec... on sentait ; c'est du ressenti subjectif ; mais on sentait l'envie de faire mal, avec le patient qui a essayé de sauter sur le psychiatre, et après en se débattant, on voyait bien qu'il essayait de cibler les endroits où il pouvait faire mal, » Entretien 13

« Il y a un passage... s'il y a souvent un risque de passage à l'acte auto-agressif c'est à dire... dans un état d'agitation tellement fort, un état... d'angoisse tellement important que.... Si ça passait par de l'hétéro agressivité là ça passait dans de l'auto agressivité en tapant contre les murs, en se tapant la tête contre les murs, se faire du mal avec le coin du lit, tout cassé même si c'est des chambres sécurisées. » Entretien 27

Des soignants ont abordé l'impact que pouvait avoir ces comportements agressifs sur leur manière de travailler avec le patient. Cela peut ainsi demander au soignant de prendre du recul par rapport à cette violence : *« À chaque fois que le soignant va voir le patient : le patient l'insulte, à ce moment-là il faut aussi savoir en tant que professionnel,*

prendre un petit peu de recul. » Entretien 15 ; rendre le soin impossible : « Il était menaçant, physiquement aussi, on a senti qu'on ne pouvait plus rentrer dans la chambre, qu'il n'y avait plus d'échange possible » Entretien 21 ; voire rendre le soignant menaçant envers le patient : « On se fait aussi peut être plus menaçant parfois je pense, même si on essaye au maximum d'apaiser » Entretien 20. Certains participant ont aussi évoqué que le soignant peut participer à l'émergence de l'acte violent.

« Mais du coup le médecin arrive et dit « stop. On arrête de négocier », tient la patiente par le bras, du coup la patiente se met à s'agiter, essaye de se débattre et donne... en se débattant peut donner un coup au médecin, du coup l'équipe agit mais d'un coup sur l'urgence, » Entretien 09

« Je ne pense pas que la violence puisse se déclencher tout seule. On est toujours deux à jouer, entre guillemet, toujours ce jeu-là de la violence. [...] Donc c'est ça, quand je parle d'escalade symétrique, on est malgré soit emballé dans cette escalade de la violence. » Entretien 20

.2.1.1.2.2 Tension

11 soignant ont décrit le patient dans un état de tension qui peut être identifié comme croissant et donne au patient le sentiment que le patient peut basculer vers un comportement ou un geste hétéro-agressif à tout moment.

« Nous ce qu'on voit à peu près, nous on dit « ce patient il monte », sous-entendu : la tension interne monte, elle dure depuis longtemps. » Entretien 15

« Déjà toute la matinée il avait refusé la prise thérapeutique, il y avait une tension interne qui était croissante. Il commençait à avoir des propos menaçants » Entretien 21

.2.1.1.2.3 Crise et agitation

Plusieurs entretiens ont présenté un patient qui a été dit comme étant en « crise ». Plusieurs sens ont été associés à ce terme : un état dénotant avec la présentation habituelle ou de décompensation, une crise clastique ou encore un état où le patient n'est plus en mesure de se contrôler ou de savoir ce qu'il fait.

« Nous c'est vrai, on a plus affaire aux contentions suite à des moments de crises psychiatriques, à des crises aiguës, » Entretien 16

« qui fait des grosses crises clastiques » Entretien 25

« et justement quand ils sont dans cette phase de décharge émotionnelle et cetera, quand ils ne gèrent plus rien... » Entretien 28

Mais la notion associée la plus récurrente a été celle d'un comportement agité auquel s'associe une dimension de gravité ou d'intensité dans l'agitation et/ou de mise en danger.

« Un état d'agitation extrême, un patient qui ne dormait pas, qui se mettait en danger, qui était très hostile, très agressif, on ne pouvait pas approcher et puis, lui surtout, il était dans un état d'agitation permanent, jusqu'à l'épuisement, et il n'y avait pas de soin possible, et ça a mis un certain temps avant de s'apaiser. » Entretien 29

« Avant la contention elle était incontenable. C'est la définition, elle criait, elle hurlait, elle courait après la voiture, elle s'agitait dans tous les sens, elle n'avait plus du tout aucune notion de sa dangerosité potentielle envers elle-même » Entretien 18

« Les symptômes d'agitation, c'est-à-dire une accélération psychomotrice, le regard noir tendu, la menace, le fait de parler fort, le fait qu'il y ait une rupture communicationnelle, c'est-à-dire qu'il n'y ait plus de dialogue possible ; enfin ce n'est pas une agitation, c'est un critère de gravité de l'agitation plutôt. Et puis la violence sur objet ou sur autrui. » Entretien 24

.2.1.1.2.4 Contact difficile avec le patient

29 soignants ont présenté le patient comme ayant un contact perturbé. Certains patients ont été décrits méfiants envers les soignants pouvant faire preuve d'hostilité ou se sentir persécutés : *« Tout contact, toute communication, il le voit comme une agression » Entretien 28*. D'autres patients ont été décrits dans l'opposition en refusant un traitement ou de se poser : *« on avait un lien mais il avait été très opposant à tout traitement » Entretien 03* ; ou dans des comportements de provocation : *« Le patient peut être provocant souvent » Entretien 28*. Enfin les patients pouvaient être décrits avec une dimension d'inaccessibilité et d'hermétisme signifiant pour quelques soignants une rupture dans la relation.

« On ne pouvait pas en discuter avec elle quoi, elle était inaccessible et.... Voilà. Donc après c'est vrai que c'est bien qu'il y ait les collègues aussi euh... parce que voilà, la négociation ça va un moment et puis après... Voilà là ce n'était pas possible donc il fallait voilà. »

Entretien 11

« Je trouve qu'au moment du passage à l'acte, il y a une rupture qui se crée dans la relation, où la confrontation fait... justement crée cette rupture-là » Entretien 30

Ainsi des soignants estiment que la qualité de la relation est insuffisante pour améliorer la situation : le patient étant inaccessible au discours soignant et donc au conseil de ces derniers ou aux stratégies d'apaisement. L'inaccessibilité au dialogue pour le patient devient une inaccessibilité au soin pour le soignant.

« Du coup ça ne faisait que quelques jours, extrêmement agité, a hurlé, on n'arrivait pas à l'aborder, elle n'arrivait pas être apaisée par notre contact, en fait très hallucinée, et certainement algique en même temps du coup ce qui ne faisait qu'exacerber l'agitation, c'est pour ça qu'elle a été tenue, parce qu'elle s'arrachait... on a essayé de la perfuser parce qu'il y avait beaucoup de vomissements, elle s'arrachait tout aussi. » Entretien 16

« Et là même nos mots, soutenant, essayant de recréer l'alliance qu'elle a quand même avec nous, n'ont pas suffi. » Entretien 18

« Et que vu son état c'était pour l'aider à évoluer encore au mieux, car là on voyait qu'il n'était plus accessible à la discussion, plus accessible à rien, plus accessible au soin, » Entretien 15

.2.1.1.2.5 Imprévisibilité

Dans les entretiens, un dernier élément vient complexifier la relation : c'est l'imprévisibilité. Il a été mis en avant, par 13 soignants, des changements rapides dans la relation l'impossibilité de prévoir le comportement du patient, mais aussi d'anticiper la violence ou l'agitation dont ce dernier peut faire preuve : *« c'est beaucoup de passage à l'acte, très peu de prodrome, du coup une imprévisibilité... il est très imprévisible, c'est des passages à l'acte violent » Entretien 30.*

« Et qui oscille entre des périodes d'accalmie, des périodes où ça se passe relativement bien et des périodes d'hétéro-agressivité, aussi d'auto mais quand même beaucoup

d'hétéro-agressivité, de manière assez explosive et cetera. » Entretien 31

« Donc en général en enfermant dans la chambre un patient en isolement, on y va à plusieurs et ça a été assez costaud en fait, on se n'attendait pas à ce qu'elle s'agite, elle était plutôt en phase maniaque mais elle avait un versant quand même dépressif. Et elle s'est agitée, elle a voulu nous frapper, elle nous a insultés... » Entretien 11

.2.1.1.3 Description de l'environnement du patient

25 participants ont abordé l'environnement du patient au moment de la situation de contention. Au travers de ces entretiens nous avons dégagé les thèmes suivants : *Lieu où se situe la situation, La place des autres patients dans la situation, L'impact de l'environnement sur le patient, La place de l'environnement dans la décision de contention.*

.2.1.1.3.1 Lieu où se situe la situation

Le lieu où se situait le patient avant la mise en contention est explicité dans 16 entretiens. La chambre d'isolement est le lieu qui est apparu le plus souvent dans les situations où les soignants sont intervenus pour une mise en contention. Il a été aussi cité le secteur fermé, pour les établissements qui en possèdent, et le secteur ouvert ainsi que la consultation pour les urgences psychiatriques.

« Donc c'est qu'elle a été orientée dans un premier temps dans le service fermé mais sans mesure d'isolement, mais rapidement il a fallu l'isoler et la contention est venue après. » Entretien 16

Deux situations ont été mises en avant : l'arrivée récente ou un séjour long en milieu hospitalier.

« Et en plus c'était une patiente qui arrivait des urgences et elle s'est vraiment agitée, mais même nous on n'avait pas de chambre sécurisée, c'était des chambres normales, et on a dû la contentionner sur le brancard. » Entretien 19

« C'était un patient qui était sur une durée d'hospitalisation assez prolongée » Entretien 26

.2.1.1.3.2 La place des autres patients dans la situation

Les autres patients du service apparaissent, dans le discours des soignants, comme à protéger de l'agressivité ou de l'agitation du patient. Certains d'ailleurs sont décrits comme se mettant d'eux même à l'écart du patient en raison de l'inaccessibilité de ce dernier.

« Et puis tu as des périodes d'afflux de monde, où tu ne peux pas te permettre d'avoir un agité qui est au milieu et qui hurle, et qui éructe, voilà, c'est un peu effrayant la misère du monde qui arrive là. » Entretien 10

« avec des moments plutôt apaisés dans le service, pouvant participer aux activités et s'intégrer dans le groupe mais de façon relativement superficielle puisque tous les patients perçoivent bien qu'il est loin de nous, » Entretien 02

.2.1.1.3.3 L'impact de l'environnement sur le patient

Certains soignants ont abordé la dimension de contrainte qui s'exerce sur le patient par l'environnement hospitalier. Tout d'abord les locaux peuvent renvoyer un vécu négatif au patient : *« Sachant que nos locaux déjà peuvent paraître parfois carcéral » Entretien 09*. L'hospitalisation sans consentement est associée à une perte de liberté et du non-respect de sa volonté : *« Déjà il n'est pas d'accord pour être hospitalisé » Entretien 21*. Cette contrainte institutionnelle, pour quelques soignants, se rapproche à un passage à l'acte ou de l'agressivité de la part de l'institution. La violence du patient pourrait venir en réponse à cette contrainte institutionnelle : le passage à l'acte de l'institution génère du passage à l'acte, ce qui peut être perçu comme violent par quelques soignants.

« Ils sont encore plus angoissés ouais, d'être enfermés, de savoir que la porte est fermée, qu'il n'y a pas d'autre moyen de communication, je pense que c'est pire ouais aussi. » Entretien 11

« Enfin je veux dire, on va le chercher avec la police pour le ramener ici, donc déjà on est dans un climat agressif, en tant que tel, chez un patient qui a tendance à passer à l'acte,

nous même nous sommes dans un passage à l'acte. [...] Oui, moi je pense que le climat a participé et que moi-même, je n'étais pas très à l'aise avec ça, non pas que je dis qu'il ne faille pas aller le chercher chez lui. Moi je ne suis pas très à l'aise avec le fait que l'institution aille chercher violemment les gens chez eux. C'est-à-dire que je trouve, qu'effectivement là on est déjà dans un début de... enfin on est déjà dans du passage à l'acte, donc on génère du passage à l'acte. » Entretien 22

.2.1.1.3.4 La place de l'environnement dans la décision de contention

Au cours des entretiens il est apparu dans 10 d'entre eux que des facteurs environnementaux ou institutionnels pouvaient intervenir dans le processus de décision comme : *Les locaux, Le nombre de soignant et L'activité du service.*

Les locaux

Les locaux ont été décrits comme intervenants dans le processus de décision. En effet des locaux peu sécurisés ou ouverts, ou l'absence de locaux adaptés, sont des éléments mis en avant dans la contention des patients qui risque de fuguer ou de présenter un danger pour autrui. Les contentions sont ainsi maintenues tant qu'il existe un risque de fugue ou en l'absence de locaux dits sécurisés. Cette dimension s'est retrouvée surtout dans des situations où le soignant exerçait dans un service d'urgence psychiatrique.

« Eh ben aux urgences je trouvais. Ou même... Ouais dans le service d'urgences je trouvais qu'il y avait une facilité à poser la contention sous... Avec l'excuse du patient qui va se mettre en danger et « on n'a pas les locaux adaptés. » Entretien 25

Les locaux sont aussi pris en compte dans le processus de décision lorsqu'ils ne peuvent plus être assez sécurisés pour protéger le patient des risques auto-agressifs.

« Et généralement on a.... il est rare qu'on ait des patients contentionnés pendant la consultation. C'est vraiment quand on va dire les lits d'aval sont bouchés, qu'on a aucun lit de soin d'hospitalisation d'urgence et qu'on est contraints pour des raisons, on va dire, de

protection de la personne, ou de protection du personnel aussi, de mettre en œuvre ces contentions sur la consultation. » Entretien 12

« Ce n'était pas volontaire mais il dégradait, il pouvait se mettre en danger parce qu'il dénudait les fils électriques, enfin il y avait... il y a eu un moment où on avait beau essayé de sécuriser au maximum son environnement, il arrivait toujours à aller choper la lampe qui nous paraissait inaccessible, à se donner des coups, à se frapper. » Entretien 29

Le nombre de soignants

Le nombre de soignants sur le service est un autre facteur environnemental décrit dans les entretiens comme intervenant dans le processus de décision de contention. En effet pour une partie des participants interrogés un nombre de soignants important est associé à une gestion de la crise : *« on a des moyens humains qui permettent de bien gérer ces scènes de crise » Entretien 28*. Cela permet de se relayer lorsqu'un soignant est en difficulté sur une situation et qu'une partie de l'équipe continue à s'occuper du service lors d'une crise : *« quand il y a un soignant qui est en difficulté avec un patient, qui est particulièrement ciblé ou... le nombre permet de tourner » Entretien 2*. Le nombre de soignants permettrait donc d'avoir moins de contention.

« Donc les moyens, sont déjà les moyens humains, c'est-à-dire qu'effectivement en personnel on a plus de gens, et ça peut suffire pour apaiser une situation, » Entretien 28

« Alors qu'ici on est nombreux, on a les locaux adaptés, on a pleins d'autres solutions avant de contenir un patient. » Entretien 25

« J'ai du mal à faire une différence car pour moi la démarche est un peu la même, d'un point de vu d'indication. Si ce n'est qu'ici on a plus de moyen, de moyen de surveillance, moyen de personnel, donc du coup elle est moins fréquente ; » Entretien 29

L'activité du service

Pour certains soignants, l'activité du service est un facteur qui participe à la décision de contention car la disponibilité des soignants est liée à l'activité du service. Le temps que le soignant peut mettre pour construire une alliance est corrélé à cette activité. Un autre regroupement thématique que l'on peut associer à l'activité du

service, sont les contentions sur le week-end, où le cadre et la présence médicale sont moindres, et celle sur la nuit, où l'utilisation de la contention est décrite comme différente en raison d'un effectif soignant moins important entraînant un sentiment d'insécurité et de difficulté plus important pour les soignants ainsi que des restrictions plus importantes pour le patient.

« Tu peux avoir un patient, qui dans le fond est le même tableau clinique, mais qui arrivera à un autre moment, un moment où X est hyper-calme, où tous tes soignants sont disponibles, où tu peux avoir l'information bien plus rapidement parce que c'est une heure ouvrable, donc les gens sont joignables, et donc tu vas pouvoir faire cette rencontre dans les conditions totalement différentes. » Entretien 10

« La nuit j'ai quand même l'impression que c'est un moment où les paramètres ne sont pas les mêmes dans les processus décisionnels des équipes. Et donc du coup dans les restrictions de liberté... dans la gamme des restrictions de liberté, l'intensité, le curseur de restriction de liberté associé. » Entretien 24

.2.1.1.4 Alternatives à la contention mises en place

Cette catégorie a été abordée par 27 soignants et comprend les thématiques suivantes : *Les alternatives relationnelles, Le traitement médicamenteux, La mise en place de locaux sécurisés, La Contention manuelle.*

Chacune de ces thématiques comprend l'intérêt de l'alternative mentionnée, le lien qu'elle peut entretenir avec la mesure de contention et ses limites.

.2.1.1.4.1 Les alternatives relationnelles

Une partie des soignants a mis en place des alternatives s'appuyant sur la dimension relationnelle : la compréhension des troubles pour améliorer la gestion de la crise en mettant des mots sur les émotions du patient, renvoyer au patient le vécu des soignants comme le climat d'insécurité ou l'inacceptabilité de la situation, et amener le patient à trouver des solutions.

« Souvent on passe pas mal de temps à essayer de négocier » Entretien 29

« C'est des petites astuces de communication infra verbale : positionner ses mains, le ton que tu adoptes, la possibilité de ... enfin de valider les émotions du patient, pour qu'il y ait une reconnaissance et que le patient ne se sente pas seul dans ce moment de violence, et l'aider à accéder à ses propres émotions. Parce que quand il y a de la violence, il y a beaucoup de colère, elle court-circuite la pensée, du coup le patient il a du mal à voir qu'il est en colère, mais bon ne serait-ce que ça. » Entretien 24

« Après il ne faut pas croire on est un service d'urgence, sur l'X, même sur l'XX, on n'avait pas tant de contention que ça, parce qu'avec la discussion justement, en essayant de rentrer dans un contact avec le patient, on arrivait à poser l'état de tension du patient. » Entretien 15

Certains soignants ont décrit des techniques de désescalade de la violence auxquelles ils ont été formés. Cela leur permettait de mettre des étapes dans la gestion de la crise et de mieux s'adapter à la situation.

« Je sais que la formation qu'on a, les outils qu'on a permettent de bien séquencer la gestion de la crise... » Entretien 28.

Quelques soignants pensent que le maintien du lien par le discours permet d'éviter d'avoir recours à la contention ou voit les alternatives relationnelles comme systématiquement mis en place avant la contention.

« On essaye toujours de négocier, un entretien, pouvoir désamorcer la situation. » Entretien 05.

Ces alternatives possèdent cependant des limites dans les situations présentées : elles ne peuvent pas fonctionner si le patient est inaccessible, il est décrit que la mise en place doit se faire le plus rapidement possible et elles demandent de la disponibilité aux soignants. Les techniques de désescalade ont la limite de nécessiter un patient ayant une capacité d'élaboration suffisante.

« Ce n'est pas forcément beaucoup de temps mais c'est de la disponibilité. Si tu es obligé de te partager sur plusieurs situations. » Entretien 10

« Alors nous on utilise une méthode qui s'appelle la méthode OMEGA, mais ça ne s'applique pas à des patients déficitaires, où il y a très peu d'élaboration. » Entretien 31

.2.1.1.4.2 Le traitement médicamenteux

24 participants ont parlé d'un traitement médicamenteux dans les alternatives, qu'il soit proposé ou imposé par une injection en cas de refus du patient. Le traitement est dans le discours de certains soignants, considéré comme une mesure préalable à la contention mécanique. Cependant il apparaît aussi des limites à cette alternative qui est inefficace si le patient n'est pas apaisé ou lutte contre le traitement, si le patient est résistant au traitement ou avec l'apparition de mauvaise tolérance au médicament.

« il n'était pas apaisé du tout et au contraire même il montait psychiquement et physiquement en tension, et donc il avait été décidé de lui mettre un peu plus de traitement, de maintenir l'isolement ; » Entretien 09

« À un moment donné on l'a contenu physiquement, on a fait venir le médecin, on a dit : « bon on a que cette solution » parce que tous les traitements, enfin rien n'a agi » Entretien 17

.2.1.1.4.3 La mise en place de locaux sécurisés

L'action de mettre le patient dans un lieu sécurisé se retrouve dans 21 entretiens au travers de mise en chambre fermée, en secteur fermé ou en chambre d'isolement : *« Les infirmiers qui vont décider à un moment donné de les mettre en chambre » Entretien 31.* Plusieurs objectifs à ce type de mesure ont été décrits : diminuer les stimulations ; sécuriser une situation ou en prévention d'un geste violent : *« Alors il y a la chambre d'isolement, c'est avant tout pour sécuriser une situation » Entretien 29 ;* permettre de proposer d'autres alternatives, mettre les autres patients à distance, ou encore pour le soignant de prendre de la distance sur la situation : *« On se retire avec une distance de sécurité suffisante. » Entretien 28.*

« Et si on peut ; si le patient n'est pas trop ; le poser un petit peu dans sa chambre si effectivement il ne casse pas tout et qu'il n'y a pas de risque de mise en danger là-bas. » Entretien 03

« Oui, un patient qui n'arrêtait pas... disons qu'on a amené le patient en chambre, on l'a contenu physiquement, en chambre on l'a posé, on s'est reculé, on a fait du retrait ; souvent le patient, on le pose dans la chambre, on le laisse se poser, on se retire » Entretien 28

Pour certains soignants la mise en chambre est décrite comme préalable à la contention physique et souvent suffisante pour en éviter le recours.

*« Après récemment généralement... la mise en chambre d'apaisement bien souvent suffit. »
Entretien 12*

« L'iso c'est déjà une bonne alternative quand même. » Entretien 23

Les limites perçues par les soignants se situent dans l'accompagnement du patient qui peut être physique et son inefficacité sur les agitations graves.

« On ferme la chambre mais ils arrivent... Malgré juste le fait de fermer la chambre quoi... fermer la chambre d'isolement ça ne suffit pas. » Entretien 11

*« Si tu le laisses tout seul, même dans une chambre fermée, il va continuer à s'activer. »
Entretien 10*

.2.1.1.4.4 La contention manuelle

Enfin la dernière alternative, citée par 6 participants, est celle d'une contention physique qui peut être utilisée par les soignants dans un objectif d'apaisement ou en réaction à la violence du patient. Avec une mise en place décrite comme non-agressive, la contention physique dans le discours des soignant vient après les autres alternatives, elle n'est pas pour autant systématiquement suivie de la contention mécanique qui intervient plutôt lorsque la contention physique est inefficace ou doit être prolongée.

« Et là on savait que quand on rentrait dans la chambre, on allait devoir le contenir ne serait-ce que physiquement, sans poser forcément les contentions mécaniques. » Entretien 32

« Il n'y a plus d'humanité dans la contention avec des bracelets. Il n'y plus de contact là. [...] Alors que je trouvais, entre les mains du soignant, c'est du soin. C'est la durée qui ne donne pas le choix. Quand je donnais mon exemple tout à l'heure, dans le premier exemple, c'est que l'apaisement est intervenu assez rapidement. Malheureusement on ne le décide pas ça. » Entretien 14

.2.1.1.5 Processus de décision de la contention

Après avoir déjà observé dans le discours de soignants des éléments intervenant dans la prise de décision avec la connaissance des antécédents ou des facteurs environnementaux, cette catégorie va explorer plus précisément le processus de décision sur les situations décrites au travers de ces acteurs, des différents déroulements et des différents facteurs intervenant dans le processus.

.2.1.1.5.1 Les acteurs de la décision

Dans cette thématique sera évoquée *La place du médecin, La place de l'infirmier et Le travail en équipe*. Il a été retrouvé peu de différence dans le discours entre les infirmiers et les médecins sur leurs rôles respectifs. Il sera aussi évoqué le cas particulier du patient demandeur de la contention.

La place du médecin

Dans 25 entretiens, les participants ont abordé la place du médecin dans la décision. Tout d'abord, pour certains soignants, la réalisation de la contention nécessite la prescription médicale : « *Que c'est un outil, je dirais, qui peut être utilisé à certains moments, sur prescription médicale* » *Entretien 05*. Elle peut aussi comporter une durée ou être émise pour une période ultérieure : « *on avait une prescription de « vous avez fait ça, ça, ça : ça n'a pas marché, ça monte il risque éventuellement de se blesser, vous pouvez le contenir* » » *Entretien 25*. Cet accord médical est cependant dépendant de la présence médicale. En effet la présence ou non du médecin amène à un déroulement différent dans le discours des soignants : le médecin peut donner son accord pour la réalisation de la contention soit en étant sur place : « *quand il y a un médecin, on en parle avec le médecin et c'est lui qui nous dit : « là, faut avoir recours à la contention* » » *Entretien 19* ; soit par téléphone si les infirmiers le joignent avant : « *Voilà, si le médecin n'est pas dans le service pour réagir c'est par téléphone.* » *Entretien 11* ; mais l'absence de présence médicale sur le moment fait que l'équipe infirmière initie la mise sous contention : « *Ça arrive qu'en équipe on décide, sans que le médecin soit présent ;* » *Entretien 15*. Bien que pour certains soignants, la décision de la contention soit une prérogative du médecin, pour d'autres le rôle du médecin décrit,

est d'évaluer le patient sous contention voire même de valider la décision infirmière.

« La contention c'est une prescription médicale, le psychiatre qui dit dans cette situation là on ne va pas avoir trop le choix, on va probablement contensionner le patient, » Entretien 06

« Souvent je suis allé en voir, des gens qui étaient contenus au lit, pour faire le certificat médical, réévaluer les contentions et cetera. Dans mon esprit et vu la confiance que je fais avec qui je travail, je me dis que si on en est arrivé là, c'est qu'il n'y avait pas d'autre solution. » Entretien 14

« C'est un aide-soignant qui est allé au téléphone pour m'appeler, en m'expliquant la situation... voilà j'ai validé leur décision. » Entretien 18

La place de l'infirmier

Pour une grande partie des 15 soignants qui ont abordé le rôle de l'infirmier dans la situation, les infirmiers sont à l'initiative de la décision de contention. Ils peuvent demander au médecin la mise sous contention : soit en proposant au médecin la contention : *« On appelle le médecin et on demande si... voilà si on le contensionne. » Entretien 11.* Ils peuvent la mettre en place avant qu'un accord médical ne soit émis ; *« L'équipe prend la décision de mise sous contention et c'est réévalué par le psychiatre. » Entretien 16 ;* le médecin étant alors contacté dans un second temps. Cette initiative est mise en lien avec la présence importante des infirmiers dans le service et leur implication dans la situation.

« Soit c'est en équipe soit c'est à l'initiative d'un qui dit « bon ben la... Il se tape partout, il va finir par vraiment se blesser. » Ou il s'est déjà blessé. On contensionne et on appelle le médecin après. » Entretien 23

« Les soignants qui sont dans la situation, c'est-à-dire que moi je ne suis pas toujours là, donc ce n'est pas forcément le médecin. Quand je suis présente, je pense que c'est prioritairement le médecin, et après quand il n'y a pas de médecin sur place, c'est évalué par l'équipe et puis c'est toujours confirmé rapidement par le médecin de garde, ou pas, enfin confirmé ou infirmé. » Entretien 29

« Mais la plupart du temps c'est en effet les équipes infirmières, enfin paramédicales, infirmières et aides-soignantes, qui sont témoins de l'explosion. » Entretien 18

Des médecins ont ressenti sur la situation la pression de l'équipe pour la mise en place de la contention. Certains parlent même d'un sentiment d'instrumentalisation par l'équipe pour prescrire la contention au travers d'une retranscription de la situation en faveur de la contention. De leur côté certains infirmiers ont eu le sentiment de ne pas être entendu par l'équipe médicale.

« Il y a un effet de groupe dans le service, qui peut déjà amener à isoler et parfois à contenir, je pense que c'est compliqué en psychiatrie de ne pas avoir du tout de contention, malheureusement. » Entretien 16

« Le médecin peut se retrouver instrumentalisé par certains soignants qui sont allés un peu trop vite en besogne par rapport à ça et qui vont expliquer les choses de manière à ce que le médecin le prescrive. D'une certaine manière, ils vont expliquer qu'il s'est passé telle ou telle chose, et cetera, et qu'à un moment donné on se retrouve un petit peu instrumentalisé, qu'il y ait une forme de pression aussi pour que le médecin prescrive cela, ça peut arriver. » Entretien 31

« En tout cas, c'est souvent comme ça qu'on le ressent en tant qu'infirmier : bon en gros, les jeunes internes, la contention ils ne veulent surtout pas, ils vont éviter au maximum, même si l'équipe parfois elle a l'impression de ne pas être entendue en disant : là on s'est senti menacé, en danger, parce qu'il y a des patients qui savent très bien présenter deux visages au médecin ; » Entretien 21

Le travail en équipe

Au sein de ce regroupement thématique qui comprend 22 entretiens, le fonctionnement en équipe pour prendre la décision de contention apparaît sur 20 entretiens. La prise de décision pour certains est associée à une adhésion globale de l'équipe. Il peut même être décrit une décision unanime de l'équipe pour cette mesure, en particulier par les infirmiers : *« Ça ne se discutait pas trop car on savait que toute l'équipe était en accord avec la décision qui avait été prise » Entretien 15*. Les intérêts perçus de cette démarche collective pour les soignants sont : que la décision inclut toutes les évaluations de l'équipe ; les médecins se sont présentés comme ayant une vision objective de la situation : *« C'est lui [le médecin] qui essaie d'avoir la vision la plus objective de la situation » Entretien 06* ; d'éviter la mise en contention sur un vécu subjectif ou des décisions unilatérales. Il est ainsi pris en compte que chaque

soignant arrive à un moment différent à la décision de contention en fonction de la situation et de ses représentations personnelles. Donc certains soignants tendront vers la contention avant d'autres et l'aspect collégial de la décision prend alors tout son sens.

« C'est une décision d'équipe, donc il n'y a pas comment dire, le poids de la responsabilité personnelle. C'est une décision qu'on a pris en équipe et donc c'était concerté. » Entretien 13

« Et puis ce qui est important dans les services où on peut être amené à utiliser la contention physique, c'est la discussion en équipe, c'est de ne pas faire ça uniquement en unilatéral, que ça soit qu'un soignant qui discute pour son confort peut être à lui. » Entretien 15

« Donc il y a ça, la personnalité des soignants, donc la nature de l'équipe, parce qu'il y a des duos, qui vont avoir tendance à potentialiser les suggestions de contentions, et d'autres non. » Entretien 21

« Les soignants aussi, parce qu'il y a des soignants qui vont être beaucoup plus... Alors quand je dis patients, ce n'est pas forcément positif, qui vont attendre quoi, qui vont être plus : « Attendez, on va voir, peut être que tout à l'heure il voudra le prendre », d'autres qui disent : « Bon maintenant c'est terminé, on lui a laissé 2-3 fois la chance, il n'a pas voulu la prendre, il est menaçant, injection, contention, terminé ! ». Entretien 21

Le patient demandeur de la contention

Cette situation a été citée par 15 participants bien qu'elle soit citée comme rare. Les profils de patients cités sont un patient borderline ou alors un patient institutionnalisé. La contention est perçue comme efficace par le patient et il est décrit une absence de recherche d'alternative par ce dernier. Il est perçu comme à la recherche d'une relation au travers de la contention et qui pour certains soignants se rapporte à une position masochiste du patient : *« on est dans une forme de masochisme de la part du patient » Entretien 16*. Sur le plan thérapeutique cette démarche ne va pas dans le sens d'un travail dans la gestion des émotions pour le patient et ne correspond pas à un processus de dernier recours. Le soignant peut aussi avoir le vécu d'être contraint à utiliser la contention par le patient : *« Mais y a eu des fois où on a été poussé de le faire parce que des fois il commençait à taper » Entretien 25*.

« Pour une borderline, c'est tout le contraire le projet thérapeutique à mener est tout le contraire, pouvoir leur permettre de n'avoir besoin de personne pour pouvoir s'apaiser, encore plus que pour les autres pathologies. » Entretien 24

« Le truc c'est d'éviter la contention, c'est l'inverse... tu vas faire la désescalade de la gestion... mais bon c'est des cas particuliers. » Entretien 27

.2.1.1.5.2 Les facteurs intervenant dans la décision

Les facteurs qui influent sur le déroulement semblent nombreux et pour favoriser leur lecture, deux regroupements thématiques seront utilisés : *Les facteurs de décision extérieurs* et *Les facteurs de décision propre aux soignants*.

La première partie abordera tous les arguments amenant à la décision de contention qui sont décrits comme extérieurs au soignant et qui donnent dans de nombreux discours la dimension que la contention s'impose au soignant. Ce regroupement est venu initialement à la récurrence de formule impersonnelle pour parler de la décision de contention.

La deuxième partie sera consacrée aux arguments de contention ressentie comme propres aux soignants.

Les facteurs de décision extérieurs

Ce regroupement thématique est issu de 29 entretiens qui ont présenté des facteurs extérieurs aux soignants pour arriver à la décision de contention. Ainsi la décision peut être décrite comme résultant de l'état ou du comportement du patient, résultant de l'échec de mesures alternatives, prenant place dans un fonctionnement hiérarchisé ou encore comme étant une obligation en lien avec la situation.

Tout d'abord la décision de contention apparaît en réaction à l'état ou les comportements que présente le patient. Ainsi la contention est rattachée à la crise qui a dépassé un seuil, la contention vient en réponse à la violence du patient, et elle est perçue comme la seule solution face à l'inaccessibilité ou l'intensité des symptômes.

« C'est sa violence à lui qui nous fait agir comme ça. C'est en réponse en fait. » Entretien 23

« Ou que le patient... enfin... que tu te rends compte que le patient est tellement inaccessible ou mal que, c'est ... tu n'as pas d'autres recours que ça. » Entretien 27

Une autre thématique dans le discours soignant exprime l'aspect extériorisé de la décision, c'est celle associée à l'échec des mesures thérapeutiques antérieures et des alternatives. Pour les soignants il est nécessaire dans le processus de décision d'avoir mis en place des alternatives avant d'arriver à la contention ; d'ailleurs quelques soignants affirment préférer les alternatives à la contention. La contention correspond alors pour les soignants au constat qu'il n'y a pas d'autre solution.

« C'est qu'avant d'en venir aux contentions, plusieurs fois on était retourné dans la chambre, on lui a dit : « essayez de vous allonger », on avait donné un traitement, donc on avait attendu, ça n'avait pas agi en tout cas ça ne pouvait pas agir vu comment elle luttait et on était resté, enfin on avait essayé différentes stratégies avant d'en venir là. » Entretien 07

« Donc on a dit : la seule solution pour qu'à un moment donné, il se pose, qu'il se repose un peu un minimum, ça a été la contention physique. » Entretien 17

Pour d'autres soignants la décision prend place au sein d'une hiérarchisation des réponses à la situation. La crise est décrite comme séquencée avec une réponse à donner à chaque séquence. La répétition des mesures alternatives ou l'escalade des mesures aboutissent à un moment donné à considérer la contention comme une réponse adaptée à la situation.

« Je sais que la formation qu'on a, les outils qu'on a permettent de bien séquencer la gestion de la crise... c'est à dire... appréhender la crise et gérer au mieux la crise de façon à donner une réponse, je dirais équitable. » Entretien 28

Enfin la contention peut pour certains soignants prendre une dimension d'obligation, en raison des thématiques citées précédemment mais aussi avec les impératifs que le patient nécessite des soins, une mesure protectrice ou que la situation n'est plus gérable dans le service et qu'elle doit cesser : *« on a été obligé de le contensionner physiquement parce que ça devenait ingérable » Entretien 17.*

« Pour laquelle on s'est posé la question et là on s'est dit là il faut éviter la stimulation, il faut

la poser pour que le traitement agisse, et avec le médecin bien sûr, parce que c'est sur prescription, donc on a contentonné cette patiente. » Entretien 07

« Enfin, c'est-à-dire qu'à un moment c'était la protection des autres, la protection des soignants qui étaient là » Entretien 22

Les facteurs de décision propres aux soignants

Au travers de ce regroupement thématique il sera présenté les processus qui prennent place dans une réflexion venant du soignant. Tout d'abord, comme cela a été observé plus haut dans *Les acteurs de la décision*, la notion d'équipe peut être importante dans la prise de décision : *« La décision est médicale en consultation avec l'équipe infirmière » Entretien 04*. Cette dimension de décision en équipe inclut aussi un processus de réflexion qui vient des soignants et où les arguments en faveur ou non de la contention sont examinés avant de prendre une décision.

« Et on avait un patient agité, menaçant, et donc on a rentré les autres patients, puis on est allé réfléchir ; c'est les soignants qui se sont isolés dans la salle de soin, tout en maintenant un œil sur le patient bien sûr ; pour réfléchir à la conduite à tenir. » Entretien 02

Une autre thématique inhérente au soignant est que ce dernier peut prendre la décision de contention sur un vécu subjectif. Ainsi on retrouve dans le discours de soignant que la décision de contention peut être prise pour se rassurer ou sous l'influence d'un vécu de peur. L'équipe peut être alors en demande de mettre sous contention un patient avant qu'il soit arrivé, en raison de fait allégué de violence ou de l'inquiétude de l'équipe.

« C'est-à-dire qu'à plusieurs reprises tu as parfois les autres de l'équipe qui voudraient contenter avec un refus de ma part. [Quels sont leurs arguments ?] C'est subjectif. » Entretien 06

« Et puis il est parti aux urgences pour surveillance. Et puis il est arrivé, et du coup sur ces suspicions, ces craintes, ces antécédents. Voilà, il me semble qu'il a été contentonné à l'arrivée. Voilà. » Entretien 04

« Il y a une explication mais ensuite on l'a contenu, je pense que là, la place de la contention, c'était pour rassurer parce que les gens avaient peur. » Entretien 20

Le dernier regroupement thématique retrouvé qui fait référence à un processus de décision intériorisé par le soignant, inclut une dimension de contention programmée en fonction d'une démarche soignante. La contention peut ainsi être décidée après une période déterminée par le soignant pour voir comment évolue la situation, après une évaluation du risque fait par le soignant, après un avertissement au patient ou encore après une proposition au soignant.

*« Et ça avait été mis en place vraiment avec la crainte d'un passage à l'acte auto agressif. »
Entretien 26*

*« Parce que, je pense que l'idée de dire, on va voir si ça évolue un peu, entre guillemet on laisse une chance : on va voir, est ce qu'il y a un petit peu plus d'accès, est ce que c'est un moment de la journée, où il n'est pas bien, ou est-ce qu'avec d'autres personnes aussi, »
Entretien 21*

.2.1.1.5.3 Les différents déroulements

A partir des différentes situations, il est apparu plusieurs déroulements dans la prise de décision : la décision est prise conjointement entre l'équipe soignante et l'équipe médicale : *« moi j'étais là, on a réfléchi avec l'équipe » Entretien 24* ; la décision est prise par l'équipe médicale sur sollicitation de l'équipe soignante : *« la plupart du temps on est appelé par l'équipe qui nous signale une grave situation » Entretien 18* ; la décision de contention est prise par l'équipe soignante et secondairement validée par l'équipe médicale : *« Après on appelle le médecin, et lui il juge après et si il faut continuer la contention ou pas. » Entretien 19* ; et enfin des entretiens ont décrit une décision de la contention sans qu'il y ait d'accord médical dans le processus. Parmi ces cas de figure, 2 situations sont apparues en raison de leur particularité dans le processus de décision : la décision de contention *En fonction du déroulement d'une mise en chambre d'isolement* et la décision de contention prise dans un contexte d'urgence.

En fonction du déroulement d'une mise en chambre d'isolement

La décision dans le cadre d'une mise en chambre d'isolement dans le discours soignant est associée à une décision qui peut être réfléchie en amont avec le matériel déjà installé sur le lit dans certaines situations. La décision est mise en

œuvre pour les soignants est corrélée à une intensité de la violence ou de l'agitation.

« Si la mise en isolation est quand même hyper-sportive, là on sent que de toute façon on aura du mal à ce que le patient s'apaise à ce moment-là on met la contention le temps que les choses marchent. » Entretien 06

Dans un contexte d'urgence

Dans les situations qui nécessitent une contention en urgence, les soignants ont mis en avant une dimension de rapidité de prise de décision : dans les cas d'agitation extrême ou de violence la décision doit être rapide et dans une réaction immédiate à la situation. Il n'y a alors pas de décision d'équipe et le champ d'action du soignant est décrit comme réduit : *« Ça été fait dans l'urgence justement, ça n'a pas été décidé en équipe. » Entretien 15.*

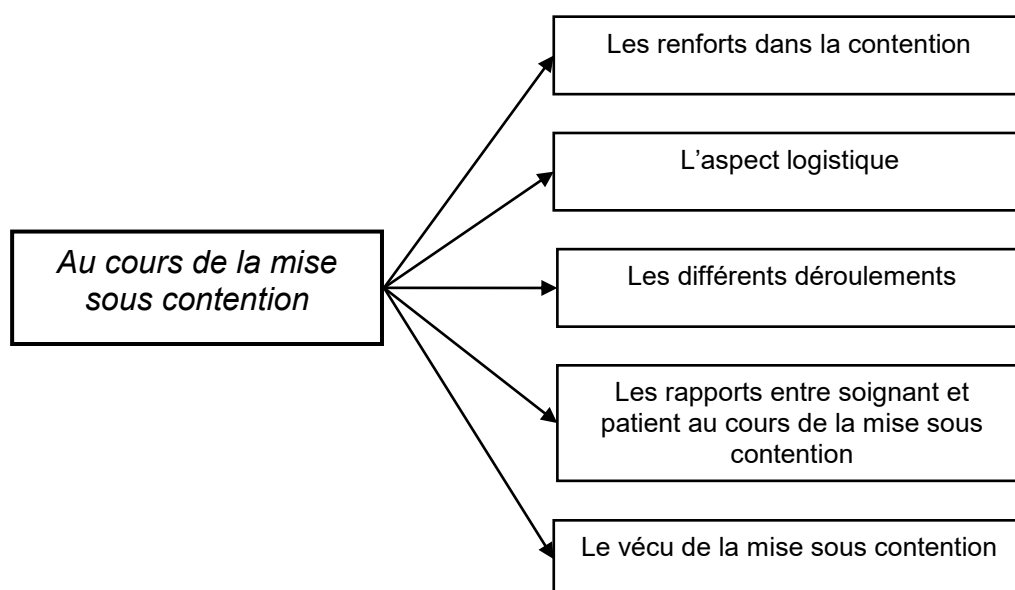
« Après au moment de la faire, c'est dans le feu de l'action. C'est-à-dire, qu'à un moment il faut trouver une solution pour que physiquement, il n'y ait plus d'agressivité et c'est la seule. » Entretien 22

« Ou du fait de l'agitation majeure qui va survenir très soudainement, sans forcément référer à un médecin, dans les situations de weekend ou de garde. Sans forcément appeler l'interne ou la personne qui.... Par définition ce sont des décisions qui se prennent très rapidement pour... » Entretien 26

.2.1.2 Au cours de la mise sous contention

Cette sous-catégorie se divise en 5 parties avec : *Les renforts dans la contention, L'aspect logistique, Les différents déroulements, Les rapports entre soignant et patient et Le vécu de la mise sous contention.* Le plan est présenté par la figure 3.

Figure 3



.2.1.2.1 Les renforts dans la contention

Dans cette partie citée par 21 entretiens, les thématiques suivantes ont été retrouvées : *Le rôle du personnel de renfort autour de la contention*, *Les différentes modalités d'intervention* et *L'évolution perçue dans la relation en présence de renfort*.

.2.1.2.1.1 Le rôle du personnel de renfort

Plusieurs rôles ont été associés à l'intervention d'un personnel de renfort au travers des situations décrites. Il a été présenté un rôle consistant à prévenir un passage à l'acte sur la situation auquel est associé une dimension de protection et d'accompagnement des patients lors de déplacement ou d'action : « *les autres servent de sécurisation, si jamais le patient passe à l'acte, on est nombreux on lui saute dessus,* » *Entretien 32*. Les renforts ont été décrits comme ayant le rôle de maîtriser le patient en cas d'agitation le temps que les attaches soient mises et permettant ainsi une mise en place plus rapide des attaches : « *la sécu va, avec ses qualités, poser la patiente rapidement sur le lit, et la contention va se faire plus rapidement et va être à moins traumatisante* » *Entretien 09*. Enfin de manière plus transversale il est attribué au

personnel de renfort un rôle comportant peu d'interaction avec le patient le rôle d'interaction et de prise de contact étant plus attribué à un soignant du service.

« C'est-à-dire que là si ça s'agite à l'X, je vais y aller et je vais essayer de maintenir physiquement le patient, mais je ne vais pas lui parler, parce que je ne le connais pas et que ce n'est pas à moi de lui parler. » Entretien 09

« Comme il avait quand même un potentiel d'agressivité qu'il avait démontré, de violence assez importante, dès qu'ils ouvraient la chambre, ils nous appelaient en renfort au cas où, on n'agissait pas forcément, on se tenait là juste au cas où. » Entretien 13

.2.1.2.1.2 Les différentes modalités d'intervention

Parmi tous les entretiens, 3 modalités d'intervention ont été décrites sans compter les situations où il n'y a pas eu nécessité de faire intervenir les renforts. La première modalité est un appel des équipes de renfort en urgence avec la notion de faire face à la situation d'agression ou de violence : Dans ce contexte d'urgence quelques soignants ont mis en avant qu'il y a peu de données qui sont transmises au personnel de renfort.

« Parce que quand on est appelé sur ce genre de situation, généralement c'est on va dire dans l'urgence : « est ce que vous avez des hommes ? Oui, j'arrive. » et des fois on n'a pas vraiment le temps d'être briefé sur le pourquoi de la situation et là vu que c'était un peu chaud, ils avaient dû commencé l'entretien. Nous on est arrivé en catastrophe, et je suis presque arrivé sur le fait et allez hop, et là ce qui m'avait un peu étonné c'est justement ce manque d'information. » Entretien 13.

La seconde modalité est celle d'un appel des renforts lorsque l'équipe soignante rencontre des difficultés à maîtriser le patient au cours d'une mise sous contention.

« On s'est dit qu'on n'allait pas faire appel à des renforts d'autres équipes dans un premier temps en pensant que ça se passerait bien avec les traitements et tout ça et puis au final on a dû faire appel en urgence à l'ensemble du personnel ; » Entretien 15

Enfin la dernière modalité est celle d'une mise sous contention programmée avec un appel des renforts qui est anticipé.

« Soit on peut au moins temporiser le temps que les vigiles arrivent, ça évite que ça ne soit trop... que ça déborde trop. » Entretien 27

.2.1.2.1.3 L'évolution perçue dans la relation en présence de renfort

Pour certains soignants, la présence des renforts a différents effets sur la relation : elle peut avoir un effet apaisant : « Parfois juste la présence des soignants, le monde suffit à apaiser la personne. » Entretien 14 ; un effet persuasif ou d'intimidation sur le patient ; elle peut pacifier la relation ou faciliter l'acceptation de soin. Pour d'autres cela peut à l'inverse faire basculer la relation avec le patient dans un rapport de force, voire même à ce qu'il devienne agressif : « mais ils ont un rôle d'intimidation qui je pense, par moment clairement, fait descendre le patient. A d'autre moment le fait monter au contraire, on rentre dans le rapport de force pur, » Entretien 09. Quelques soignants ont pu évoquer que l'arrivée de renfort peut participer à un climat d'agitation : « on doit faire appel à des renforts justement, et c'est à ce moment-là que c'est un peu, comment dire, la cohue : tout le monde arrive, des fois voilà... » Entretien 15

« J'allais dire que c'est un peu ça, parfois de l'intimidation auprès du patient pour l'inciter à prendre le traitement un petit peu en douceur ou quand le patient est vraiment virulent et qu'il n'est pas du tout en état d'accepter, qu'il est agité pour nous aider à le maintenir. » Entretien 07

« L'appui des agents de sécurité justement pour que les choses soient un peu pacifiées, qu'il y ait quelqu'un de tiers, bien souvent ça suffit à apaiser les situations sans qu'on en vienne à la contention » Entretien 12

.2.1.2.2 L'aspect logistique

16 soignants ont présenté des aspects techniques et propres à la logistique dans leur description d'une mise en place d'une contention. Il sera abordé en premier le regroupement thématique autour du nombre de soignant lors d'une mise en contention, puis les lieux où le patient a été mis sous contention seront décrits et pour finir il sera relaté les thématiques autour du nombre d'attaches.

.2.1.2.2.1 L'importance d'avoir une équipe nombreuse

Une partie des soignants ont abordé des thématiques autour du nombre de soignants sur la mise en contention. Pour certains le nombre important de soignants sur la contention est associé à une plus grande sécurité et à moins de danger : « *si on a un patient qu'on sent tendu, on va arriver en nombre, comme ça on travaille en sécurité* » Entretien 32. Une diminution de risque de blessure pour le patient et l'équipe a aussi été associée à un nombre de soignants important. Certains participants ont associé un faible nombre de soignant à une mise en place plus longue et indiqué que la mobilisation de monde sur la contention se fait au détriment d'une présence soignante auprès des autres patients : « *et puis il y a d'autres patients, ça a monopolisé beaucoup de gens dans le service, donc c'est ça qui est difficile après.* » Entretien 21. Pour certains soignants, un nombre important de soignants est privilégié sur les mises sous contention : « *On est toujours en nombre sur ce genre de situations là.* » Entretien 08.

« *On va faire un mauvais boulot parce qu'on va être que deux au moment où il va y avoir l'agitation, donc la contention va être mal faite, on peut se faire mal, faire mal au patient.* » Entretien 32

Les autres thèmes émergents autour du nombre de soignants sont sur la répartition des rôles qui est effectuée autour de la mise sous contention. Tout d'abord, il y a une répartition selon les actions que feront les soignants avec un soignant qui aura le rôle de rester en relation avec le patient et devra éviter d'agir physiquement : « *que ça ne soit pas le même qui contentionne, qui fasse la désescalade, qu'il soit à côté de la contention et qu'en tout cas il ne participe pas physiquement à la contention* » Entretien 24. Il a été décrit une répartition selon les sexes des soignants avec un rôle masculin plutôt physique en allant en première ligne pour maîtriser le patient et avec une notion de réponse par la force. Ce rôle est surtout privilégié sur les renforts : « *quand on en vient à l'action physique sur autrui... enfin ce n'est pas pour rien qu'on laisse passer les hommes devant. [...] On a appelé des renforts donc des hommes.* » Entretien 21. Il a été décrit un rôle féminin qui est en seconde ligne et qui consistera à distribuer les traitements et mettre les attaches : « *Les nanas quand elles arrivent sur ce type de situation, et bien le seul truc qu'elles ont à faire, elles mettent les attaches.* » Entretien 09. Des soignants ont

insisté sur la cohésion de l'équipe comme permettant à chacun de connaître son rôle.

« Un patient très agité, il faut au moins je pense 6 soignants plus la personne qui discute avec le patient. » Entretien 08

« J'arrive après soit pour faire l'injection, soit pour mettre les contentions, mais c'est vrai souvent, devant, on fait passer les hommes, une fois de plus. » Entretien 21

« C'est-à-dire que pour moi le moment de la mise sous contention, sur un patient, ça nécessite une grosse cohésion d'équipe avec un discours semblable pour tous les soignants, une marche à suivre identique aussi, où on a l'habitude de ça, on sait comment on fonctionne, on sait comment on avance au fur et à mesure, avec des regards et cetera et je pense que ce n'est pas quelque chose que les médecins font régulièrement ; » Entretien 09

Pour la place du psychiatre, les discours sont variables : elle donne une légitimité à la contention pour certains ; vient gêner la mise en place pour d'autres. Certains médecins rapportent ne pas intervenir physiquement dans la situation.

« La contention en présence d'un médecin, il me semble que dans son esprit [au patient] ça donnait une légitimité en même temps. » Entretien 14

« Quand le médecin intervient dans la mise, vraiment dans l'acte, de la mise sous contention du patient, c'est parfois compliqué. » Entretien 21

« Alors je dis « on » parce que c'est vrai que c'est rarement moi qui les manipule. » Entretien 20

.2.1.2.2.2 Les lieux décrits

La moitié des entretiens ont abordé les lieux où le patient a été mis sous contention. Pour une grande partie, la contention s'est réalisée dans une chambre sécurisée de type chambre d'apaisement ou chambre d'isolement : *« de toute façon la contention ça va avec la chambre d'isolement » Entretien 25*. Ces dernières sont associées à une protection de la personne immobilisée. Dans certains entretiens, la contention a été décrite en dehors d'un lieu sécurisé et d'autres ont abordé la nécessité de déplacer le patient en vue de le contentionner.

« Puisque la contention on ne la fait qu'en isolation. » Entretien 12

« si on doit contentionner là on ferme à clé la chambre. De façon à ce que personne ne vienne, que le patient ne devienne pas une autre victime potentielle d'un passage à l'acte de quelqu'un d'autre sur lui. Donc on le protège par rapport à ça. Parce que du coup il est à la merci des autres une fois fixé. » Entretien 23

.2.1.2.2.3 Le nombre d'attaches

Le nombre d'attaches a été peu abordé par les participants et les quelques entretiens qui en ont parlé ont mis en avant que les quatre membres étaient attachés, certains pouvaient en parler avec une notion de totalité : tous les membres étaient attachés ou alors aucun : *« c'est nul et non avvenu de faire des contentions par deux, de voir, de tester. Soit on enlève tout, soit on laisse tout, » Entretien 08*. Il a été mis en avant un risque de blessure au niveau des articulations en cas de mouvement si tous les membres ne sont pas attachés.

« Pour moi contention par quatre au minimum. C'est-à-dire que moi, je n'envisage pas de contenir quelqu'un avec un seul truc, mais ça c'est parce que j'ai eu l'expérience d'un patient qui s'est cassé une jambe, » Entretien 06

.2.1.2.3 Les différents déroulements

Au cours des entretiens, 15 ont abordé des déroulements spécifiques qui ont pu être regroupés en 2 regroupements thématiques : *La mise sous contention sans préparation* et *La mise sous contention avec préparation*.

.2.1.2.3.1 La mise sous contention sans préparation

La contention sans préparation est associée à une situation d'urgence ou d'imprévu avec les regroupements thématiques suivants : la situation d'urgence désorganise la mise en place avec l'équipe et le matériel qui ne sont pas prêts ; la maîtrise du patient est décrite comme plus difficile avec un personnel en nombre insuffisant et du personnel de renfort qui n'est pas présent sur les lieux ; la violence est perçue comme plus importante sur ces situations.

« tout à coup il a explosé, il s'est mis à m'insulter, à me menacer. Voilà on était déjà trois-quatre mais on a dû faire appel à des renforts car il était très menaçant. Ça s'est très mal passé car il a essayé de mettre des coups à tout le monde, ça a été un peu violent dans la façon de faire, il n'y avait rien qui était prêt, donc le temps qu'on essaye de contenir le patient, en plus à l'extérieur du lit, le temps d'installer les contentions, ça n'a pas été évident, c'était violent pour lui et pour les soignants aussi... » Entretien 15

« où la sécurité n'a pas eu le temps d'être présente par exemple, et où du coup nous on n'est pas forcément formé quand il y a que deux mecs pour contentionner, c'est plus difficile de maintenir la personne et de l'attacher en même temps qu'elle se débat, et donc du coup la contention a été plus désorganisée donc a duré plus de temps et donc à mon sens est plus traumatique pour le patient et les soignants. » Entretien 21

.2.1.2.3.2 La mise sous contention avec préparation

Dans les entretiens abordant ce regroupement thématique la préparation correspond à : un temps pris en équipe pour répartir les rôles ; les attaches sont préparées sur le lit ; l'appel des renforts ; et la mise à distance des autres patients. Cette dimension de préparation et d'anticipation est associée à une meilleure protection du patient lors de la manipulation des attaches et un déroulement en douceur de la situation avec la réflexion en équipe de mesures permettant le calme de la situation et la présence de soignants en nombre.

« Moi je pense que ce qui est important dans la contention, déjà surtout physique, c'est peut-être déjà de la préparer en équipe, c'est-à-dire de s'assurer avec les soignants qui sont autour de nous, qui va par exemple contenir ? Comment on va faire ? Comment on va procéder ? Et essayer de le faire de bonne manière pour que ça se passe du mieux possible, qu'il n'y ait pas de douleur par exemple pour le patient ou qui que ce soit. » Entretien 01

« Alors que souvent quand on arrive à anticiper, dans la majorité des cas, ça se passe mieux. » Entretien 15

.2.1.2.4 Les rapports entre soignant et patient

31 entretiens ont abordé les rapports entre le soignant et le patient au cours de la mise en place au travers des thématiques suivantes : *Le maintien du lien relationnel par le soignant au cours de la mise sous contention, La description d'une difficulté dans la relation et Les réactions du patient lors de la mise en place.*

.2.1.2.4.1 Maintien lien relationnel par le soignant au cours de la mise sous contention

16 soignants ont mis en avant qu'ils cherchaient à maintenir ou mettre en place un lien au cours de la mise en contention. Certains ont même insisté sur l'importance de chercher à maintenir un contact verbal auprès du patient avec les notions suivantes : l'absence d'échange de la part du soignant serait plus mal vécue par le patient ; le dialogue avec le patient a cette fonction de montrer que l'équipe cherche à maintenir le lien : « *Parce que c'est une agression quand même quand on saute sur le patient, et la parole et là pour dire : voilà, on contient et on garde un lien de dialogue* » Entretien 14 ; le dialogue vient mettre du sens pour le patient et le soignant ; et le dialogue peut aussi apaiser la situation.

« *Comme je te l'ai dit, moi j'essaye de mettre des mots sur ce que l'on met en place et surtout la contention. Et du coup même si je contentionne le patient, je lui explique. Je lui renvoie que c'est pour son bien, qu'on est présent, qu'on viendra assez souvent le voir. Du coup ça facilite un peu le... comment dirai-je, le... l'après en fait. Je ne dirai pas la réconciliation parce que ce n'est pas vraiment ça, mais à distance, quand on reprend les choses avec le patient, le vécu que renvoie la contention, le vécu un peu négatif est moins présent.* » Entretien 05

« *En fait je pense qu'il y ait des mots, des choses qui sont dites à ce moment-là. Qu'on lui donne un sens, c'est indispensable pour tout le monde.* » Entretien 20

L'information sur la relation est aussi présentée comme un moyen de travailler le lien. Ainsi il est expliqué au patient : le motif de la contention, en général d'apaisement ; la mesure peut être présentée au patient comme une obligation au vu de la situation ou encore comme bénéfique pour le patient : « *On avait été lui expliquer*

que là on allait être obligé, » Entretien 15 ; le déroulement de la mesure avec la présentation du caractère temporaire de la mesure et la mise en place d'un traitement en parallèle. Cette fonction est la responsabilité du médecin s'il est présent.

« Je pense que ne serait-ce que pour penser au vécu du patient, dans le doute : au pire il ne s'en rend pas compte mais ça ne coûte rien de le dire, et au mieux s'il s'en rappelle, ils sauront que quand même on n'a pas fait ça à la légère, » Entretien 07

« Même si on le fait toujours, la dernière, là, on a pu expliquer calmement les motifs, le caractère forcément temporaire en attendant l'apaisement pour éviter la mise en danger en attendant d'avoir une place dans un secteur aussi adapté. » Entretien 12

« Déjà rien que l'image du médecin, vienne expliquer le pourquoi de la mise sous contention, ça aussi ça permet un petit peu de mettre l'équipe infirmière un peu à distance. » Entretien 15

.2.1.2.4.2 La description d'une difficulté dans la relation

15 participants ont pu faire état de difficultés dans le lien avec le patient au cours de la mise en place de la mesure. Pour beaucoup la relation n'est pas possible en raison du caractère inaccessible du patient, certains parlent même d'une rupture dans le lien : *« c'est le point extrême de la perte de relation avec le patient, le contact verbal, on passe sur une mesure extrême » Entretien 26 ; le rapport serait alors repris à distance : « La relation, elle se fait plus après, la relation verbale je parle. » Entretien 17.* D'autres ont mis en avant la nécessité d'utiliser la force envers le patient avec une dimension de confrontation et pour certains soignant une prise de distance pour eux était nécessaire par la suite. Certains relient la difficulté à la confrontation physique : *« qu'on a senti qu'on allait être dans ce rapport de force. » Entretien 14.* Enfin des soignants ont évoqué le besoin de s'excuser auprès du patient pendant la mise sous contention : *« en fait on s'excuse de ce qu'on a fait à chaque fois, j'ai l'impression. » Entretien 25*

« Je trouve qu'au moment du passage à l'acte, il y a une rupture qui se crée dans la relation, où la confrontation fait... justement crée cette rupture-là. » Entretien 30

« C'est physiquement trop engageant et que ça reste compliqué pour moi. [Pour quelle raison ?] Parce que je trouve ça violent en fait. » Entretien 22

« On a n'a pas énormément de contention je trouve ici, mais en tout cas il y a quand même cette notion vraiment de domination de la blouse blanche. Moi je trouve ça... ça me met un peu mal à l'aise par ce que... » Entretien 03

« Souvent, ceux qui ont été le plus, entre guillemet violent, mais ce n'est pas du tout une critique, mais c'est dire, ceux qui ont exercé le plus de force physique pour maintenir, vont avoir tendance à : « c'est fini, on lâche, c'est terminé, voilà, on s'en va on sort, vite ». Entretien 21

.2.1.2.4.3 Les réactions du patient lors de la mise en place

16 participants ont abordé le rapport au patient au travers des réactions de ce dernier lors de la mise en place. Le patient a été décrit par certains soignants comme agressif lors de la mise sous contention : verbalement : « C'est vrai qu'il arrive qu'avec certains patients il peut y avoir des menaces en même temps que la contention. » Entretien 03 ; ou physiquement : « Mais ça a été d'une violence extrême, j'avais rarement vu un truc pareil, mais venant de la patiente, elle nous crachait dessus, elle nous a mordu, moi elle m'a mordu là » Entretien 19. Pour certains cette violence vient en réaction à la violence de la contention et pour d'autre elle vient du fait qu'on ne respecte pas sa volonté. Il n'est pas moins difficilement vécu par le soignant. Alors que certains comparent ce rapport physique à un combat, d'autres parlent d'un rapport physique sans violence, sans confrontation physique et associé à des valeurs éthiques comme le respect et la bienveillance.

« C'est dans le rapport de force, on est dans le rapport de force. On est plus... et du coup le rapport de force est toujours violent, toujours à partir du moment où tu forces quelqu'un. » Entretien 27

« Si on doit batailler, et c'est souvent le cas, on bataille et c'est... On peut se faire mal, on reçoit des coups de pieds, on peut lui faire mal. On appuie enfin voilà. Donc c'est un peu plus difficile dans ces cas-là. » Entretien 23

« On n'a pas eu à avoir honte de l'avoir contenu. Il en avait besoin et ça s'est passé physiquement mais sans violence. Enfin je n'ai pas une mémoire exacte de toutes les

contentions que j'ai pu voir, mais de mon ressenti, chaque fois c'est fait avec beaucoup de respect et de... vraiment dans le dialogue même si on a dépassé les capacités de dialogue, d'échange et qu'on voit que c'est la dernière solution, je n'ai jamais vu de rupture du dialogue. » Entretien 14

Le patient peut aussi montrer une augmentation de l'agitation à l'initiation de la contention, qui selon les soignants vient d'un vécu difficile avec une recrudescence de l'angoisse ou une douleur psychique. Le patient peut aussi être tendu ou en colère de la situation : *« Ce que je me dis, moi c'est que c'est un moment qui est très aigu et tendu pour eux » Entretien 25.* Une acceptation de la situation pour certains patients a aussi été décrite.

« Il y a probablement la peur et l'anxiété que ça provoque et ensuite ça se retasse. » Entretien 24

« Il y a une désescalade que j'ai faite, qui a marché moyen, mais un peu quand même, c'est-à-dire qui à éviter ce phénomène très désagréable qu'est l'augmentation de l'agitation au début de la contention. » Entretien 24

« Comme je t'ai dit il y a des patients qui se laissent contentionner, dans ce cas-là ce n'est pas violent. » Entretien 27

.2.1.2.5 Le vécu de la mise sous contention

30 soignants ont exprimé leur vécu sur la situation de mise en contention ce qui a permis d'obtenir les regroupements thématiques suivant : *Des ressentis négatifs entre la situation et la mise sous contention ; Un vécu de violence ; La focalisation sur l'action ; Le vécu à la fin de la mise sous contention.*

.2.1.2.5.1 Des ressentis négatifs entre la situation et la mise sous contention

Parmi les soignants qui ont parlé de leur vécu, il a été retrouvé un vécu négatif dans 24 entretiens autour de la mise en contention. Dans les différents vécus on retrouve un vécu désagréable, rattaché pour certains à l'action de contraindre : *« C'est compliqué quand même. Ce n'est pas simple de contentionner quelqu'un qui ne veut pas*

être contentonné » *Entretien 19*, qui peut se retrouver tout au long de la contention : « je trouve que c'est un contact compliqué d'être soignant et face à une personne contenu » *Entretien 16*, et être systématique sur chaque contention pour d'autres : « C'est toujours désagréable » *Entretien 02*. Les autres ressentis négatifs sont en lien avec une dimension de peur à des niveaux d'intensité différents. Cela peut aller d'un stress au cours de la situation : « c'est stressant parce que y'a les cris et tout ça. » *Entretien 11* ; jusqu'au vécu de traumatisme : « c'est assez traumatisant pour le patient, que ça soit pour les patients ou les soignants. » *Entretien 32*.

« C'est difficile de mettre en place, on ne se sent pas à l'aise de le mettre en place. » *Entretien 26*

« Parce que contraindre les gens à faire quelque chose qu'ils vivent j'ai eu le sentiment que c'était très dur. » *Entretien 30*

« Du coup se fait toujours de manière musclée, du coup c'est vrai que ça, ça peut parfois un peu impressionner, faire un choc. » *Entretien 01*

.2.1.2.5.2 Un vécu de violence

22 entretiens ont permis de faire ce regroupement thématique. La plupart des soignants décrivent un vécu de violence à différents niveaux. Certains trouvent la contention violente en elle-même : « c'est violent, c'est agressif, elle est nécessaire sur le moment effectivement parce que le patient... on est dépourvu... ». *Entretien 28* ; et d'autres la rattachent à la violence induite par le patient : « C'est violent mais pas plus violent que ce que le patient nous envoie » *Entretien 23*. Il apparaît dans certains entretiens que la violence influe sur le fonctionnement du soignant. Le soignant doit alors gérer ses émotions : « il faut aussi contenir des... ses propres émotions au moment de la contention » *Entretien 12*. Cela peut aller jusqu'à court-circuiter les possibilités de réflexion du soignant et certaines situations mettent en avant une situation de violence faisant perdre au soignant sa position de soignant : « On n'était plus trop dans une position de soignant, et à ce moment-là » *Entretien 20*. L'absence de nécessité de la contention n'est alors pas toujours perçue sur le moment et la mise en place de la contention peut être de moins bonne qualité. Un acte violent est d'ailleurs, pour certains soignants, plus mal vécu s'il n'est pas explicable ou prévisible.

« c'était extrêmement violent [...] à ce moment-là je n'ai pas su comment, comment réfléchir pour que ça se passe mieux, je n'ai pas réussi, au final on en est arrivé jusqu'à l'attacher. [...] quand l'urgence, la situation ou même le danger fait en fait qu'on peut aussi totalement shunter la pensée, parce que c'est ce qu'il se passe, » Entretien 20

« C'est tout l'ensemble, l'agression plus la contention. Souvent quand il y a une agression grave, il y a la contention, en elle-même, qui est derrière, est très violente, dans la mise sous contention : très compliquée... » Entretien 32

« Je pense que c'était très compliqué le fait qu'il y ait aucune... Qu'il n'y avait aucune critique par rapport à ce geste, aucune possibilité de voir une... De comprendre, de se représenter ce qui l'avait conduit à faire ce geste-là. » Entretien 26

.2.1.2.5.3 La focalisation sur l'action

Ce regroupement thématique est construit sur 11 entretiens. Certains soignants interrogés sur leur vécu, ont mis en avant qu'ils étaient concentrés sur la mise sous contention, ainsi le ressenti est tourné vers l'action de la situation : *« Sur le moment on agit. » Entretien 17.* Pour les participants, cette dimension est associée à la recherche que personne ne soit blessé sur la situation et la contention soit mis correctement et de manière efficace : *« Je n'ai pas de ressenti émotionnel, je me concentre vraiment sur ce que je fais, moi, pour ne pas faire de connerie. » Entretien 32.* On peut aussi retrouver dans le discours soignant la thématique qu'une fois décidée la contention doit être mise en place sans s'arrêter dans la réalisation : *« À partir du moment où tu as commencé à penser à la contention, il ne s'agit plus de tergiverser. » Entretien 10.*

« Sur le moment j'étais tellement la tête dans le guidon, on va dire, que j'essaye, pas de réfléchir ce n'est pas le mot, mais d'être vraiment concentré sur ce que je fais, c'est-à-dire regarder : alors est ce que c'est bon ? Est-ce que là elle est en sécurité ? Est-ce que je suis en sécurité ? » Entretien 13

« J'essaye de sortir les émotions, que ça soit la peur, la colère, ce genre de choses, pour faire les choses de la meilleure manière possible, s'il y a une meilleure manière... voilà, le plus en sécurité. » Entretien 32

.2.1.2.5.4 Le vécu à la fin de la mise sous contention

Le vécu ressenti à la fin de la mise sous contention et à la sortie de la chambre où le patient a été contentonné, a été abordé à 11 reprises. Un vécu de soulagement a été évoqué pour la plupart des soignants dont un soulagement que la sensation de danger soit mise à distance par la contention du patient : *« on est soulagé, on est content que ça soit terminé. » Entretien 21.* Aussi, il a été retrouvé une volonté de mettre la situation à distance dès la fin de la mise sous contention, en raison d'un vécu difficile et d'un besoin de se reposer. Certains soignants livrent le vécu de toujours être sous tension de la situation à la fin de la mise sous contention : *« Et c'est humain, parce que quand on a fait ça, on a qu'une envie : c'est de sortir de cette chambre, parce que c'est pesant, c'est lourd. » Entretien 21.* Le vécu de mise à distance et de soulagement se retrouve aussi dans le discours du personnel de renfort qui renvoie se sentir moins concerné par le patient après la mise sous contention : *« et puis souvent les renforts, ils sont venus, il faut qu'ils retournent à leur pavillon, tout ça... à passer à autre chose quoi. » Entretien 21.*

« Parfois, ça peut je pense, même si je ne suis pas sûr que ça soit un sentiment très sain, mais ça peut être un soulagement d'une situation de tension, plus un soulagement pour l'ensemble de l'équipe, d'une situation comme ça d'escalade de tension où on épuise tous les recours qu'on a et où au final, à un moment donné, la situation se termine : la contention elle peut terminer une situation, comme ça, de tension et ça peut être un soulagement, pour nous, pas pour le patient, » Entretien 08

Il a été abordé par plusieurs participants le vécu que peut vivre le patient. Il a été mis en avant des thématiques d'abandon : *« que le patient ne se sente pas complètement abandonné » Entretien 08* ; de vécu insupportable : *« On l'a en tête aussi, car ce n'est pas supportable pour un patient d'être attaché. » Entretien 30* ; de perte de repère temporel : *« Ils ne savent pas quand les gens vont revenir, avec une distorsion temporelle terrible sur la perception du temps » Entretien 24* ; et d'inquiétude : *« Moi j'imagine l'inquiétude. » Entretien 03.* Le soignant, en parallèle de ce vécu identifié chez le patient, livre un vécu difficile de laisser le patient sous contention seul. Le départ de la chambre des soignants de la chambre est vécu comme insatisfaisant voir comme une punition pour un soignant : *« Tout seul avec une contention comme s'il avait une faute. » Entretien 14.* Ce départ correspondant pour certains à une absence de relation : *« Il n'y plus*

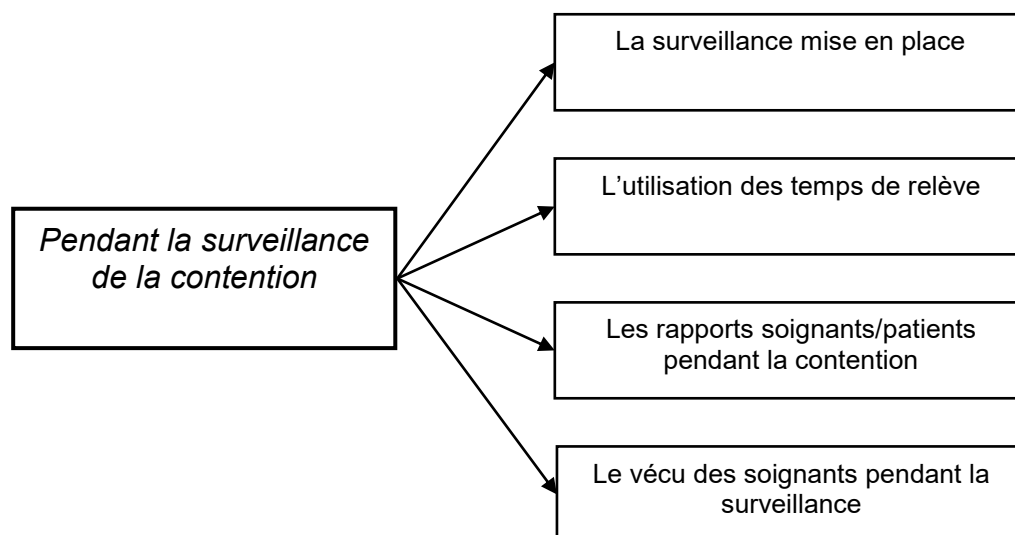
de contact là. » *Entretien 14*. Il est aussi mis en avant que la présence auprès du patient ou non est un choix du soignant à la différence de la contention qui n'est pas forcément perçue comme un choix.

« Presque, parce que l'attacher on n'avait pas le choix, il fallait le faire. Mais l'accompagnement après, on pourrait je pense d'avantage, mais une fois de plus c'est facile de le dire, là à froid, c'est vrai qu'une fois qu'on a eu cette action, c'est très... on a qu'une envie, c'est de passer à autre chose, » *Entretien 21*

.2.1.3 Pendant la surveillance de la contention

Une vingtaine de participants a abordé cette période qui comportera les 4 regroupements thématiques suivants : *La surveillance mise en place ; L'utilisation des temps de relève, Les rapports soignants/patients pendant la contention et Le vécu des soignants pendant la surveillance*. Les principales thématiques sont présentées par la figure 4.

Figure 4



.2.1.3.1 La surveillance mise en place

Les thématiques autour de la surveillance ont été retrouvées au cours de 20 entretiens et ont abouti à deux regroupements thématiques : *L'objectif de la*

surveillance et L'organisation de la surveillance.

.2.1.3.1.1 L'objectif de la surveillance

15 entretiens ont traité des objectifs de la surveillance au cours de la contention. Ainsi pour ces soignants la surveillance a pour objectif de surveiller l'évolution clinique du patient, le contact et l'accessibilité du patient ainsi que l'effet du traitement. Cette surveillance est associée à une recherche de critères en faveur d'une levée de la contention, ces derniers étant détaillés dans la sous-catégorie *La levée des contentions*.

« Avoir des temps d'évaluation très régulièrement, surveillance somatique des constantes du patient, et la réévaluation régulière de l'indication de la contention. » Entretien 26

Dans le discours d'un nombre plus restreint de soignants, la surveillance a aussi pour objectif de repérer et de prévenir toute complication somatique en particulier le risque thromboembolique qui a été le plus cité.

Après c'est sûr que si ça doit se poursuivre 24h, là c'est plus que du soin intensif, on y va tout le temps voir que... qu'il n'ait pas de problème somatique quoi. » Entretien 23

Enfin pour quelques soignants, la surveillance permet d'assurer les soins et les besoins primaires des patients, le soignant devant suppléer le patient en raison de son immobilisation et à cela s'ajoute le fait que le patient n'a pas de sonnette.

Après le type de surveillance que je fais c'est souvent ... de la réévaluation de contention, c'est la principale... chose, c'est ça. » Entretien 27

« Aussi au sens somatique : vérifier qu'il n'attrape pas des escarres, des choses comme ça, ça arrive vite ça. Le risque thromboembolique. Aller régulièrement les voir... voir s'ils arrivent à s'apaiser déjà, car il ne suffit pas de mettre ça en place si ça ne sert à rien, enfin voir si le patient arrive à s'apaiser, s'il n'a pas soif ou... parce que contentonné comme ça tu ne peux rien faire... » Entretien 19

.2.1.3.1.2 L'organisation de la surveillance

Les modalités de la surveillance ont été abordées dans 16 entretiens. La surveillance infirmière est décrite comme régulière et peut même, pour certains soignants, évoquer un soin intensif de par cette fréquence de passage : *« Il faut être assez présent et ça doit être du soin intensif donc tous les quarts d'heures faut aller le voir qu'il manque de rien quoi. » Entretien 23.* L'évaluation médicale est décrite comme fréquente mais moins régulière ce qui permet une prise de distance selon certains soignants : *« Mais avec toujours bien sûr le regard aussi du médecin, qui le voit lui moins souvent, mais qui a peut-être aussi un regard distancié » Entretien 21.* Le médecin échange alors avec l'équipe avant de faire son évaluation. Des limites ont été perçues à cette évaluation médicale : le médecin qui évalue ne connaît pas forcément le patient ; le médecin évaluateur n'est pas systématiquement celui qui a initié et n'a donc pas en tête la situation *« Dans le suivi de contention, ce qui est parfois difficile, c'est suivre une contention qu'on n'a pas mis en place effectivement. » Entretien 22.* Pour finir quelques soignants ont fait référence à un protocole de surveillance en place dans le service et à l'aspect obligatoire de la surveillance.

« Moi dans ma pratique en tout cas, ce que l'on met en place, c'est qu'on est régulièrement auprès du patient. On ne peut pas le laisser contenu et venir une fois toutes les deux heures quoi. Faut vraiment être régulièrement auprès de lui pour reparler, rassurer, » Entretien 14

« On n'a pas été là quand ça a été mis en place, on est toujours entre ce qu'on observe mais aussi, voilà, le médecin référent a décidé que, nous on est là le lendemain, lui il sera le surlendemain, qu'est-ce qu'on fait ? » Entretien 22

.2.1.3.2 L'utilisation des temps de relève

9 entretiens ont abordé la place des temps de relève au cours de cette période. Ce temps semble mis à profit par certains soignants pour essayer d'analyser la situation passée et d'échanger les avis entre chaque soignant. L'objectif peut être alors de comprendre pourquoi les soignants ont été acteurs de la contention et comment parvenir à ce que ça ne se reproduise plus. Pour d'autres c'est l'occasion pour ceux présents sur la situation de d'exprimer leur vécu : *« pour justement que chacun puisse*

exprimer un peu son vécu par rapport à une situation. » Entretien 16. Ce temps est aussi celui de l'échange clinique avec les soignants qui prendront le relais pour s'occuper de la personne sous contention.

« Ils le vivent les soignants qui sont en poste, mais sinon on n'en parle aux transmissions : « on a dû le contentionner parce que voilà, ceci, cela. » puis chacun amène son petit élément » Entretien 19

« Souvent pendant les transmissions, c'est un moment où on fait les transmissions mais on met beaucoup d'humour aussi, pour un peu permettre à tout le monde de faire partir cette tension qui peut y avoir eu après une contention très violente. » Entretien 32

« Ici on a des temps de relève avec temps d'échange assez fort, en équipe, pour justement que chacun puisse exprimer un peu son vécu par rapport à une situation. [...] Qu'est ce qui les a amenés à agir comme ça et de le reprendre en équipe. Des fois certains... ça peut entraîner des débats entre certains membres de l'équipe, donc vraiment d'essayer d'en parler, d'analyser un peu ce qu'il s'est passé, et de voir comment adapter au niveau thérapeutique pour essayer de d'adapter pour plus traiter le patient et avoir moins besoin de la contention physique. » Entretien 16

.2.1.3.3 Les rapports soignant/patient pendant la contention

22 entretiens abordent les rapports et la relation du soignant avec le patient durant cette période, cela a permis de faire émerger les thèmes suivants : *La recherche du contact ; L'explication de la situation ; La prise de distance dans la relation.*

.2.1.3.3.1 La recherche du contact

Ce regroupement thématique, qui se retrouve aussi pendant la mise sous contention, a été abordé au cours de 22 entretiens concernant la période où le patient est sous contention. Tout d'abord la recherche d'une alliance ou d'un contact avec le patient est perçue comme importante pour plusieurs soignants : le lien doit être recréé dès que possible si le patient était inaccessible ; *« la relation avec le patient à ce moment-là elle sera bienveillante » Entretien 20* ; le lien est perçu comme favorisant l'acceptation des soins ; pour certains la création d'un lien permet à l'équipe de se

réapproprier le patient et de mieux accepter la levée des contentions : *« Ce qui va pouvoir être dit pendant ce temps-là, va aussi permettre à l'équipe d'accepter la levée des contentions et d'isolement je trouve. » Entretien 20.* Enfin des soignants perçoivent une possibilité de créer un lien grâce à la mise en place des contentions.

« mais de répéter aussi que ça fait partie malgré tout de la bientraitance, pour accéder à des soins et c'est important. » Entretien 18

« Mais après la contention en soi, ce n'est pas forcément... je ne dis pas qu'elle doit être bénéfique dans chaque situation, ce n'est pas la contention en soi qui est soignante mais c'est qu'elle peut permettre des fois le soin, d'avoir accès au patient et que lui accepte de recevoir les soins. » Entretien 08

Les moyens décrits par les soignants pour reprendre le lien sont : la présence auprès du patient ; l'instauration d'un dialogue centré sur le vécu du patient et différent d'un entretien qui n'est pas à privilégier durant la contention selon certains soignants : *« La vision qu'il a de ce qui s'est passé, parce que souvent voilà on revoit avec eux, c'est la première chose dont on discute. » Entretien 27 ;* des soins de nursing et une relation maternante pour instaurer un lien : *« Là, c'est vrai qu'avec la contention, il va falloir donner à manger, faire des soins de nursing, des choses où on se retrouve vraiment sur un rôle plus maternel. » Entretien 21*

« On ne fait pas non plus un entretien avec le patient attaché » Entretien 13

« Il y a cette approche ; on parlait de rencontre tout à l'heure ; on y va régulièrement pour refaire le lien et que la rencontre se fasse, que l'échange reprenne à nouveau dès que c'est possible. » Entretien 18

.2.1.3.3.2 L'explication de la situation

6 soignants ont mis en avant leur volonté que le patient comprenne la situation. Pour eux l'explication au patient doit se faire pendant la contention si cela n'a pas pu être fait avant. Il est important que le patient l'entende selon eux et d'expliquer la mesure au patient en particulier pour qu'il ne vive la mesure comme une punition.

« Parfois on n'a pas la possibilité de leur expliquer, on contentionne et après on explique,

mais il y a toujours une explication. » Entretien 19

.2.1.3.3 La prise de distance dans la relation

Une prise de distance dans la relation de la part du soignant a été retrouvée dans 5 entretiens. Cette volonté de prendre de la distance est souvent associée à la violence antérieure du patient.

« Donc je me suis mis en retrait de sa prise en charge le temps de la contention et même un peu après, jusqu'à ce qu'il sorte du service. » Entretien 15

« Quand il a été contentonné, j'ai continué à m'occuper de lui mais bon vu ce qu'il s'était passé, je ne me suis quand même pas trop investi, mais pas tant en lien avec la contention elle-même que par rapport au passage à l'acte qui avait eu et qui était vraiment violent. » Entretien 21

« J'utilise l'entretien, cette relation qui va se créer avec le patient, en présence des infirmiers, pour aider aussi l'équipe à ré apprivoiser le patient, après ce qu'il s'est passé. » Entretien 20

.2.1.3.4 Le vécu des soignants pendant la surveillance

20 soignants ont évoqué un vécu propre à la période où le patient est contentonné. Ainsi les ressentis retrouvés sont : *Des difficultés dans le positionnement des soignants* et *Une image de vulnérabilité associé au patient.*

.2.1.3.4.1 Des difficultés dans le positionnement des soignants

15 soignants ont évoqué que leur position de soignant est difficile face au patient contentonné : sentiment de culpabilité associé au déroulement de la situation qui a amené à la contention ; sentiment de ne pas avoir tout fait : *« Mais on est mal quoi, on est mal... Je veux dire ou on n'a pas l'impression d'avoir tout fait. » Entretien 05* ; sentiment d'échec face au patient sous contention : *« on la voit souvent comme un échec. » Entretien 01.*

« En effet, le fait de le voir ici dans cette chambre d'isolement, contentonné, en sachant en

plus comment les choses s'était passées la veille, voilà il y avait déjà un petit sentiment de culpabilité quand même du fait que la mise en hospitalisation d'office n'a pas pu se faire plus tranquillement. » Entretien 04

Cette difficulté peut venir aussi dans le fait que le soignant se voit comme celui qui a privé de liberté le patient qui peut lui renvoyer un rôle coercitif : *« au début j'avais l'impression de ressembler à un maton. » Entretien 30.*

« La perte de liberté, elle était extrême. Il ne pouvait même plus bouger, c'était vraiment... Comme s'il était ligoté sur le lit, il était comme une statue, il ne pouvait plus bouger. Tu vois c'était vraiment l'extrême de la contention, vraiment il ne pouvait plus bouger du tout ; » Entretien 17

« Il y a des soignants qui peuvent avoir une vision très coercitive de ce qu'ils font. » Entretien 31

Etre face au patient attaché peut renvoyer à certains un vécu de domination, du fait du pouvoir de décision sur le patient et de l'image de soumission que peut renvoyer le patient, ce qui n'est pas en accord avec l'attitude bienveillante que voudrait avoir le soignant : *« ... enfin j'ai envie de montrer dans la relation que je suis bienveillante et que justement on n'est pas dans cette domination. » Entretien 19*

« après c'est du ressenti : c'est de la soumission extrême, c'est-à-dire moi je suis debout, lui il est allongé, à pas pouvoir bouger. » Entretien 22

Certains soignants ont décrit un processus d'empathie ou de projection.

« Parce que rester contentionner sur un lit, enfin en fait tu projettes un peu quoi. Après tu n'es pas dans leur état psychique mais quoi... bon quand même tu te projettes forcément un peu à la place du patient qui est attaché au lit, c'est dur quoi. » Entretien 27

« Et puis, moi je dirai, il doit y avoir ce surplus de... presque d'empathie, qui se fait automatiquement. Enfin c'est comme ça que moi je le vis, qu'il est contentionné, c'est déjà compliqué d'être en iso mais en plus il est contentionné, donc même s'il a été agressif, même s'il a été ingérable, insupportable, agaçant au possible, voir effrayant, là il est position de faiblesse et de fragilité vraiment » Entretien 21

.2.1.3.4.2 Une image de vulnérabilité

8 soignants ont mis en avant une image de vulnérabilité face au patient sous contention. Certains soignants décrivent le patient comme vulnérable et ont le vécu d'être responsable du patient immobilisé ou encore vivent la contention comme humiliante.

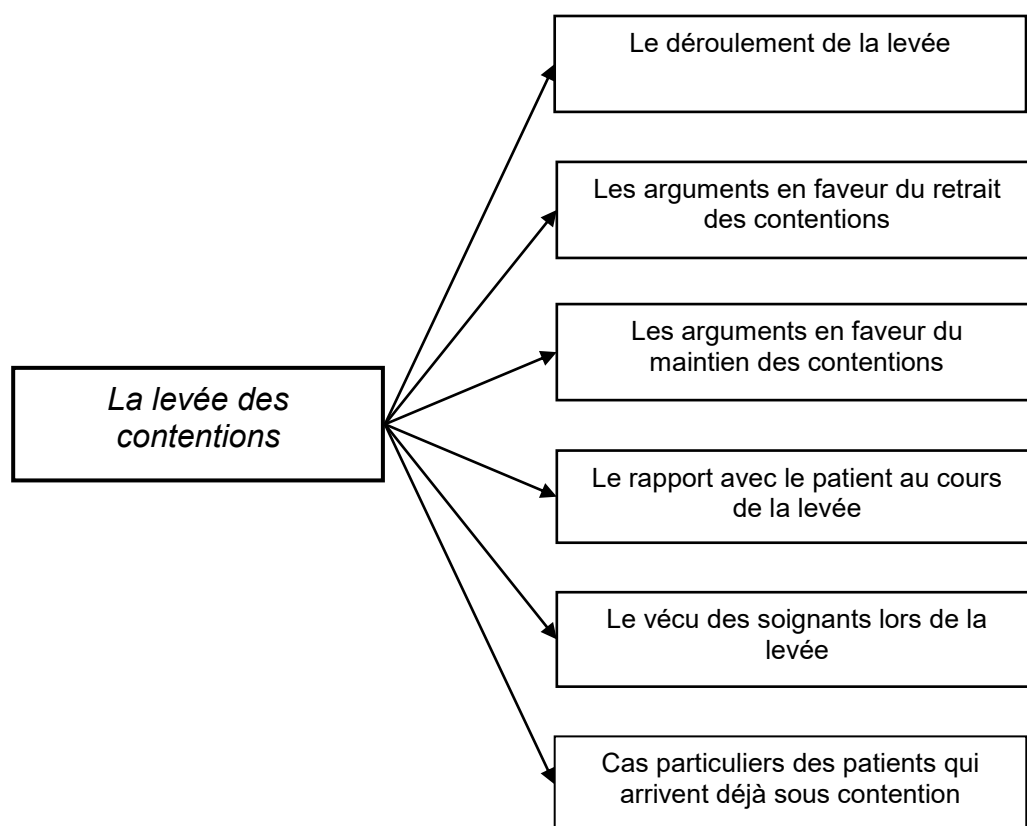
*« Ben c'est plus difficile parce que bon voilà ils sont complètement dépendants de nous... »
Entretien 23*

« Je trouve qu'il y a quelque chose quand même toujours un peu rabaissant et un peu humiliant, » Entretien 04

.2.1.4 La levée des contentions

La totalité des entretiens ont abordé la levée des contentions. Il a pu ainsi être identifié les thématiques suivantes : *Le déroulement de la levée ; Les arguments en faveur d'un retrait des contentions et Les arguments en faveur d'un maintien des contentions ; Le rapport avec le patient au cours de la levée ; Le vécu des soignants lors de la levée ; et Le cas des patients qui arrivent déjà sous contention.* Les thématiques sont présentées par la figure 5.

Figure 5



.2.1.4.1 Le déroulement de la levée

Cette partie présentera les différentes étapes de la décontention qui ont émergé à l'analyse des entretiens.

.2.1.4.1.1 Le processus de décision

23 soignants ont fait référence au processus de décision qui a amené à lever la contention. La décision a été prise par le médecin que ce soit au cours de l'évaluation médicale ou après selon certains participants. La discussion entre le médecin et l'équipe infirmière pour la levée des contentions a pu aussi être discutée avant l'évaluation médicale. La démarche de vouloir retirer les contentions est d'ailleurs perçue par une grande partie des soignants comme une démarche active qui inclut toute l'équipe soignante : les infirmiers viennent solliciter le médecin pour

lever les contentions : *« quand il n'y a pas le médecin sur place, quand c'est l'interne de garde, on appelle et on dit : « là, je pense qu'on peut commencer à décontenancer parce qu'elle est posée. » » Entretien 07* ; des médecins mettent en avant que leur décision s'appuie sur l'avis et l'évaluation de l'équipe ; pour d'autres le processus doit être pensé dès la mise sous contention et à chaque surveillance. Il a été retrouvé des contentions qui ont été levées par les infirmiers et secondairement validées par le médecin : *« Donc on ne l'a pas rattachée, on ne l'a pas recontenancée, et après on en a reparlé avec le psychiatre quand elle est arrivée » Entretien 19*. Cette pratique est souvent associée aux patients qui sont mis sous contention régulièrement dont la décontenance est décrite comme plus rapide et ritualisée.

« Souvent, enfin la plupart du temps ça se fait naturellement, c'est-à-dire qu'on arrive à tomber d'accord : « Bon on va faire l'entretien médical, si on le sent, on va pouvoir décontenancer ». Et bien des fois c'est un peu plus difficile, c'est-à-dire : on quitte la chambre et puis on rediscute de comment on peut aménager les choses pour que tout le monde puisse se sentir confortable dans cette situation. Donc c'est une discussion d'équipe. » Entretien 22

« Il y a une fois où les infirmiers m'ont interpellé aussi sur une contention qui avait eu lieu, en me disant : là je pense que c'est vraiment bon, on peut lever la contention. Donc sur une démarche active, si tu veux, l'équipe sur la question de la levée de la contention. » Entretien 24

« Lui c'était toutes les nuits qu'on le contenait. [...] On savait qu'il fallait qu'on aille le voir en priorité parce qu'il avait besoin de suite qu'on s'occupe de lui, donc voilà c'était notre priorité. On a dit : on va le voir lui parce qu'on savait qu'il était attaché, qu'il fallait le détacher, qu'il ne pouvait pas rester attaché comme ça encore plus longtemps. » Entretien 17

Le processus de retrait des contentions peut aussi inclure un contrat avec le patient et il a été retrouvé quelques entretiens qui mettaient en avant l'annonce au patient de la levée de la mesure avec la notion de décision d'équipe présentée au patient et parfois des demandes à sa participation pour qu'elle se déroule calmement. Le patient étant généralement présenté comme le premier à demander la fin de la mesure.

« On la prévient : « on va te retirer les contentions, est-ce que tu es calme, est-ce que tu ne

vas pas nous refaire ce genre de truc » et généralement ça se passe bien. » Entretien 13

« On va commencer par mettre un peu de mou, on va commencer par enlever deux en diagonale, et puis après ça va être des contrats : on va arrêter les contentions, mise en place du traitement et puis comme ça, ça va s'élargir au fur et à mesure. » Entretien 03

.2.1.4.1.2 La dimension progressive

21 soignants ont intégré une notion de progressivité dans le déroulement du retrait des contentions. Cette dimension pouvait être associée à des temps d'évaluation du patient présentés comme systématiques avec la mise en avant d'une évaluation des interactions pour pouvoir amorcer le processus de décontention.

« Il y a une forme d'évaluation de la personne, au moins de la tension interne, si elle entend bien... Voilà... Si elle n'est pas ultra sthénique, ultra menaçante et suffisamment apaisée par la contention et le traitement. » Entretien 12

La dimension de progressivité est aussi illustrée par la possibilité de faire des essais de décontention, sur des temps de soins primaires comme les repas ou les toilettes et au bout desquels le patient est de nouveau mis sous contention, bien que quelques soignants disent ne pas remettre les contentions si l'essai s'est bien déroulé.

« Ça se passe en règle générale ça se passe progressivement. Souvent on détache, on enlève les contentions pour le patient quand il veut aller aux toilettes, là déjà on voit un petit peu comment il interagit avec nous et après petit à petit on enlève les contentions. » Entretien 15

« qu'on lui explique que on va faire cet essai-là, on va commencer ; souvent c'est sur les temps de toilette, au repas ; si ça se passe bien, on va pouvoir élargir. » Entretien 20

Pour finir il a été évoqué dans certains entretiens un retrait des contentions en plusieurs fois, avec la libération d'un ou deux membres dans un premier temps. Cette façon de procéder n'est pas retrouvée systématiquement car à l'inverse des soignants ont exprimé une décontention totale dès la décision prise en raison d'un risque pour le patient.

« C'est-à-dire que tu peux contenir le mec et puis ça se passe bien, et que y'a une espèce de truc cliniquement ou tu n'es pas sûr, tu peux dé-contentionner progressivement aussi. Voilà, mais c'est aussi une manière de pouvoir assouplir. » Entretien 06

« On lui dit « bon je vous détache les mains pour le repas, pour fumer mais il faut que ça se passe bien ». Entretien 23

« Soit on enlève tout, soit on laisse tout. » Entretien 08

.2.1.4.1.3 Le devenir immédiat du patient

12 soignants ont décrit les consignes immédiates prises après la décontention. Quelques participants décrivent que le patient est raccompagné sur le groupe : *« on la réaccompagne un petit peu pour qu'elle se réinvestisse dans le groupe. » Entretien 18.* Il est décrit plus fréquemment un maintien en chambre d'isolement ou en zone fermée : *« le patient se réveille, alors généralement en iso quand même, donc il est enfermé et sécurisé » Entretien 09.* Pour certains soignants la remise en place des contentions est possible si cela s'avère nécessaire : *« en sachant que ça peut être du provisoire et qu'on doit être amené à le recontentionner... 2h après quoi s'il faut. » Entretien 23.* D'autres soignants préfèrent attendre plutôt que de revivre une mise sous contention, remettre une contention étant vécu difficilement ou comme un échec pour certains soignants.

« Ce qui est vécu par contre comme une défaite ou une déception, c'est quand on se dit : on va le tenter, on va voir le patient, on le décontentionne et quand on s'aperçoit que le patient n'est pas prêt ou que ça ne va pas être possible. Là pour le coup c'est plus difficile. » Entretien 07

« Je préfère vivre une décontention qu'une contention. Après il faut quand même évaluer le patient, il faut regarder, il ne faut pas tout détacher et puis se rendre compte qu'on a fait une bêtise et que le patient se remet en danger et qu'après il va falloir recommencer la contention, lui sauter dessus. Je veux dire je préfère prendre mon temps, bien évaluer. » Entretien 17

.2.1.4.2 Les arguments en faveur d'une décontention

29 participants ont décrit des critères de décontention au travers des situations

racontées. Tous ces critères, qui ne sont pas exhaustifs, ont pu faire l'objet des regroupements thématiques suivants : *Les arguments liés à la présentation du patient* ; *Les arguments liés à l'équipe* ; et *Les arguments liés à l'environnement*.

.2.1.4.2.1 Les arguments liés à la présentation du patient

Il sera présenté, au travers de ce regroupement thématique, construit à partir de 27 entretiens, tous les critères cliniques apparus lors de l'observation clinique du patient et perçus par les soignants.

Tout d'abord une grande partie des soignants a mis en avant une dimension d'apaisement : « *L'apaisement du patient, plus de risque à l'acte auto ou hétéro-agressif.* » *Entretien 08*. Pour certains soignants, cela s'apparente à une diminution de l'agressivité, pour d'autre à la fin de la crise : « *Dès la fin de la crise, faut penser à lever les contentions.* » *Entretien 01*. Au sein de quelques entretiens, la levée des contentions signifie que le patient est apaisé : « *quand on retire la contention, c'est que les patients se sont calmés.* » *Entretien 18*, et doit apparaître sur une durée prolongée : « *Parce que ça fait assez longtemps qu'il les a* » *Entretien 30*. Il est pris en compte si le patient renvoie une sensation d'apaisement. L'endormissement du patient est synonyme de décontention dans le discours de certains soignants.

« *Voir s'il est... descendu d'un ton... de différentes modalités, que ce soit dans son intentionnalité suicidaire, dans la menace hétéro-agressive, ou dans son excitation.* » *Entretien 10*

Les autres arguments retrouvés sont : une reprise du contact ou une amélioration de la relation avec le patient ; la compréhension de la mesure de contention et des troubles qui y ont conduit : « *Si la personne est en mesure de comprendre ça, et bien c'est qu'on peut y aller* » *Entretien 20* ; l'acceptation des soins a aussi été citée : « *là je pense qu'on peut le décontentionner parce que je pense qu'il est relativement apaisé et bien compliant.* » *Entretien 09*.

« *C'est vraiment l'équipe qui évalue en fonction de l'apaisement, de l'effet concomitant des psychotropes, si la personne est mieux dans la relation, ou souvent au niveau des repas.* » *Entretien 16*

.2.1.4.2.2 Les arguments liés à l'équipe

17 entretiens ont permis de faire ce regroupement thématique qui inclut les arguments basés sur des évaluations, des perceptions ou encore des actions soignantes. Ainsi les arguments retrouvés sont : la perception par les soignants d'une diminution du danger qui peut être associée à des réflexions autour de la balance bénéfices/risques : *« ce qu'on va pouvoir percevoir du risque qu'il va présenter si on lève les contentions » Entretien 27* ; la mise en place par les soignants d'un traitement perçu comme efficace : *« c'est vraiment l'équipe qui évalue en fonction de l'apaisement, de l'effet concomitant des psychotropes, si la personne est mieux dans la relation. » Entretien 16* ; ou encore la connaissance du patient utilisé pour déterminer les temps de contention nécessaires et le moment de les retirer : *« on savait qu'il fallait attendre deux/trois heures et on savait que c'était bon. » Entretien 04*

« Moi je pense que les infirmiers en effet si à un moment sont inquiets physiquement par rapport à un patient [...] je me dis qu'ils peuvent contacter un médecin dans l'unité assez rapidement. Je pense que la question c'est la balance bénéfice/risque, je pense qu'à un moment ils peuvent prendre la liberté de dé-contentionner en appelant un médecin rapidement. » Entretien 04

.2.1.4.2.3 Les arguments liés à l'environnement

Dans la sous-catégorie *Avant la contention*, il a été vu que l'environnement pouvait participer à la décision de contention. Il a été retrouvé dans le discours soignant que des locaux sécurisés et avec un nombre suffisant de soignants permettent une meilleure surveillance, d'être plus contenant pour le patient et ainsi une décontention des patients en particulier s'il y a un risque de fugue : *« Plus rassuré de le maintenir contentonné au départ, dans le temps qu'il n'est pas dans le service fermé, plutôt que de le laisser libre. » Entretien 07*. L'utilisation des caméras de surveillance a été décrite comme favorisant la surveillance et permettant une décontention plus précoce par quelques soignants.

« alors qu'une fois qu'il arrive dans le secteur fermé, on va enlever les contentions, parce que les locaux permettent d'éviter la fugue, parce que le nombre de personnel soignant permet une surveillance aussi accrue. » Entretien 09

« On y va une première fois, on essaye de discuter, on regarde comment il se pose et puis on a la vidéo-surveillance, qui nous permet de ... de voir exactement ce qu'il se passe... et si jamais on ne le sent pas, à un moment on se dit : je crois qu'on ne va pas pouvoir se passer de contention et « cloc », là ça s'enclenche. » Entretien 10

.2.1.4.3 Les arguments en faveur du maintien de la contention

Si une grande partie des soignants ont mis en avant des arguments pour lever la contention, 19 participants ont décrit des critères qui ont amené à maintenir la contention dans la situation. Ces arguments ont fait l'objet des regroupements thématiques suivants : *Les arguments liés à la présentation du patient ; Les arguments liés à l'équipe ; et Les arguments liés à l'environnement.*

.2.1.4.3.1 Arguments liés à la présentation du patient

15 soignants ont présenté des arguments liés à leur évaluation clinique du patient. Ces critères sont les suivants : la persistance d'une agitation en particulier si l'intensité est toujours forte et ou s'il y a une dimension de perte de contrôle : *« Déjà il y a ça, si on la sent vraiment trop agitée, bien sûr qu'on ne va pas pouvoir les enlever. » Entretien 20* ; la perception d'une tension : *« Où on voit le patient qui est soit encore tendu là on se dit on va encore attendre un petit peu avant de lever complètement la contention » Entretien 15* ; l'endormissement peut être mis en avant comme motif pour laisser un patient contentonné afin de ne pas le réveiller ; des attitudes agressives dans le comportement du patient, que cela soit des insultes ou des menaces ; un lien insuffisant, la persistance du délire et l'absence de critique ont été chacun cités par un soignant.

« Donc il s'est endormi et c'est vrai que l'indication était de retirer la contention, fait par l'interne, et les filles ont vu qu'il dormait donc elles ont décidé de patienter jusqu'à ce qu'il se réveille, pour ne pas le déranger. » Entretien 03

« Donc c'est là où il faut repenser et voir est ce qu'il est encore trop agité et qu'il faut maintenir cette contention parce que, il n'est pas encore en état de se contrôler

suffisamment lui-même. » Entretien 21

.2.1.4.3.2 Arguments liés à l'équipe

4 entretiens ont mis en avant des situations où les contentions n'ont pas été retirées en raison d'arguments venant de l'équipe : des difficultés à évaluer et à se positionner face au patient en raison du manque d'antériorité ou du passage à l'acte considéré comme lié au comportement et non à un trouble psychiatrique : « *il est resté contentonné tout ce temps-là, n'ayant jamais pu avoir une discussion avec lui.* » Entretien 10 ; une perception de danger : « *tu rajoutes aussi...une espèce d'échelle de risque, y compris de dangerosité* » Entretien 10 ; des médecins ont mis en avant que la contention n'a pas pu être levée en raison de réticence de l'équipe, des raisons de confort pour le personnel étant souvent associé à cette réticence.

« *Après, moi, je sais qu'il y a des fois où je n'ai pas levé la contention, le jour de mon évaluation, mais j'ai pris un peu de temps, parce qu'il y avait trop de réticence de l'équipe, et qu'il fallait aussi qu'eux soient OK pour ça, parce que sinon ça allait mal se passer, le patient était encore de toute façon instable, et c'est vrai qu'il faut que ça puisse être suffisamment contenant pour lui, quand la contention est levée.* » Entretien 22

« *Je ne suis pas sûr que l'équipe de nuit, s'est posée la question de savoir s'il fallait lever la contention deux heures après l'avoir posée, et je pense qu'il y avait quelque chose de l'ordre du confort et de la sécurité, qui a dû participer au fait qu'ils ne se posent pas de question et qu'ils disent : bon on va attendre demain matin, il y aura plus de monde s'il se réagit et cetera.* » Entretien 24

.2.1.4.3.3 Arguments liés à l'environnement

Outre les critères de sécurité des locaux, la nuit a été perçue par 3 soignants comme un argument environnemental faisant que l'équipe est moins dans une démarche de décontention. Les explications données sur ces situations sont un effectif soignant pas assez nombreux pour réagir à une nouvelle situation de crise et une perception du danger plus importante la nuit.

« *Mais sur la levée des contentions, je m'étais fait le même constat à x, sur le fait que t'arrive le matin et personne ne s'est posé la question, pendant les transmissions de savoir si on*

pouvait lever la contention pendant la nuit [...] qu'ils disent : bon on va attendre demain matin, il y aura plus de monde s'il se réagit et cetera. » Entretien 24

.2.1.4.4 Le rapport avec le patient au cours de la levée

12 soignants ont abordé les rapports avec le patient au cours de la levée des contentions. Le discours de certains soignants met avant que la décontention se fait avec un échange avec le patient avec la dimension de maintenir un lien et d'échanger sur la situation : *« Oui dès le retrait, si le patient est accessible, on en parle tout de suite. » Entretien 05.* Pour d'autres le retrait peut marquer une évolution dans la relation, dans le sens où la levée de la mesure peut permettre de travailler la relation et de favoriser l'alliance : *« Et puis après, lui aussi il était content qu'on vienne le détacher... nous aussi d'un côté, on était content aussi [...]. Il y avait une communication qui s'était instaurée. » Entretien 17.* Quelques soignants vont jusqu'à parler d'un renouveau dans la relation au cours du retrait des attaches.

« Ils le font bien aussi dans l'autre unité où je suis, ça se passe aussi avec du temps et de la parole. Il ne s'agit pas d'arrêter, de dévisser tout et cetera. » Entretien 18

« Mais pour les contentions mécaniques, c'est un peu un renouveau de la relation avec le patient, quand on lui enlève les contentions mécaniques au lit, oui. » Entretien 30

.2.1.4.5 Le vécu des soignants lors de la levée

.2.1.4.5.1 L'existence d'un vécu positif

Parmi les soignants, 15 ont présenté des vécus positifs de la situation avec les thématiques suivantes : un vécu d'apaisement relié à l'apaisement du patient : *« Moi ça m'apaise déjà : « ouf on arrête la contention » et après souvent le patient est apaisé. » Entretien 32,* le déroulement des décontentions ou encore à la fin de la crise pour le patient : *« Un peu une forme de soulagement de me dire : on a peut-être passé une crise. » Entretien 16 ;* un soulagement du fait que la présentation du patient se soit amélioré ou qu'il n'y ait plus de contention : *« je pense que autant que pour le patient, il y a ce côté où pour moi c'est un soulagement. » Entretien 31 ;* un vécu d'efficacité : *« je le vis comme un traitement qui agit, qui est efficace... » Entretien 07 ;* ou encore un vécu de

libération qui peut être considéré comme partagé avec le patient mais pour certains n'existe que s'ils sont en accord avec la mesure.

« On va dire que c'est un vécu qui est un peu plus agréable que lors de la mise des contentions, puisque pour moi, enlever les contentions, c'est synonyme un peu d'apaisement, donc synonyme que la crise est passée, qu'on a bien... » Entretien 05

« Donc c'est un peu à double tranchant, soulagement d'un côté quand je sens effectivement que le patient est bien apaisé, ou bon on teste, on va voir, est ce que ça va vraiment être bien, est ce que ce n'est pas trop tôt ? Est-ce que ? » Entretien 21

.2.1.4.5.2 L'existence d'un vécu négatif

9 entretiens ont rapporté que la levée des contentions peut être associée à des vécus négatifs. Tout d'abord, des soignants ont mis en avant une dimension de peur autour de la levée des contentions avec une crainte de l'équipe de ce qu'il va se passer après.

« La décision de décontenionner, amène un mouvement forcément de l'équipe, qui inquiète de la manière dont ça va se passer. » Entretien 22

« Enfin moi je me dis : ça y est ! On le... alors, on le libère quand je suis d'accord avec la décision de le décontenionner. C'est plus : on le relâche quand je ne suis pas tout à fait d'accord ou que je trouve qu'il y a encore un risque, » Entretien 21

Cette crainte peut aussi être associée à la perception d'une dimension psychopathique du passage à l'acte donnant le sentiment que le patient ne va rien en tirer. A la crainte s'ajoute un vécu difficile à remettre en place une contention, ainsi certains soignants préfèrent prendre leur temps avant de les lever : *« on va attendre un peu quand même, de ne pas le détacher pour le réattacher une minute après. » Entretien 32.* D'autres soignants ont un vécu d'interrogation sur la levée de la mesure plus qu'un vécu de peur, la perception de la nécessité de mettre fin à la mesure le patient se fera pour eux à distance : *« mais bien souvent j'avais cette impression là et je me suis trompé et c'était très bien et il fallait le décontenionner. » Entretien 21.*

« C'est des PAA pseudo-psychopathique, enfin pseudo-psychopathique parce que voilà, c'est sous-tendu par plein de chose. [...] Après, c'est pour ça que c'est difficile, le bénéfice

qui peut en être tiré, c'est bien ça qui rend difficile la levée. » Entretien 21

.2.1.4.6 Cas particulier des patients qui arrivent déjà sous contention

Dans 10 entretiens est apparue la situation d'un patient qui arrive sous contention dans le service. Tout d'abord, les soignants ont mis en avant l'absence d'information sur le motif ou le contexte de contention du patient ainsi que sur les soins déjà mis en place. Un sentiment de risque est associé à ce patient sans que le soignant en connaisse l'origine.

« Quand le patient arrive contentonné, par ambulance ou accompagné par la police, dans ce cas-là, on le laisse contentonné le temps qu'il ait vu le médecin, mais ça c'est autre chose : comme on attend d'avoir l'avis, en tant qu'infirmier on le laisse, on maintient la contention jusqu'à que le patient ait été vu, parce qu'on ne sait pas trop ce qui s'est passé, d'autant plus si le patient nous parle pas. » Entretien 08

« Le patient va arriver contentonné, donc nous on va le recontentionner parce qu'on ne le connaît pas et qu'on ne veut prendre aucun risque, et qu'on veut une évaluation avant, et l'évaluation peut prendre du temps, enfin le début de l'évaluation peut prendre du temps entre l'arrivée du patient et le début de l'évaluation médicale. » Entretien 09

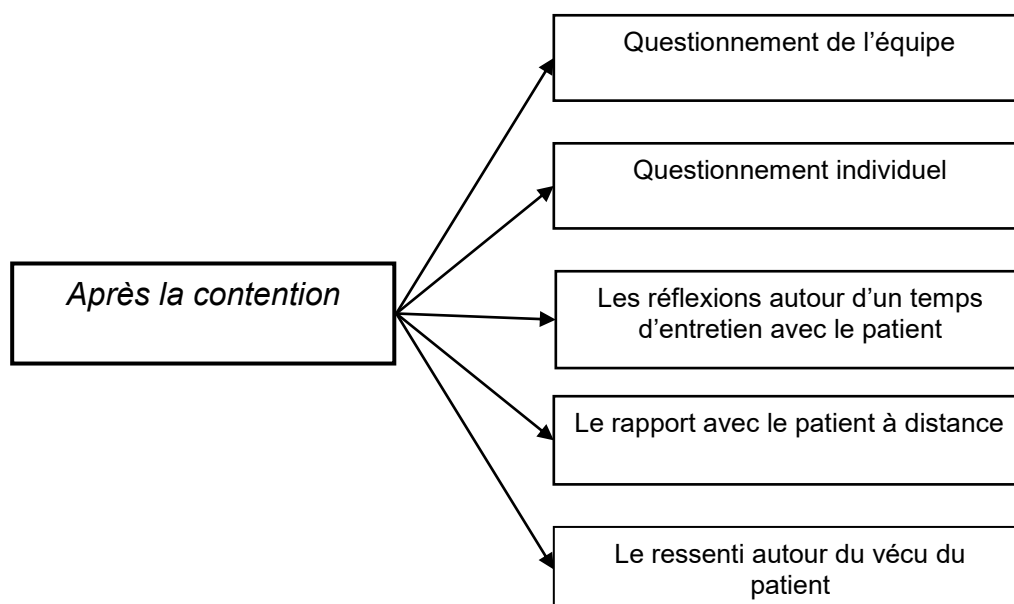
Les contentions sont décrites comme maintenues jusqu'à ce qu'une évaluation médicale soit mise en place ou s'il y a la nécessité d'une surveillance accrue avant de lever la contention ou d'une prise de contact avec le patient. La levée de la contention est présentée comme une priorité par certains soignants avec la mise en place d'un traitement.

« Après si la personne est vraiment ultra tendue euh.... Comment dire on décontentionne pas, enfin moi je ne décontentionne pas sans avoir euh... Rencontré la personne lui avoir dit qui j'étais, quels étaient mes intentions enfin de m'être présenté quoi. » Entretien 12

.2.1.5 Après la contention

La description de la situation après le retrait des contentions et à distance de la contention a été abordée par 31 participants. Après l'examen de ce corpus les résultats concernant cette sous-catégorie seront détaillés au travers des thématiques suivantes : *Questionnement de l'équipe* ; *Questionnement individuel* ; *Les réflexions autour d'un temps d'entretien avec le patient* ; *Le rapport avec le patient à distance* ; et *Le ressenti autour du vécu du patient*. Le plan est présenté par le figure 6.

Figure 6



.2.1.5.1 Questionnement de l'équipe

16 entretiens ont fait référence à un questionnement de l'équipe sur la situation à distance de la contention, mettant en avant une nécessité que la contention soit rediscutée en équipe et ce malgré les difficultés que les soignants peuvent rencontrer pour y arriver.

.2.1.5.1.1 Nécessité de parler de la situation

L'importance et la nécessité que l'équipe travaille à distance de la situation a été présentées par 14 soignants. Les intérêts mis en avant par les participants de réaliser un retour sur la situation sont : de chercher à ne pas savoir comment l'équipe aurait pu faire autrement : *« je pense que c'est très important de pouvoir en discuter entre collègue, pour dire ce qui a été, ce qui n'a pas été, est ce qu'on n'aurait pas pu faire autrement. » Entretien 05* ; de réfléchir et de discuter l'objectif de la contention de manière plus généralisée dans le service et tout au long d'une situation de contention : *« c'est quelque ce qui est important dans les services où on peut être amené à utiliser la contention physique, c'est la discussion en équipe » Entretien 15* ; de répondre à un besoin des soignants de livrer leur vécu : *« plus je suis en difficulté, c'est mon échelle, je sais que, voilà, dans les heures qui viennent je vais lancer la discussion avec les collègues » Entretien 10* ; de permettre d'éviter la banalisation de la contention.

« Après je pense que c'est très important de pouvoir en discuter entre collègues, pour dire ce qui a été, ce qui n'a pas été, est ce qu'on n'aurait pas pu faire autrement ? Est-ce qu'on a bien fait ? Parce que je pense non plus qu'il faut que ça devienne quelque chose de classique. » Entretien 05

.2.1.5.1.2 Difficultés à pouvoir en parler

Si la discussion en équipe paraît importante à certains soignants, des difficultés à travailler la situation et le vécu de chacun en équipe ont été mis en avant. Tout d'abord le travail de débriefing de la situation n'est pas systématique comme l'ont explicité certains soignants en raison de plusieurs facteurs : la mise en place d'un temps de travail en équipe dépend des habitudes de service : *« C'est vrai que sur l'X on en faisait assez régulièrement parce que l'on rediscutait de la contention. » Entretien 15* ; elle dépend de la position du service par rapport à la contention ; et pour certains services elle n'est mise en place qu'en cas de gravité de la situation de contention comme un trouble somatique grave ou une forte agression : *« Quand il y a de grosse agression il y a une réunion de post événement. » Entretien 28*. A ces critères repérés pour expliquer les difficultés d'un service s'ajoute des difficultés plus individuelles comme : le fait que la critique de la contention peut être mal perçue par certains soignants comme l'ont noté certains participants ; il a été décrits que des

soignants mettent à distance la situation en raison de leur vécu dès la situation et même à distance : « *Quand les gens sont pris d'émotion c'est extrêmement difficile de leur expliquer cliniquement pourquoi tu ne vas pas contenir.* » Entretien 06 ; certains participants ont le sentiment que les soignants peuvent mettre en œuvre des mécanismes défensifs par rapport à la situation.

« *Et c'est un travail même sur toute la vie de l'institution, parce que, mais c'est vrai je le pense, que c'est un processus qui tire ses origines dans l'histoire de la Psychiatrie, qui débute avec les valeurs de l'institution, avec les événements institutionnels, malheureux ou heureux.* » Entretien 20

« *Et puis après, en parler avec ses collègues, mais là encore, il y a des postures très différentes : parfois le jour même c'est difficile d'en parler, parce que tout le monde est un peu sous, enfin quand je dis le choc, sous... on est content de s'être débarrassé de ce truc. Il faut y revenir après et puis il y a certains collègues qui vont être plus sur un mode défensif, en se disant : « bon, c'est normal, il fallait le faire, terminé, on n'en parle pas. »* Entretien 21

« *Comme une mise en accusation de... Le fait de poser la question à distance sur comment on a fait et est ce qu'on aurait pu agir autrement ça peut être vécu comme... Le fait qu'on dise qu'il aurait fallu faire autrement. [...] On a un vécu négatif, qu'en plus se repose la question : « est ce qu'on a bien fait ? Est-ce qu'on aurait pu faire autrement ? » C'est aussi des réactions plutôt défensives par rapport à ça »* Entretien 26

.2.1.5.2 Questionnement individuel

Après la discussion en équipe, 10 soignants ont pu livrer leur ressenti sur un questionnement individuel à distance de la situation de contention. Il a pu être fait les regroupements thématiques suivants : *Mettre du sens à la contention* et *S'interroger sur la relation au patient*.

.2.1.5.2.1 Mettre du sens à la contention

Pour 7 soignants le questionnement vise à prendre du recul et à s'interroger sur les motifs de contention sur la situation et de manière plus générale. L'action de mettre du sens à la contention permet ainsi de se protéger d'un sentiment de culpabilité.

« Moi je pense aujourd'hui, savoir un petit peu pourquoi je le fais et comme je te le dis, ça m'empêche d'avoir de la culpabilité, et voilà mais ce n'est pas le cas pour tout le monde. »
Entretien 09

.2.1.5.2.2 S'interroger sur la relation au patient

Pour 10 soignants, il y a un questionnaire sur les interactions mises en place lors de la gestion de la situation qui peut être associé à une réflexion sur la manière de rester en relation avec le soignant tout au long du processus et à s'interroger si la violence n'a pas été induite par le soignant. Enfin pour quelques soignants ce travail individuel sur la relation avec est aussi l'occasion de s'imaginer le vécu du patient :
« Depuis un certain temps, je me questionne davantage aussi sur le vécu du patient. »
Entretien 29.

« On va dire que c'est un peu le questionnaire que j'essaye... général. Là ça m'avait marqué parce que c'était ce début d'accroche, où la situation semblait s'être un peu débloquée, je m'étais dit bon, on avait franchi le premier pas, est ce qu'on aurait pu continuer, mais après, oui c'est quelque chose que j'essaye... » Entretien 13

« A un moment donné, ça ne va pas être immédiat, mais tu vas te questionner mais pourquoi finalement je fais ça. [...] A quel moment derrière tu vas pouvoir ... créer du lien, créer de l'alliance, à quel moment tu vas pouvoir l'aider à cheminer dans sa maladie s'il en a une. »
Entretien 27

.2.1.5.3 Réflexions autour d'un temps d'entretien avec le patient

La question autour d'un entretien avec le patient après la contention a été abordée au cours de 30 entretiens. Les regroupements thématiques qui ont pu en être extraits sont : *La volonté de reprendre la situation ; La volonté de donner un espace de parole au patient ;* et le fait que *La contention est peu reparlée avec le patient.*

.2.1.5.3.1 La volonté de reprendre la situation

L'action de reprendre la situation et de vouloir expliquer les enjeux de la contention

au patient se retrouve régulièrement tout au long de la situation comme il a été déjà vu précédemment, mais c'est à distance de la contention que cela a été le plus rapporté avec 20 soignants qui l'ont abordé à ce moment de la situation. Une grande partie des soignants reprend la situation auprès du patient en lui expliquant les motifs de la contention : *« que vraiment donner du sens, c'est lui expliquer le pourquoi on fait ça » Entretien 28*. Pour cela il peut être présenté au patient son état autour de la contention : *« Donc moi j'essaye de leur renvoyer leur état. Donc des fois ils ne sont pas conscients qu'ils étaient dans cet état de crise » Entretien 05* ; le soignant peut aussi renvoyer son vécu sur la situation : *« Alors on lui dit « Nous on a fait ça, on était obligé hein sinon vous auriez fait ça. Ça, vous comprenez bien qu'on a eu peur quand même ! » » Entretien 25* ; d'autres présenteront la mesure comme une nécessité ou une obligation dans la situation et pour finir d'autres présenteront la mesure au travers de l'objectif de protection : *« j'essaye de faire comprendre au patient que c'est pour lui, enfin pour lui ou pour protéger les autres aussi. » Entretien 14*. A cette occasion certains soignants cherchent à montrer les effets qu'ont eues la contention sur son état et son comportement. Au travers de cette volonté de reprendre la situation avec le patient, apparaît pour ces soignants l'intérêt de mettre du sens par rapport à la contention : pour certains cela permet de faire comprendre au patient la situation, pour d'autres cela permet de travailler le vécu de punition que peut avoir le patient, enfin une partie des soignants pense que la relation avec le patient serait impactée si la situation n'est pas reprise.

« en rediscuter en entretien : « il s'est passé ça, on a dû vous contenir, est ce que vous vous en souvenez ? Est-ce que vous avez compris ? On a essayé de faire ça, ça, ça avant qui n'a pas fonctionner. » » Entretien 08

« Après les soignants souvent réexpliquent bien au patient, si le patient est en état de l'entendre quelques jour après, qu'est ce qui a fait que à ce moment-là on en était arrivé aux contentions ou à la chambre d'apaisement, d'essayer de remettre du sens et de réexpliquer dans l'après coup. » Entretien 16

« Je pense que ça peu impacter. Surtout si ça n'est pas repris avec le patient. Je parle plus par rapport au patient. Ça peu impacter la relation, le lien, si ça n'est pas repris, si ça n'est pas expliqué, si tu ne renvoie pas au patient pourquoi on a mis la contention, si on ne lui renvoie pas notre inquiétude, comment il était au moment où on a pris la décision de mettre

.2.1.5.3.2 La volonté de donner un espace de parole au patient

Une autre visée de l'entretien à posteriori avec le patient mise en avant par 16 participants, est celle de rechercher à donner au patient un espace de parole sur ce qu'il a vécu. Recueillir le vécu du patient est décrit comme une nécessité pour la plupart des soignants qui ont abordé ce regroupement thématique, en raison de la charge émotionnelle qu'ils perçoivent autour de la contention ou encore parce que des patients en font la demande : *« Mais jamais on ne lui dit « et vous, vous l'avez vécu comment ? » et en fait c'est plus tard qu'ils en viennent à le dire. » Entretien 25.* Le rôle de soignant semble associé à cette capacité d'entendre le vécu du patient dans le discours de certains participants. Pour d'autres, le vécu du patient peut être aussi un point de départ pour rechercher des alternatives : *« souvent quand il me questionne là-dessus je dis : « Voilà on était dans cette situation-là tu étais comme ça, comment on aurait pu gérer autrement ? » » Entretien 27.*

« Les soignants le font de manière assez informelle, ils essaient de retravailler ça dans les jours qui suivent, surtout si eux même ont été présent au moment de la pose de contention, d'essayer de renouer une relation soignante. » Entretien 16

« Ça devrait faire partie du soin même, complètement, au même titre qu'on a des surveillances obligatoires, le fait de reparler ; sauf si bien sûr le patient ne veut pas ; mais c'est quelque chose de trop fort pour ne pas en reparler, refaire le point avec le patient et... oui c'est indispensable, je pense. » Entretien 21

.2.1.5.3.3 La contention est peu reparlée avec le patient

16 soignants ont fait état qu'ils ne parlaient pas ou peu de la contention sur le patient. Une partie des soignants ont mis en avant avoir des difficultés à aborder la contention avec le patient en raison d'un sentiment de gêne qu'ils ont. Certains ont associé ce sentiment à un ressenti de difficulté qu'ils ont par rapport à la contention et son utilisation : *« ce n'est pas une forme de gêne mais c'est quand même difficile d'aller interroger le patient sur ce vécu si on est soi-même un peu en difficulté, par rapport à cette*

mesure. » *Entretien 16*. D'autres ont expliqué leur gêne à aborder la contention par leur volonté de ne pas mettre en difficulté le patient : « *Le simple fait de réfléchir sur la question ça peut être un vécu négatif.* » *Entretien 26*. Enfin quelques-uns ont rattaché leur sentiment au fait qu'ils ne connaissaient pas assez le patient. D'autres soignants ont perçu le patient en difficulté pour reparler de la contention que ça soit en raison d'un vécu douloureux ou d'un état clinique qui leur empêche de s'en souvenir : « *Après c'est souvent des choses dont les patients n'aiment pas reparler.* » *Entretien 22*. Certains soignants ont le sentiment que le sentiment de gêne est partagé par le patient et le soignant.

« Ma réticence à en parler avec lui ça aurait été alimenté son délire persécutoire et de venir encore une fois atténuer ou dégrader une alliance déjà bien fragile » Entretien 04

« Non, je n'ai pas l'impression que les patients ont... enfin moi, en entretien avec moi, que les patients viennent mettre sur le tapis la contention qu'ils ont eu. Je pense qu'il y a une sorte de chape de non-dit là-dessus, un peu comme les histoires en famille, tu vois ? Une espèce de gêne, je pense, mais réciproque. » Entretien 24

.2.1.5.4 Le rapport avec le patient à distance

La relation entre le patient et le soignant après l'épisode de contention, a été abordée à 22 reprises. Certains soignants ont perçu un changement dans la relation dans la relation alors que d'autres non, et quelques soignants ont remarqué que la relation après une situation de contention dépend plusieurs facteurs.

.2.1.5.4.1 Un changement est perçu dans la relation

Au total 19 soignants ont décrit un changement dans la relation avec le patient à distance de la contention. Pour 18 d'entre eux, il existe une distance ou une dégradation du lien du point de vue du patient. Cette distance peut prendre pour certains la forme : d'une rancœur envers les soignants : « *faire qu'il ait une petite rancœur envers nous, vu qu'on a été, entre guillemet, les mauvais objets, c'est-à-dire celui qui l'a attaché.* » *Entretien 01* ; d'une perte de confiance « *Oui il n'y a pas de confiance de sa part* » *Entretien 30* ; ou encore d'une mise à distance du soin de manière globale : «

Sur le début, c'est un gros rejet du soin. » Entretien 09. Pour 9 soignants la relation a pu être récupérée en retravaillant la contention avec le patient.

« Mais en tout cas, c'est vrai qu'avec les soignants qui l'ont contentonné, c'est assez difficile après, le lien était vraiment interrompu. Je crois que dans mes souvenirs on n'a pas tardé ensuite très, très, longtemps, par ce que c'était plus trop possible non plus pour lui : il voulait retourner aussi en détention. » Entretien 03

« La contention là-dessus ça peut laisser des traces si les choses ne sont pas bien pensées, bien mesurées, et bien adaptées. Je pense que ça peut laisser des traces nettes derrière sur la création d'alliance thérapeutique et sur la capacité du patient à un moment à recourir au soin. Je pense que c'est récupérable, mais que ça laisse une petite trace probablement » Entretien 04

Certains soignants ont décrit un changement dans leur ressenti envers le patient : la contention est décrite comme un acte marquant dans le parcours du patient avec parfois une appréhension dans les rapports avec le patient : *« Je suis toujours vigilant à ce qui peut se passer même si je le recroisais dans la rue » Entretien 15* ; le soignant a parlé d'une prise de distance, de sa part, dans la relation. Cette modification suite à la contention peut être associée dans certains discours à l'acte violent du patient et plus particulièrement à l'agression d'un soignant, un soignant ayant décrit la réapparition du sentiment de violence à distance.

« Je pense qu'un patient qui nous a vu que sur un temps de contention, et qui après ne nous a plus revu, vis-à-vis duquel, il y a de la froideur ou du détachement, pour nous protéger aussi peut-être, mais ça ne peut pas être pareil. » Entretien 21

« On peut reprendre une relation à nouveau de bonne qualité mais le fait que le patient ait pu passer à l'acte sur le soignant, pour le soignant ça en a une... En tout cas pour les soignants présents ça la modifie. Enfin c'est le point extrême de la perte de relation avec le patient, le contact verbal, on passe sur une mesure extrême » Entretien 26

.2.1.5.4.2 Aucun changement n'est perçu dans la relation

13 soignants n'ont pas perçu de répercussion de la contention sur leur relation avec le patient et une partie a mis en avant qu'il n'y avait pas eu de répercussion sur les soins à posteriori. Quelques soignant se sont dits en difficulté pour pouvoir

décrire un changement dans la relation du fait d'un manque de recul ou parce qu'ils ne l'ont pas cherché.

« En tout cas je ne saurais pas donner une réponse. D'une manière générale, ici dans les situations que j'ai vécues je dirais que ça... n'a pas en tout cas fermé la relation de soin. »

Entretien 27

.2.1.5.4.3 Les facteurs influençant les rapports après la contention

Pour expliquer la variabilité des rapports et des relations à distance, 19 soignants ont parlé de facteurs pouvant l'influencer. En plus des facteurs qui ont été présentés plus haut, comme l'action de reparler de la contention avec le patient ou la présence d'un acte violent envers les soignants, il a été cité ceux : liés à la pathologie avec des éléments délirants pouvant venir perturber les rapports ou l'absence de trouble de la relation hors des décompensations dans certaines pathologies : *« D'autres qui voient qu'ils ont été contenus mais ça passe outre, après c'est selon la pathologie du patient, je pense. » Entretien 15* ; liés à la situation ayant amené à la contention : *« c'est tellement différent en fonction des situations » Entretien 04* ; liés à la durée : *« on ne perd pas grand-chose de la relation, entre guillemet, par ce que la contention n'est pas très longue. » Entretien 03* ; ou encore liés au vécu du patient de la contention.

« Ça dépend du patient, ça dépend... comment ça évolue. Ça dépend, certains, ils se résignent et ils s'apaisent et ils se calment. D'autres au contraire, ils luttent, ils luttent, ils essayent de se détacher, ils nous en veulent, ils ne comprennent pas, ils nous reprochent le soin. Ça dépend du patient, ça dépend de pourquoi on a eu affaire à la contention physique, ça dépend du cas... » Entretien 17

.2.1.5.5 Le ressenti autour du vécu du patient

Le vécu du patient perçu par le soignant, a été abordé dans 26 entretiens et a permis de faire les regroupements thématiques suivants : *Le patient ne s'en rappelle pas* ; *Le patient renvoie un vécu difficile* ; *Le patient accepte la mesure*.

.2.1.5.5.1 Le patient ne s'en rappelle pas

Pour 6 soignants, le patient ne semble pas se rappeler de la situation et de la contention, ce qui les interroge sur la cause de cet oubli. Certains évoquent un processus neurologique ou biologique tandis que d'autres peuvent évoquer un mécanisme de protection psychique.

« Soit des patients scotomisent complètement ce moment-là, qui échappe à leur mémoire, alors bon soit c'est refoulé dans l'inconscient soit en effet il y a eu quelque chose qui s'est passé au niveau synaptique, neurobiologique, il y a vraiment une perte de mémoire, »
Entretien 18

.2.1.5.5.2 Le patient renvoie un vécu difficile

Dans 19 entretiens le patient a renvoyé un vécu difficile ou négatif au soignant. Les différents vécus trouvés a posteriori par les participants sont : un vécu traumatique avec parfois un sentiment de mort imminente : *« le vécu d'impuissance, de mort imminente, le vécu de ... je pense que ça peut augmenter le vécu de persécution, le vécu d'hostilité envers le corps soignant. »* Entretien 24 ; un vécu d'injustice ou de punition : *« Ils voient ça comme quelque chose de punitif. »* Entretien 01 ; un vécu d'humiliation : *« on voit que ça été humiliant. »* Entretien 05 ; ou un vécu de colère du fait de la mesure pouvant les amener à interpeler le soignant. Certains soignants mettent aussi en avant le désaccord du patient avec la nécessité de la mesure : *« ils ne comprennent pas. »* Entretien 05.

« Je pense qu'il l'a certainement mal vécu et il n'a pas compris ou entendu les explications qu'on a pu lui donner et qui fait qu'il a cru qu'on faisait ça de notre bon droit juste pour mettre sous contention uniquement n'ayant pas accéder au pourquoi de la contention. » Entretien 15

.2.1.5.5.3 Le patient accepte la mesure

Il a été présenté au cours de 10 entretiens, que le patient a pu être dans l'acceptation de la mesure. Cela s'est exprimé pour certains soignants au travers de la reconnaissance par le patient de la nécessité de la contention, la description par le

patient d'un état de souffrance avant la contention, ou encore par des remerciements du patient.

« Après au fil des jours, au fil des heures, il a évolué plutôt positivement, et on a pu reprendre avec lui un petit peu la nécessité de la contention et même lui il en est convenu après un petit peu à dire : « oui c'est vrai que là j'ai été dépassé un peu » Entretien 15

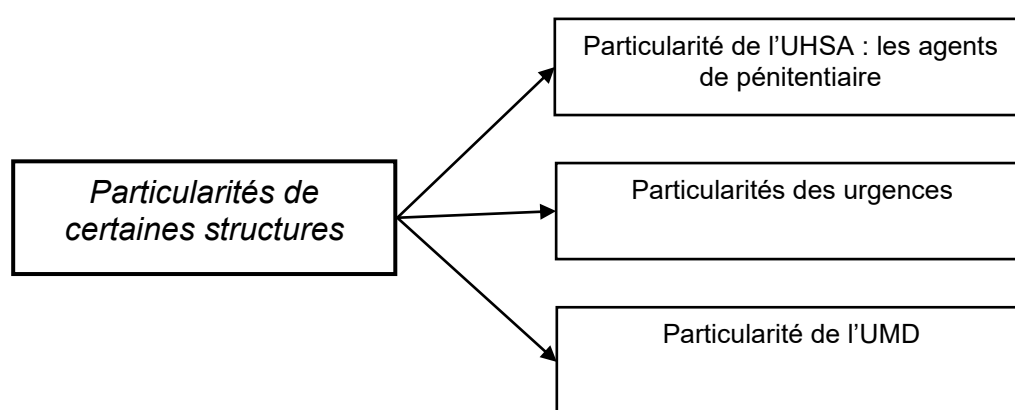
« Alors la plupart des patients finalement nous disent, soit « ça y est, je me souviens ! J'étais dans un état, heureusement vous m'avez aidé, ça n'allait pas » » Entretien 18

« Il y a une forme de réhabilitation, ces patients n'ont pas un bon souvenir de la contention, ils disent que ça a été violent, que ça a été désagréable mais ils remercient quand même les soins et c'est important de leur rappeler dans quel état ils étaient je crois, qui nous a obligé à les soigner de cette façon-là, de leur amener du soin. » Entretien 16

.2.1.6 Particularités de certaines structures

Dans cette sous-catégorie seront mises en avant les particularités des structures spécifiques, tels que sont l'UHSA, les Urgences psychiatriques et l'UMD, qui sont apparues au travers de la description de la situation par les participants. Le plan est représenté par la figure 7.

Figure 7



.2.1.6.1 Particularité de l'UHSA : les agents de l'administration pénitentiaire

La particularité principale concernant la mise en contention qu'ont mis en avant les soignants exerçant sur une UHSA est l'intervention des agents de l'administration pénitentiaire, qui sera détaillée au travers des thématiques suivantes : *Les rôles des agents de l'administration pénitentiaire ; La décision de l'équipe ; Le contexte d'intervention ; La place des soignants lors de l'intervention des agents de l'administration pénitentiaire*. Les autres particularités que sont le milieu fermé et un travail autour de la chambre d'isolement et de la contention sont aussi retrouvées dans d'autres services et seront abordées au travers dans d'autres thématiques.

.2.1.6.1.1 Les rôles des agents de l'administration pénitentiaire

Plusieurs rôles ont été présentés par les soignants : tout d'abord les agents ont le rôle de maîtriser physiquement le patient en cas d'agitation ou de violence auquel peut être associé celui de tenir le patient pendant que les soignants mettent les contentions et celui d'entrer les premiers en chambre en cas d'agressivité du patient ; celui d'accompagner les patients en chambre d'isolement ; encore celui de diminuer l'agitation du patient par leur présence et leur présentation.

« Ils maintiennent les patients, ils vont le chercher en chambre ; alors déjà c'est assez violent : les patients ne se laissent pas faire ; et ils le ramènent généralement menotté, en isolement, ils enlèvent les menottes et ils nous l'installent sur le lit et ils nous le tiennent s'il faut. » Entretien 03

« C'est eux qui interviennent physiquement. » Entretien 02

« Donc j'ai vu certains patients me dire : « dès que je les ai vu, je me suis calmé ». Et ça c'est vrai qu'on l'a vu : des patients très agités, dès qu'ils voient la pénitentiaire arriver à cinq six avec les boucliers, les casques ça peut être très impressionnant, du coup ça a un effet un peu apaisant. » Entretien 05

.2.1.6.1.2 La décision de l'équipe

Les soignants ont mis en avant que l'intervention des agents de l'administration pénitentiaire se fait sur décision des soignants et s'accompagne d'une réflexion en équipe. Cette réflexion est aussi l'occasion de discuter le recours à la contention dans le discours des soignants. Plusieurs raisons ont été mises en avant pour expliquer cette dimension de réflexion: tout d'abord l'intervention des agents peut être difficilement vécue par le patient soit en raison d'un rapport conflictuel que peut avoir le patient avec les professionnels de l'administration pénitentiaire, soit en raison d'un vécu de persécution envers eux : *« c'est vraiment de grandes conversations avant d'en arriver à cette décision parce qu'on sait qu'il peut être mis à mal par la pénitentiaire et que ça peut le desservir ; » Entretien 03* ; les autres patients sont mis en chambre le temps de leur intervention ; et l'équipe doit se positionner sur la place et le rôle qu'elle veut donner à l'intervention des agents : *« avant de faire appel à la pénitentiaire on va mettre les autres patients en chambre, et on va voir comment ça se passe. » Entretien 05.*

« C'est toujours difficile, moi je trouve, à prendre cette décision d'autant plus que nous généralement quand il y a ça, il y a intervention de la pénitentiaire, donc on pèse deux choses en même temps, par ce que généralement l'intervention de la pénitentiaire est pas toujours très douce, en plus il y a la contention. » Entretien 03

« Donc eux systématiquement quand on les appelle, ils ne viennent pas systématiquement pour apaiser la situation, ils viennent pour vraiment la régler, la régler par peu importe les moyens. Donc du coup ça va être un rapport de force, ça va être assez musclé. Donc je pense que notre positionnement de soignant est très important à ce moment-là de renvoyer à la pénitentiaire comment on veut fonctionner, comment on veut faire les choses, parce que sinon ils prennent beaucoup de place, du coup... » Entretien 05

.2.1.6.1.3 Le contexte d'intervention

Trois contextes ont été décrits par les soignants pour qu'il y ait une décision de faire intervenir les agents de l'administration pénitentiaire : un patient qui refuse une mise

en chambre d'isolement ; une contention sur un patient agité avec la possibilité que les agents soient juste présents et n'interviennent pas si le patient est compliant.

« Si le patient refuse par exemple l'intégration en isolement et cetera, souvent ça se passe avec la pénitentiaire et les soignants infirmiers ou aides-soignants. Du coup en général on propose dans un premier temps au patient de nous accompagner de lui-même, si ça ne se fait pas, c'est la pénitentiaire qui l'accompagne en isolement. » Entretien 03

« Par exemple si le patient il est plutôt compliant, du coup il se laisse contentonné, là il n'y a pas forcément d'intervention de la pénitentiaire. » Entretien 05

.2.1.6.1.4 La place des soignant lors de l'intervention des agents de l'administration pénitentiaire

Lors de l'intervention des agents de l'administration pénitentiaire, les soignants ont décrit des positions et fonctions bien particulières : l'équipe a le ressenti de se différencier des agents ; il est insisté sur la présence auprès du patient pendant l'accompagnement par les agents : *« le moment où la pénitentiaire saisi le patient, nous on est toujours à côté. » Entretien 05* ; il y a une fonction d'informer et de préparer le patient à la présence des agents : *« Le patient on l'informe, on lui dit que la pénitentiaire est là, que c'était vraiment trop compliqué. » Entretien 05* ; il est décrit par les soignants des échanges d'information entre eux et les agents de l'administration pénitentiaire.

« On avait décidé l'accompagnement en chambre d'isolement, donc on est allé voir et puis donc l'administration pénitentiaire est arrivée assez rapidement au bout de quelques minutes. Quand ça se passe comme ça, on est là, mais c'est eux qui interviennent physiquement et qui l'ont accompagné sans trop de difficulté. » Entretien 02

« Quand ils accompagnent un patient en chambre d'isolement, il y a des petites phrases, des petits mots sur le risque, sur le danger et donc tout ça s'est vite inquiétant. » Entretien 04

.2.1.6.2 Particularités des urgences

Les particularités des urgences qui ont été décrites dans les situations de contention, ont pu être regroupées en deux thématiques à partir des entretiens des soignants qui y exercent ou y ont déjà exercé : *L'activité des urgences* et *La présence des agents*

de sécurité.

.2.1.6.2.1 L'activité des urgences

Il a été décrit par les soignants exerçant aux urgences une activité de fonctionnement qui ne se retrouve pas dans d'autres structures. Cette dernière a été expliquée en raison d'une temporalité propre aux urgences avec des pathologies et des situations plus aiguës qui peuvent expliquer une fréquence de contention plus importante dans un service d'Urgences psychiatriques. Les séjours sont décrits plus courts par rapport à un service traditionnel : *« on a des histoires intermittentes. » Entretien 10*. La situation n'est pas reprise sur la même hospitalisation mais peut être reprise lors d'un passage ultérieur.

« Alors aux urgences psychiatriques je dirais là spontanément que ce qui la caractériserait, la contention, c'est que.... On pourrait dire probablement un peu plus fréquente que dans d'autres services de soins psychiatriques en tout cas. [...] On est confronté à des situations on va dire toujours relativement aiguës du fait du caractère, de la temporalité, des soins sur les urgences, dans des situations souvent aiguës » Entretien 12

« sur le service des urgences c'est rare qu'on en ait à en reparler très explicitement. [...] Après bon j'ai pas spontanément souvenir comme ça d'impact majeur, je pense l'impact majeur je le trouve plus lorsque des personnes sont déjà passées et repassent aux urgences et à ce moment-là, reparlent des contentions lors de précédents passages. Pas sur le même passage mais lors des précédents passages. » Entretien 12

Plusieurs thématiques ont été décrites sur le service de consultation des Urgences psychiatriques : les participants l'ont présenté comme un lieu d'accueil peu sécurisé et ouvert avec un risque de fugue des patients : *« En admission, des fois on a des patients en crise, risque de fugue, d'agitation, qui peuvent sortir de l'unité, donc là c'est compliqué. » Entretien 05* ; une présence soignante moindre que dans le reste des urgences mais avec parfois une activité importante laissant peu de disponibilité au soignant pour gérer les situations de crise.

« La consultation, c'est un peu plus ouvert, il y a différent accès qui ne sont plus sécurisés,

on est seul ou à deux, la présence médicale est assez aléatoire alors que sur le fermé il y a toujours le médecin en journée. » Entretien 07

« On avait 7-8 patients en permanence dans la consulté, et on a eu un patient qui était contentonné. [...] c'est à dire que le patient est resté contentonné simplement parce que à cette journée-là, on n'avait pas le temps de s'occuper de lui, de prendre du temps, et donc je n'ai même pas pu réévaluer dans l'après-midi si oui ou non, je pouvais lever ces contentions. » Entretien 09

.2.1.6.2.2 La présence des agents de sécurité

Il est apparu au cours des entretiens avec les soignants travaillant aux Urgences psychiatriques le rôle important que peuvent jouer les agents de sécurité de l'hôpital. Les rôles décrits sont : un rôle de sécuriser les situations et les conflits ; un rôle de maintenir le patient lors des contentions pour que les soignants mettent les attaches.

« Ils le maintiennent, normalement ils ne sont pas censés le toucher... enfin pas donner des coups... voilà les agents de sécurité, ils les maintiennent mais ne les contentonnent pas et aussi ils interviennent mais seulement s'il y a un soignant, c'est-à-dire qu'on ne peut pas laisser les agents de sécurité avec un patient. » Entretien 07

« Sécuriser les lieux, et faire en sorte que les choses se passent... Je pense que malheureusement ils ont, ce n'est pas le but, mais ils ont un rôle d'intimidation qui je pense, par moment clairement, fait descendre le patient. » Entretien 09.

Il a été aussi présenté les limites d'intervention des agents de sécurité : ils n'interviennent qu'en présence d'un soignant ; ils ne manipulent pas les attaches ; et ils n'ont pas une place de soignant auprès du patient avec comme les agents pénitentiaires une tendance à intervenir et à ne pas négocier.

« Alors qu'à la consultation, si on appelle les renforts, c'est les agents de sécurité. Et les agents de sécurité, ce ne sont pas des soignants, ils viennent pour nous aider, mais ils ne vont pas être là pour négocier. » 07

Les soignants des urgences ont globalement restitué un vécu de satisfaction de la possibilité de faire intervenir les agents de sécurité et de leur présence sur les situations en mettant en avant qu'ils ont plus l'habitude de contentonner

physiquement et qu'ils sont aidants et permettent que les situations se passent mieux.

« A d'autre moment le fait monter au contraire, on rentre dans le rapport de force pur, et après pour avoir encore une fois travaillé en hospit sans sécu et travailler ici, ils sont formés pour, c'est quand même des mecs généralement plus costauds que les soignants, ils ont l'habitude de comment manutentionner le patient et au moins le patient est posé sur le lit beaucoup plus rapidement quand il est en refus, qu'il essaye de s'accrocher à une porte, à un mur , un truc comme ça, ça se fait plus vite et plus simplement. » Entretien 09

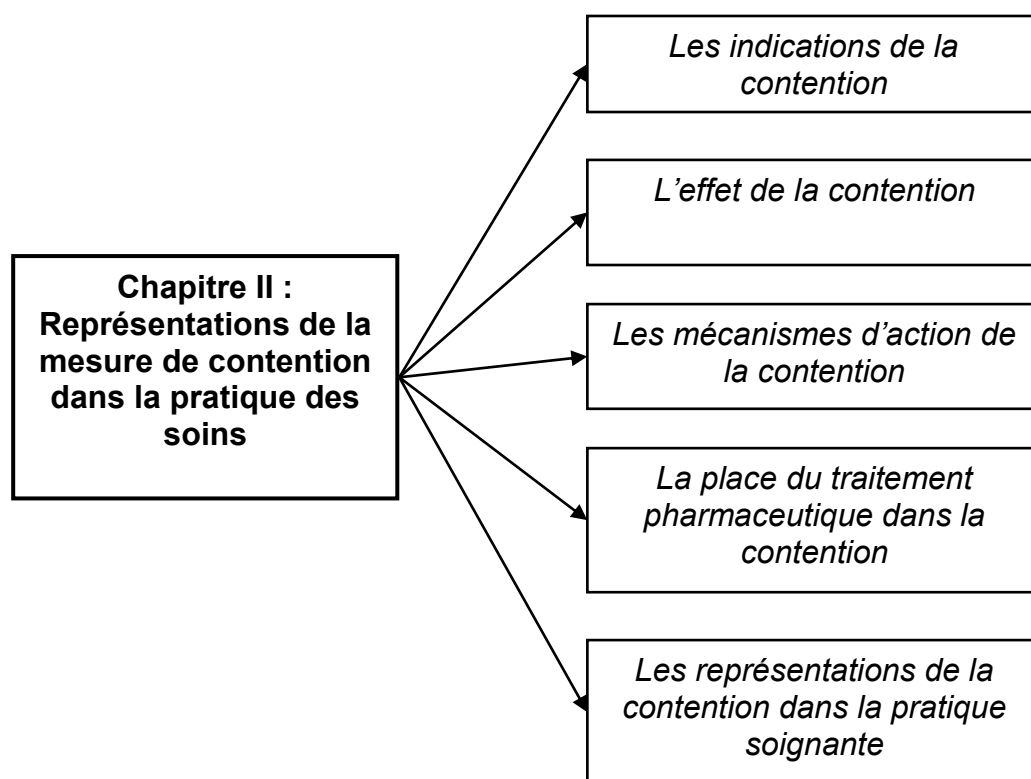
.2.1.6.3 Particularités de l'UMD

Les particularités de l'UMD mises en avant par les soignants ont déjà été traitées au travers des thématiques abordant les patients complexes et résistants aux traitements, l'importance des locaux sécurisés et l'utilisation d'une technique de désescalade de la violence comme alternative à la violence. Il est à noter que tous les soignants interrogés qui travaillent sur l'UMD ont été formés à cette même technique de désescalade.

.2.2 Chapitre II : Représentations de la mesure de contention dans la pratique des soins

Après avoir présenté le discours des soignants autour de leur sentiment sur la situation, il sera abordé les différentes représentations retrouvées à l'analyse du corpus. Il sera ainsi mis l'accent sur la place plus générale que prend la contention dans la pratique des participants. Cette catégorie se subdivisera en 4 sous-catégories : *Les indications de la contention ; L'effet de la contention ; Les mécanismes de la contention ; La place du traitement pharmaceutique dans la contention ; et Les représentations de la contention dans la pratique soignante.* Le plan de cette catégorie est représenté par la figure 8.

Figure 8



.2.2.1 Indications à la contention

Après avoir eu une présentation des patients avant d'être mis sous contention dans le chapitre I, au travers de leur état clinique et de leur rapport avec le soignant, il sera abordé dans ce regroupement thématique tous les critères, justifiant une contention mécanique, retrouvées dans le discours des participants. Les indications à la contention seront explorées au travers des indications en fonction d'une évaluation, des indications en fonction d'un objectif et des profils pathologiques mis en avant par les participants. Il est à noter que la plupart des soignants mettent en avant dans leur discours plusieurs des indications pour la mise en place de la contention.

.2.2.1.1 Les indications de la contention

Ce premier regroupement thématique abordera toutes les indications apparues dans le discours de 31 des participants et qui sont issues d'une évaluation clinique du patient.

Pour commencer 22 soignants ont présenté l'agressivité et les comportements violents du patient comme un motif de contention : le passage à l'acte hétéro-agressif a été le plus cité : « *La violence sur autrui, sur objet, oui.* » Entretien 24 ; le passage à l'acte auto-agressif dans une moindre mesure ; des menaces de passage à l'acte et plus particulièrement de menaces de geste auto-agressivité : « *Par exemple un patient qui se tape la tête contre les murs. Je n'hésite pas on le contentionne.* » Entretien 23. Pour certains soignants l'indication de violence peut être accompagnée de critères complémentaires comme une violence qui ne pas être gérée par les soignants ou une violence associée à un contexte d'urgence.

« Nécessaire dans des cas d'agitations extrêmes, ou des comportements hétéro et auto-agressif, là c'est avant que les produits qu'on a à disposition puisse faire effet, c'est l'un des seuls moyens qu'on a dans l'urgence. » Entretien 20

L'agitation psychomotrice est la seconde indication retrouvée dans le discours des soignants en termes de fréquence, avec 18 entretiens où elle a été citée dont la moitié qui ont mis en avant une dimension d'intensité à l'agitation.

« La plus classique c'est quand même l'agitation majeure avec risque agressif, auto ou hétéro, plutôt hétéro d'ailleurs, le temps que le traitement soit efficace. En tout cas moi globalement c'est sur ces situations-là que je les mets, parce que les suicidaires je ne contentionne jamais. » Entretien 06

L'inefficacité des stratégies alternatives a été citée dans 13 entretiens comme motif de contention avec la mise en avant de l'inefficacité du traitement médicamenteux ou des alternatives faisant intervenir le relationnel. L'inaccessibilité dans la relation avec le patient a été par 8 participants comme un motif de contention : « *quand on voit qu'on ne peut plus discuter.* » Entretien 32.

« La bonne indication d'une contention c'est quand toutes les autres stratégies d'apaisement n'ont pas été efficaces. » Entretien 10

« Ça rentre dans le cadre d'une impasse relationnelle, alors il n'y a plus grand-chose, il y a ce danger, autant pour le patient que pour nous, il y a... je ne vois pas trop comment, on pourrait faire sans ces contentions dans ces situations-là. » Entretien 30

« Ensuite, il y a des patients aussi qui ont une telle décharge émotionnelle que c'est

compliqué de le faire comprendre ce qu'on leur dit, alors qu'ils sont capables de le faire quand ils ne sont pas en décharge émotionnelle. Je dirai qu'à partir du moment où on est à un stade presque de non-retour, c'est là qu'on va intervenir, » Entretien 31

13 soignants ont présenté la notion de risque comme un motif de contention. Le risque pouvant être : un risque de passage à l'acte qu'il soit auto ou hétéro-agressif dans le discours des participants : *« Ici quand on contient un patient c'est vraiment qu'il y a un gros risque de passage à l'acte auto agressif. » Entretien 25* ; un risque pour les autres ; un risque pour le patient avec un risque de blessure : *« limiter le risque de passage à l'acte auto-agressif, qu'elle se fasse mal. » Entretien 07*

« Selon moi ce serait donc vraiment un état de crise avec un risque auto ou hétéro agressif. » Entretien 04

« enfin quand on en arrive à la contention, ce qu'on n'a pas pu faire autrement et que... qu'on ne peut plus rentrer dans la chambre ou qu'il y a un risque trop important. » Entretien 21

La dangerosité a été citée par 12 participants avec une grande partie qui a mis en avant le danger pour le patient et une moindre partie ont évoqué le danger pour autrui. Les termes utilisés pour mettre en avant cette notion de dangerosité ont été : le patient se met ou met en danger ; le patient « représente un danger pour » ; « être dangereux pour » ; « il y a un danger pour ».

« Mais s'il commence à devenir dangereux et pour lui et pour nous, et qu'on n'a pas accès à lui, d'une quelque façon que ce soit, on arrive souvent à la contention. » Entretien 08

« Une agitation incoercible avec ... enfin plusieurs situations avec des mises en danger. » Entretien 12

« La contention c'est une prescription médicale, le psychiatre qui dit dans cette situation là on ne va pas avoir trop le choix, on va probablement contensionner le patient car il représente un danger pour lui-même, pour les autres ou son intégrité ou quoique ce soit. » Entretien 01

La dernière indication, qui a été présentée par 4 participants, est la désorganisation.

« et qui est complètement désorganisé et très stimuable. » Entretien 09

.2.2.1.2 Les indications sur un objectif ciblé par le soignant

S'ajoute à cela les indications qui correspondent à un objectif fixé par le soignant venu d'une observation.

Le premier objectif mis en avant par les soignants avec 17 entretiens qui l'ont abordé, est celui de la sécurité et de la protection. Il a été mis une dimension de sécurité au travers des objectifs suivants : éviter quel le patient se blesse ou blesse autrui ; sécuriser et protéger le patient ; sécuriser les personnes autour du patient. Cette dimension était associée à une durée courte de contention à mettre en place.

« La bonne indication d'une contention c'est... c'est quand toutes les autres stratégies d'apaisement n'ont pas été efficaces... un moyen de protéger une personne et les autres de façon temporaire. » Entretien 10

« Et inaccessible, il continuait, donc par mesure de sécurité on a posé les contentions. On est rentré dans la chambre et on a posé les contentions. » Entretien 28

10 soignants ont fait référence à un objectif de parvenir à un apaisement pour le patient. Cette dimension d'apaisement met en avant la notion de « poser le patient » ou de permettre voire induire un endormissement.

« Donc si on est vraiment inquiet... alors que... on utilise les contentions contre le risque de déambulation et pas... pas parce que la personne a besoin de s'apaiser un moment. » Entretien 10

« le but c'est de permettre au patient souvent de se rassembler, de se poser, » Entretien 29

Un autre objectif qui peut être une indication de contention mécanique est celui de permettre des soins qui ne sont pas possibles ou réalisables avant que la contention soit mise en place selon 7 soignants. Cela peut permettre ainsi pour quelques soignants de mettre en place un traitement que le patient a refusé.

« il y a des patients que l'on n'arrive pas à approcher autrement, et du coup ça permet de prodiguer des soins, de prendre les constantes, de prendre soin du patient. » Entretien 29

« Donc on a appelé du monde, on a appelé les agents de sécurité et on l'a contenu pour pouvoir discuter avec lui. » Entretien 25

« si à un moment il faut réussir à le poser, parce qu'il a besoin de sommeil et qu'il a besoin de se reposer physiquement, je suis prêt à casser une alliance à ce moment-là, et c'est ce que je lui explique par la suite. » Entretien 09

Pour 4 soignants, la contention peut avoir comme objectif de diminuer les stimulations. Et pour finir, deux soignants ont mis en avant l'objectif d'empêcher une fugue du patient : *« elle va permettre d'éviter une fugue. » Entretien 09.*

« Eh bien, limiter les stimulations, parce qu'en fait elle tournait autour du lit. » Entretien 07

.2.2.1.3 Les indications dans le cadre d'un profil psychopathologique

13 soignants ont décrit des profils psychopathologiques qu'ils associent à une indication de contention. Ces profils identifiés par les participants sont : le patient psychotique avec un délire envahissant, auquel peut être associé un délire important et une désorganisation importante, sans qu'il soit explicité si cela participait au motif de contention : *« il y a des débordements et ça dépend de la pathologie. [...] Je dirais patient psychotique et délirant, halluciné, avec des délires envahissants. » Entretien 16* ; le patient en décompensation maniaque avec des critères de gravité dont une agitation psychomotrice et l'une sensibilité aux stimulations : *« Voilà quelqu'un qui a des déliions d'humeur qui est maniaque et qui fait des menaces.... Et qui est très sthénique il peut nous arriver de contensionner dans ce contexte-là. » Entretien 12* ; un patient avec un trouble de la personnalité soit associé à un risque auto-agressif : *« Je pense à des patients borderline qu'on va contensionner pour leur éviter un passage à l'acte auto-agressif. » Entretien 09*, soit associé à une immaturité ou alors dans le cadre d'un passage à l'acte psychopathique : *« Le prototype c'est quand même le patient qui a un trouble de la personnalité, voilà, avec une immaturité. » Entretien 10* ; pour finir un patient avec des idées suicidaires : *« Mais voilà les situations et le risque suicidaire ou des personnes sont très suicidaires, très mal. » Entretien 12.*

.2.2.2 Effet de la contention

Ce regroupement thématique explorera les différents effets sur les patients perçus par les soignants. Les effets perçus comme bénéfiques et présentés comme recherchés par les participants sont présentés avec les regroupements thématiques suivants : *Les effets positifs de la contention* tandis que les effets perçus comme néfastes ou l'absence d'effet sur certains symptômes seront présentés sous : *Les effets négatifs de la contention*.

.2.2.2.1 Les effets positifs de la contention

A l'examen du corpus, 23 entretiens ont présenté les effets positifs qu'a la contention sur le patient.

Tout d'abord, 22 participants ont décrit un effet apaisant sur le patient, certains ont précisé que l'apaisement est physique et d'autres y ont associé un apaisement psychique. Des soignants ont mis en avant que la contention permet au patient de s'endormir : *« des fois rien que cette contention permet après de déclencher le sommeil. » Entretien 16*. Cependant il est apparu quelques nuances dans cet effet d'apaisement avec des soignants qui ont mis en avant la durée sur le court terme en raison du contexte de contrainte, à la différence d'un apaisement dû à la prise en charge relationnelle qui serait sur le long terme. D'autres ont nuancé en avançant que l'effet d'apaisement n'était pas dû seulement à la contention : *« C'est sensé le protéger le temps de s'apaiser mais si ça dure... » Entretien 30*.

« J'ai envie de dire un apaisement, mais comme c'est un apaisement forcé, c'est un apaisement qui ne va pas forcément être sur la durée. [...] Donc c'est un apaisement d'urgence je dirai mais ce n'est pas ça qui permet un apaisement sur le long terme. L'apaisement sur le long terme, c'est avant tout la relation et puis le traitement. » Entretien 21

« Même le patient il le sent, avec un traitement adapté aussi derrière bien sûr, ça l'apaise. » Entretien 15

L'amélioration des relations a été décrite dans 4 entretiens comme un effet de la

contention, qui est associée à l'effet d'apaisement pour quelques soignants. Un soignant a décrit une amélioration de la relation au travers de la diminution de l'anxiété pour l'équipe qu'amène la contention.

« Après au fil des jours, au fil des heures, il a évolué plutôt positivement, et on a pu reprendre avec lui un petit peu la nécessité de la contention et même lui il en est convenu après un petit peu à dire : « oui c'est vrai que là j'ai été dépassé un peu » ... » Entretien 15

« Et aussi de pouvoir abaisser l'anxiété de l'équipe, pouvoir rencontrer le patient aussi pendant ce temps-là. » Entretien 20

L'objectif de sécuriser le patient a été présentée par plusieurs soignant mais un seul a décrit l'effet de sécuriser le patient.

« Je ne suis pas forcément pour la contention mais si ça peut apaiser le patient, oui, si ça peut le sécuriser, oui. » Entretien 30

Un effet positif global pour le patient sans qu'il soit précisé a été retrouvé dans 3 entretiens : *« N'empêche il y a une efficacité, en tout cas je le constate de manière empirique » Entretien 20.* Et un soignant a décrit comme effet une diminution du délire chez les patients.

.2.2.2.2 Les effets négatifs de la contention

Tous les effets avec une dimension négative comme l'absence d'effet sur un symptôme ou un effet pouvant être considéré comme indésirable par les soignants ont été regroupés dans cette partie. Ainsi 18 entretiens ont parlé des effets négatifs, avec 12 participants qui ont mis en avant l'absence d'apaisement du patient sous contention avec une partie qui a décrit une persistance ou une majoration de l'agitation avec quelques fois une disparition de l'apaisement dans le temps : *« la contention seule risque que de provoquer de l'agitation. » Entretien 16.* Une autre thématique regroupée sous l'absence d'apaisement est celle que la contention peut être source de tension ou d'agressivité pour le patient : *« il y a aussi des patients qui peuvent être aussi plus agressif. » Entretien 29.* Enfin l'absence d'apaisement peut être associée à une angoisse apparue du fait de la contention : *« sur d'autres contentions*

ça peut au contraire encore plus générer d'angoisse. » Entretien 17.

« Je pense que ça n'est jamais une bonne chose en tout cas, après moi je ne crois pas trop dans l'idée que la contention puisse apaiser un moment un patient, contenir un patient : pas du tout. Je crois qu'à un moment c'est nécessaire pour la sécurité, la protection des agents je parle. » Entretien 08

« Mais il y a beaucoup de contention, où à un moment le patient commence à dire, détachez-moi, j'en ai marre, ça suffit, ça va durer combien de temps : où là, on voit que ça ne l'apaise pas. » Entretien 21

Un vécu globalement négatif a été présenté comme un effet de la contention sur le patient dans 14 entretiens.

« C'est souvent très mal vécu par le patient je trouve. » Entretien 12

« Même en contention il y a des risques propres à la contention qui existent plus importants que des risques du passage à l'acte. Et du coup on a parfois l'impression que ça protège complètement alors que ce n'est pas forcément le cas. [...] Alors pour les risques immédiats ou les risques physiques il y a l'immobilisation lié à.... L'isolation. Et après sur le risque en termes d'alliance thérapeutique et le risque... L'autre risque c'est une indication de maintenir un soin et un soin plus extrême qui n'est plus indiqué. » Entretien 26

10 participants ont mis en avant le risque de survenue de complications somatiques liées à la contention, et plus particulièrement à l'immobilisation totale et les risques thromboemboliques pour certains soignants, ou des risques de blessure sur une contention incomplète pour d'autres.

« Aussi au sens somatique : vérifier qu'il n'attrape pas des escarres, des choses comme ça, ça arrive vite ça, le risque thromboembolique. » Entretien 19

« Toujours un traitement, une sédation, ça c'est clair et pour moi contention par 4 au minimum. C'est-à-dire que moi, je n'envisage pas de contenir quelqu'un avec un seul truc, mais ça c'est parce que j'ai eu l'expérience d'un patient qui s'est cassé une jambe, moi maintenant c'est nul et non avenu de faire des contentions par deux, de voir, de tester. » Entretien 08

Enfin 4 participants ont présenté la contention comme n'ayant pas d'effet sur le délire

du patient et certains ont même mis en avant que la contention pouvait s'intégrer au délire de patient persécuté.

Après je suis un peu embêtée parce que je crois qu'en effet, un patient qui a un délire mystique, ça vient aussi alimenter les éléments délirants. » Entretien 04

.2.2.3 Mécanisme de la contention

Au travers du discours de 23 participants, les différents mécanismes d'action de la contention mécanique seront présentés par trois regroupements thématiques : *Le mécanisme physique* ; *Le mécanisme psychique* et *La complexité des mécanismes*.

.2.2.3.1 Mécanisme physique

Une dimension physique en premier lieu a été décrite dans le mécanisme d'action des contentions mécaniques dans 19 entretiens.

Pour commencer, 12 soignants ont expliqué le mode d'action par l'immobilisation ou la limitation de mouvement : pour certains l'immobilisation vient arrêter le patient dans son agitation ou sa violence et l'empêcher d'être violent : « *La première chose qui fait que ça marche la contention, c'est que ça empêche le patient de tout casser, tout simplement. » Entretien 24* ; pour d'autres la limitation de mouvement du patient permet aux soignants de mettre d'autres soins en place : « *Je ne sais pas si ça l'a aidé à se poser mais nous ça nous a aidé à faire les soins. » Entretien 25* ; le patient est contraint à se reposer car il ne peut rien faire d'autre : « *ça lui provoque un peu, un repos forcé. » Entretien 29* ; et un soignant a décrit que la limitation de mouvement pouvait rassurer le patient.

« Ça agit par la coercition. Ça agit parce qu'on empêche basiquement de mettre en œuvre des actes qui pourraient soit mettre en danger le patient soit mettre en danger autrui. » Entretien 12

« Je pense que ça peut être rassurant pour le patient à un moment d'être limité dans des mouvements auto ou hétéroagressifs. » Entretien 04

Pour 5 participants, la contention permet une diminution des stimulations pour le patient par son action physique et son association à la chambre d'isolement.

« en isolement les mecs ils sont contenu par l'iso. En iso moi je parle de contention. La contention mécanique c'est beaucoup plus intrusif, tout simplement. C'est physique quoi. Après si tu diminues la stimulation ça peut contenir un mec et après éventuellement une contention... » Entretien 06

Enfin 3 soignants ont spécifié que le mécanisme d'action de la contention est exclusivement physique.

« Je trouve que la contention physique c'est très mécanique, c'est-à-dire sur l'instant ça va juste être une limitation de mouvement pour le patient et sur le coup je pense que...rien d'autre. » Entretien 01

.2.2.3.2 Mécanisme psychique

Un mécanisme d'action psychique a été décrit dans 13 entretiens.

Pour 12 participants, les contentions permettent de mettre des limites au patient : pour certains la contention est assimilée à une limite en réponse à l'expression de la souffrance du patient ; pour un soignant la contention permet d'intégrer des limites : *« une intervention nette parfois physique comme ça, c'est plus facile à comprendre qu'un dialogue. C'est un peu ce que je disais tout à l'heure, c'est que quelque part ça les arrête net. » Entretien 31* ; d'autres soignants parlent de la contention en termes de rassembler ou de recentrer le patient : *« qu'il soit recentrer un peu dans la réalité, » Entretien 07* ; enfin la contention est décrite comme contenant pour le patient : *« leur permettre de se poser, de se contenir une heure ou deux » Entretien 29.*

« Et je pense qu'on dit au patient que, là ce n'est pas possible, ils vont s'autodétruire et qu'il y a une limite à l'expression de leur pathologie, de leur souffrance. Quelque chose que l'on va rassembler, que l'on va... le traduire de façon physique permet quelque fois à des patients de l'intégrer. C'est dans ce sens qu'après tout le mécanisme psychique se met en mouvement. » Entretien 18

« . N'empêche il y a une efficacité, en tout cas je le constate de manière empirique, il semble y avoir quand même une efficacité pour donner à aider cette personne à avoir cette

contenance, et certaines personnes le disent : « j'en avais besoin ». » Entretien 20

« et la contention pourrait aussi lui permettre de s'apaiser, dans le sens où, il serait moins éparpillé... moins tendu. » Entretien 05

Cependant pour d'autres soignants la contention n'a pas de dimension contenante.

« Je pense que ça n'est jamais une bonne chose en tout cas, après moi je ne crois pas trop dans l'idée que la contention puisse apaiser un moment un patient, contenir un patient : pas du tout. » Entretien 02

« Je ne vois pas le côté packing et cetera. [...] Je ne vois pas ça, comme quand on le fait, de remettre une espèce de limite physique quand il n'y a plus de limite émotionnelle. Ça je ne le vois pas trop comme ça. » Entretien 08

La contention permet au patient de réfléchir à la situation en raison de l'impossibilité de faire autre chose pour trois soignants.

« Je pense que ça permet au patient une réflexion, un temps où malheureusement il ne peut rien faire d'autre que réfléchir à ce qui se passe et pourquoi il en est là. » Entretien 09

Pour 9 soignants l'immobilisation induit un mécanisme psychique de lâcher prise, d'épuisement, voire même d'effondrement dépressif pour un soignant, au travers d'une décharge émotionnelle qui ne peut être exprimée sur le plan physique.

« Lâcher dans le sens où il va s'épuiser et il va voir que l'agitation ne modifiera pas grand-chose. Une sorte d'épuisement, quand il aura vidé ses surrénales, il va lâcher. » Entretien 06

« Mais tout ça induit une désespérance, où il y a une espèce de relâchement des défenses hostiles si tu veux, une espèce d'effondrement dépressif quoi, un truc qui apaise. C'est ces patients qui se mettent à pleurer, à supplier alors que juste avant il était dans une position beaucoup plus mégalomane, dans une confrontation. Ce qui est, on va dire, un effet très indésirable de la contention, mais ce qui objectivement apaise. » Entretien 24

.2.2.3.3 Complexité des mécanismes

Ce regroupement thématique inclura tous les entretiens qui ont mis en avant une difficulté à expliquer le mécanisme ou une variabilité dans les mécanismes.

4 soignant ont répondu ne pas avoir d'explication sur le mécanisme d'action de la contention. Une absence de description de mécanisme validé par la communauté scientifique a été mise en avant par un soignant : *« c'est des choses qu'on constate au quotidien après est ce que ça sera prouvé un jour, je ne sais pas du tout. » Entretien 20.*

« On l'a attaché deux heures, et puis après nickel, va savoir pourquoi. » Entretien 19

« Ce n'est pas évident de cerner les choses par rapport à ça. » Entretien 31

Une variabilité des mécanismes et aussi des effets en fonction de la situation et des patients a été décrite par 3 participants.

« Je pense qu'il n'y a pas de règles, il y a autant de mécanismes que de patients. » Entretien 24

« Après l'action de la contention sur le patient, de toute façon à mon avis elle est très variable, en fonction de l'état mental de la personne, ça c'est certains. » Entretien 31

Pour finir, 2 entretiens ont mis en avant l'absence d'action de la contention si elle est utilisée seule. Cette dimension peut être rattachée à d'autres thématiques qui seront abordées dans la thématique : la place du traitement pharmaceutique dans la contention.

« La contention, je crois qu'elle n'agit pas seule c'est un geste nécessaire vraiment... je vais dire dans un péril imminent, pour rester dans les formules » Entretien 18

.2.2.4 Place du traitement pharmaceutique dans la contention

Les thématiques autour de l'utilisation du traitement au cours d'une contention ont été abordées par 31 participants et seront développées dans les regroupements thématiques suivants : *L'intérêt du traitement ; Les mécanismes d'action du traitement dans la contention ; La systématisation d'un traitement associé.*

.2.2.4.1 L'intérêt du traitement

Ce regroupement thématique élaboré à partir de 17 participants, aborde les effets attendus et retrouvés du traitement pharmaceutique conjointement à une contention mécanique. Pour certains participants le traitement pharmaceutique permet l'apaisement du patient au cours de la contention.

« Pour moi l'apaisement vient grâce au traitement. » Entretien 27

« il y a une injection qui lui ai faite pour l'apaiser. » Entretien 28

Le traitement sédatif est associé à une diminution de la pénibilité pour le patient immobilisé en diminuant l'anxiété induite par la contention.

« Il me paraît important qu'il soit quand même un peu sédaté, pour que ça soit moins pénible ce moment de mise en contention et en chambre sécurisé. » Entretien 19

« un traitement sédatif suffisant pour qu'il n'y ait pas trop de lutte et que la contention ne soit pas trop anxiogène. » Entretien 06

Des soignants ont associé la mise en place du traitement à une durée de traitement plus courte.

« ça va aider à ce que... la contention va être la plus courte possible. » Entretien 14.

Certains participants ont décrit une absence d'intérêt de mettre sous contention le patient si un traitement pharmaceutique n'est pas associé.

« Il n'y a pas de contention sans sédation. Alors là je suis formel là-dessus, je ne vois pas l'intérêt. » Entretien 24

« Je ne sais pas trop comment ça pourrait marcher, parce qu'il faut pouvoir s'apaiser, après tout ça. Tu n'as rien pour t'apaiser, tu es sthénique et tu n'as rien... attacher quelqu'un... je ne sais pas, je ne l'ai jamais vécu, mettre un patient en chambre sécurisée, de surcroît contentonné, sans traitement, je ne l'ai jamais vécu ça. » Entretien 19

.2.2.4.2 Les mécanismes d'action du traitement dans la contention

Plusieurs mécanismes d'action ont été décrits, au travers de 25 entretiens, entre le traitement pharmaceutique et la contention mécanique. Certains soignants ont décrit un apaisement par une association entre le traitement et les contentions.

« Si y'a pas de traitement avec la contention ils vont... Voila. Je pense que c'est avec le traitement et la contention pour les apaiser quoi. Parce que s'ils ne sont pas apaisés, avec la contention c'est pareil. Ça doit être horrible quoi. » Entretien 11

Pour une partie des participants, la contention est mise en place le temps que le traitement agisse. Certains ont précisé que la limitation de mouvement permet au traitement d'agir.

« Le temps que le traitement vienne agir avec ce qu'il faut aussi dans l'injection pour le traitement quoi. » Entretien 23

« C'est vrai qu'on peut donner un traitement à un patient mais s'il est toujours en mouvement... de s'agiter et tout ça, ça ne le posera pas. » Entretien 15

Pour d'autres la contention permet de mettre en place un traitement pharmaceutique.

« Donc des fois, c'est arrivé que le patient reste contentonné 5 minutes, et ...ça nous permet également de lui transmettre le traitement, donc par injectable, » Entretien 05

.2.2.4.3 La systématisation d'un traitement supplémentaire

Dans ce regroupement thématique, il sera abordé la systématisation d'un traitement pharmaceutique associé. 13 participants ont présenté un traitement supplémentaire comme systématique et 7 ont mis en avant une pratique de la contention sans traitement supplémentaire systématique avec la possibilité de laisser le choix au patient dans le discours de certains participants, que ça soit pour avoir un traitement en sédatif ou au contraire pour pouvoir s'en passer s'il en fait la demande.

« Enfin parfois c'est... hyper-impressionnant. Et donc là évidemment, on est obligé d'injecter, c'est souvent dans ces cas-là. Et parfois, c'est sur demande du patient, il y a des patients qui demandent même en étant contentonné « injectez moi quelque chose, ça va me poser ». »

Entretien 31

« Il nous est arrivé d'avoir des agressions à l'arme. On le contentonne. Il nous est arrivé de ne pas utiliser d'injection. » Entretien 28

« Je dirai que la plupart du temps c'est systématique, seulement si le patient nous dit : « Contentonnez moi. Ça me fera du bien et je ne veux pas de traitement, vous verrez ça ira ». » Entretien 05

.2.2.5 Représentations de la contention dans la pratique soignante

Après avoir étudié le vécu des soignants dans le chapitre I, il sera examiné leurs représentations dans une pratique plus générale de la contention au travers des regroupements thématiques suivant : *La contention représentée comme un outils thérapeutique ; Les représentations de la contention comme un outil de protection ; Fréquence d'utilisation ; Les représentations associées à la durée ; Les représentations de dernier recours ; Les représentations de nécessité ; Un questionnement autour d'aménagement psychique.*

.2.2.5.1 La contention représentée comme un outil thérapeutique

Ce regroupement thématique abordera la question de la perception de la contention comme un outil thérapeutique.

Ainsi la contention est définie comme outil thérapeutique par certains soignants : en fonction de certaines situations cliniques bien précises ; du fait de sa prescription par un médecin ; ou encore qu'elle fasse partie des actions que les soignants peuvent

mettre en place.

« Alors que sur quelqu'un qui est au secteur X et qui est instable complètement, et qui n'arrive pas à se poser malgré les traitements ou autre, et qui est complètement désorganisé et très stimuable, moi je ressens plus la moi je ressens plus la notion de soin là, dans ces moments-là, comme c'est fait pour aider un patient à se poser. » Entretien 09

« Et là où je le vois comme un soin, c'est qu'on l'associe... déjà ne serait-ce que d'un point de vue technique, on ne va pas contentionner de nous-même, dans tous les cas même si on n'a pas la prescription directe, on appelle assez rapidement l'interne qui est de garde ou le médecin qui est présent sur la structure. [...]. De ce point de vu là c'est un soin, un soin sur prescription médicale, donc du rôle prescrit ; » Entretien 01

« Que c'est un outil, je dirais, qui peut être utilisé à certains moments, sur prescription médicale, et dans un contexte particulier, c'est-à-dire si le patient est agité... Je dirais que c'est un outil qui fait partie du soin, selon moi. Après, ce n'est pas un outil que je dirais que j'utilise souvent, ou que je ne suis pas très porteur de ce type d'outil. » Entretien 05

Si la contention est définie comme un outil thérapeutique, les soignants y mettent aussi des limites : elle doit être accompagnée d'une réflexion et le soignant doit être attentif aux risques de dérives identifiées telles la banalisation ou la facilité d'utilisation, l'utilisation pour des motifs d'ordre punitif, ou la dimension de maltraitance.

« Déjà avoir cette vision du fait que ça soit un soin, ça permet de garder à l'esprit que ce n'est pas un acte gratuit, que c'est un acte qu'il faut qu'il soit réfléchi, qui ait une visée thérapeutique. » Entretien 13

« Que effectivement c'est une extrémité quand même, c'est une extrémité du soin. Mais ça reste du soin, pour autant que ce ne soit pas punitif ou par commodité parce ce qu'un patient est relou. » Entretien 12

« qui ne doit pas être une mesure punitive : donc pour vraiment s'interroger sur la limite soignante de la contention et pas passer dans la maltraitance. » Entretien 16

Enfin, pour certains son utilisation comme un outil thérapeutique permet de mettre du sens à cette pratique.

« Mais c'est pour toi ça questionne toujours dans le sens de ce que tu donnes à ce que tu fais. Et ça c'est très important. Ça permet ... moi ça me permet de faire ce soin parce que, à ce moment-là ça devient quand même un soin, la contention. » Entretien 27

« Mettre du sens, c'est-à-dire savoir pourquoi on le fait, l'expliquer au patient même si on a l'impression parfois qu'il n'est pas en mesure, ne serait-ce que de le dire. [...] Ça permet de se réinterroger et de se dire : ce n'est pas n'importe quel soin qu'on fait, comme quand on fait une intramusculaire à un type de force ; » Entretien 07

Pour 9 soignants, la contention n'est pas définie comme un outil thérapeutique. Certains mettent en avant qu'il n'y a pas de dimension soignante à la contention, quelques-uns perçoivent difficilement la dimension soignante de la contention qui leur renvoie un questionnement sur leur pratique.

« J'ai du mal des fois à le mettre en lien avec un soin, c'est un peu compliqué. » Entretien 03

« Des moments de circonspection par rapport à : Tiens c'est ça la psychiatrie ? C'est comme ça qu'on soigne les gens ? Des moments d'interrogation » Entretien 12

La contention n'est pas considérée comme un outil thérapeutique par certains soignants.

« Je ne pense pas que ça réorganise le patient, je ne pense pas que ça lui remette de la limite émotionnellement parlant sur quelqu'un qui est hyper-délirant, hyper-désorganisé, qui n'a pas de traitement, qui n'a rien, franchement je ne pense pas que ça soit quelque chose qui soit thérapeutique. » Entretien 08

.2.2.5.2 Les représentations de la contention comme un outil de protection

Une dimension de sécurité et de protection a été retrouvée dans 27 entretiens. Des soignants interrogés ont associé la contention à un objectif de protection du patient en crise : *« Et que l'objectif c'était de.... Protéger le patient. » Entretien 16* ; des autres patients ou encore du personnel soignant : *« Que c'est aussi pour la sécurité du patient ou des autres patients d'ailleurs. » Entretien 07*. Certains soignants disent avoir la fonction d'assurer la sécurité du service et la protection des patients : *« Parce qu'on est garant aussi de la sécurité des autres patients » Entretien 25* ; et d'autres mettent

en avant le besoin de sécurité pour donner des soins : *« Sans sécurité, il n'y a pas de prise en soin possible. » Entretien 30.* La contention est alors perçue comme une nécessité pour certains.

« Nous c'est vrai, on a plus affaire aux contentions suite à des moments de crises psychiatriques, à des crises aiguës, donc pour protéger le patient qui pourrait se mettre en danger, qui pourrait se faire du mal, et des fois pour protéger l'équipe ou les autres patients. » Entretien 16

« Je crois qu'à un moment c'est nécessaire pour la sécurité, la protection des agents je parle. [...] Il faut qu'ils puissent travailler en sécurité évidemment. » Entretien 02

« On est contraints pour des raisons, on va dire, de protection de la personne, ou de protection du personnel aussi, de mettre en œuvre ces contentions sur la consultation. » Entretien 12.

La dimension de soin perçue par le soignant est décrite avec des limites par certains soignants : la dimension de protection est décrite comme de courte durée et ponctuelle : *« un moyen de protéger une personne et les autres de façon temporaire. » Entretien 10* ; bien que sécurisante la contention reste mal vécue par le soignant ; certains soignants se questionne si la sécurité des soignants correspond bien à la sécurité des patients ; un soignant a décrit la contention comme un réflexe de protection : *« Je ne sais pas... sur des patients comme ça, c'est un réflexe un peu de survie, un réflexe de protection de toi et du patient. » Entretien 17.*

« Je trouve qu'il y a quelque chose quand même toujours un peu rabaissant et un peu humiliant, je conçois que la contention est utile pour protéger le patient ou pour protéger les soignants. Mais à mon avis il faut qu'elle soit la plus brève possible. » Entretien 04

« Est-ce que ça le protégeait vraiment, est ce que c'était... plus un rôle d'assurance ou de réassurance pour l'équipe de soin, pour nous ? Objectivement je ne suis pas certain que ça protégeait du fait qu'il soit.... Et que y'avait peut-être d'autres moyens qu'on pouvait mettre en place » Entretien 26

Certains soignants ont mis en avant que la contention est un acte rattaché à la loi dans un milieu de soin et qui renvoie surtout à la sécurité. Ainsi certains ont mis en avant que l'aspect sécuritaire de la contention ne correspond pas à la représentation

qu'ils ont de leur fonction de soignant, pour d'autres la dimension sécuritaire n'est pas une dimension de soin : *« Enfin j'étais souvent pas d'accord avec la contention à X parce que ce n'était pas pour du soin, c'était pour de la sécurité. » Entretien 25.*

« Parce qu'on est dans la contrainte physique, je pense que ce n'est pas le rôle, enfin moi quand j'ai décidé de faire infirmier en Psychiatrie, je ne fais pas ça pour attacher des patients. » Entretien 32

« C'est une privation de liberté, qui est exercée par les soignants dans un cadre de soin et pourtant en droit c'est habituellement... moi je pense que c'est quelque chose qu'ont le droit de faire des policiers, des représentants des forces de l'ordre que ça soit l'armée ou même un juge... c'est un petit peu pour moi un élément sécuritaire qui s'immisce dans le soin aussi parfois. » Entretien 20

« Là c'est une contention qui a été mise pour préserver les autres, voilà et qu'on maintien... elle est plus sécuritaire, donc là je suis gênée pour faire une évaluation, je ne suis pas spécialiste de ça. » Entretien 22

.2.2.5.3 Fréquence d'utilisation

Les différentes thématiques abordant une dimension de fréquence dans la pratique du soignant ont été abordées par 23 participants. Il a été mis en avant par certains soignants l'utilisation de la contention dans leur service est perçue comme rare : *« Premièrement c'est un acte qui est peu fréquent je trouve. » Entretien 26*, ce qui paraît satisfaisant pour le soignant : *« Comme ça je dirai qu'elle est rare et c'est bien et c'est tant mieux. » Entretien 21.* Cette fréquence rare est en accord avec la représentation de la contention comme une pratique exceptionnelle que se font certains soignants : *« La contention physique doit rester exceptionnelle. » Entretien 29.* Elle est aussi associée à la mise en place d'alternatives efficaces : *« on évite le plus possible de le faire parce qu'on a les moyens aussi » Entretien 31.*

« La contention, quelque chose de rare et je suis plutôt contente parce que je me dis que finalement on arrive à trouver quelques alternatives. » Entretien 21

D'autres soignants ont décrit une utilisation des contentions comme fréquente dans leur pratique : *« ici on en a quand même assez souvent. » Entretien 19.* Une explication

donnée est que l'utilisation est fréquente sur quelques patients, mais rare dans sa généralité sur le service. La fréquence élevée est associée à des cas complexes ou à l'arrivée dans le service : *« c'est très souvent à l'arrivée. » Entretien 10.*

« Et qui sont violents et qui sont menaçants et en fin de compte ce ne sont pas beaucoup de patients. Ils nous marquent plus, ils restent plus longtemps parce qu'ils sont difficiles à soigner mais ce n'est pas un nombre important de patients à la vérité. » Entretien 25

Les représentations autour de la fréquence sont difficiles à restituer pour certains soignants en raison d'une grande variabilité des situations et du manque de recul pour d'autres.

« il y avait d'autres cas de figure, après je ne me rends pas bien compte quel est le plus fréquent. » Entretien 22

.2.2.5.4 Les représentations associées à la durée

Les thématiques abordant les représentations des soignants autour des durées de contention dans leur pratique ont été retrouvées dans 21 entretiens. Une grande partie de ces entretiens a fait apparaître une durée d'utilisation courte allant de moins d'une heure pour certains à plusieurs heures pour d'autres. Cette variabilité a été aussi retrouvée dans les contentions perçues comme longue qui peuvent aller de quelques heures à plus d'une journée.

« la plupart du temps c'est des contentions très brèves qui dure moins d'une heure, » Entretien 29

« un temps le plus souvent court, quelques heures. » Entretien 26

Les contentions courtes sont décrites comme saines et associées à une volonté des soignants que la contention soit la plus courte possible : *« l'objectif, c'est de la lever au plus vite. » Entretien 09.* A l'inverse des contentions longues qui, bien que décrites comme rares par certains : *« c'est rare qu'il y ait des contentions sur plusieurs jours. » Entretien 16,* sont critiquées par les soignants : *« moi laisser quelqu'un contenu 48h, ça devient une aberration. » Entretien 08,* en raison d'une représentation que la contention est moins bénéfique sur des durées prolongées.

« Je pense que si on les gardait, ça évoluerait mal, donc du coup comme on ne les garde pas très longtemps, finalement je pense qu'il y a moins d'impact par rapport à l'évolution. »
Entretien 03

Dans la pratique, la durée est associée à l'état du patient dans le fait que la contention dure le temps que la clinique aigue s'améliore : *« Juste le temps que le patient s'apaise. »* Entretien 05. Selon certains participants, la durée des contentions est aussi associée aux représentations qu'ont les soignants de la contention, avec les représentations négatives qui vont favoriser la levée des contentions et une représentation de facilité à s'occuper d'un patient sous contention qui défavorise la levée des contentions.

« Parce que c'est plus facile, plus facile de le laisser contentonné, clairement. » Entretien 24

« Donc ça j'étais vraiment très en difficulté par rapport à ça, le fait d'être dans cette position-là de priver les gens de leur liberté, ça ne m'a jamais plus, ça ne me plaît toujours pas de le faire, [...] après c'est vrai que j'ai tendance à très rapidement lever les contentions et faire sortir les personnes. » Entretien 20

« Je pense qu'un service qui n'a pas beaucoup de moyen humain et un petit service, c'est très facile de laisser, souvent, [...] contentonner parce qu'on ne peut pas gérer la crise ou prendre le temps de l'apaiser par la parole. » Entretien 28

.2.2.5.5 Les représentations de dernier recours

20 soignants ont abordé une représentation de la contention avec une dimension de derniers recours. Pour la plus grande majorité d'entre eux la contention est rattachée à l'absence d'autre recours ou d'autres possibilités sur la situation. Pour certains soignants la légitimité de l'utilisation de la contention n'est pas questionnée auprès des autres soignants en raison de la représentation de dernier recours.

« Bien que, je te le disais tout à l'heure, c'est quand même le truc qu'on devrait avoir recours au dernier moment. » Entretien 19

« Je ne crois pas que ça me soit arrivé d'interroger les infirmiers sur la légitimité ou pas, par

ce que je suis persuadé que c'est fait en dernier recours quand même. » Entretien 14

« ce n'est pas un outil thérapeutique dans lequel, je puisse me sentir à l'aise. En fait c'est vraiment utilisé en dernier recours, je crois que je ne peux pas l'envisager tant que je ne peux pas faire autrement. » Entretien 22

.2.2.5.6 Les représentations de nécessité et d'obligation

La dimension de nécessité ou d'obligation, a été retrouvée dans 17 entretiens. Pour certains participants la mesure est décrite comme nécessaire pour le patient et d'autres participants la décrivent comme une obligation pour les soignants à mettre en place une mesure.

« Je me dis que si on le fait, vraiment le patient en a besoin » Entretien 01

« ce n'est pas satisfaisant pour moi en termes de prise en charge, mais malheureusement quand on n'a pas le choix on y est quand même obligé » Entretien 08

Cette représentation a été associée à une dimension de sécurité qui est perçue comme nécessaire au soignant pour pouvoir travailler : *« Sans sécurité, il n'y a pas de prise en soin possible. » Entretien 30.*

Il a été retrouvé des limites à cette dimension de nécessité au travers du discours de la plus grande partie des soignants : la nécessité d'agir se fait sur un moment précis ; la nécessité est ponctuelle ; l'absence de moyen entraîne la nécessité.

« Je me dis que la contention c'est nécessaire, je me demande si elle est nécessaire dans l'absolu. Elle est nécessaire dans certaines circonstances actuelles. » Entretien 12

« On le fait parce qu'on est obligé de le faire à un moment T. » Entretien 32

« Elle est nécessaire sur le moment effectivement parce qu'on est dépourvu. » Entretien 28

Un soignant a explicité que la dimension de nécessité dans le discours des soignants leur permet de ne pas parler de leur vécu.

« Et je dirai aussi que pour nous, parce que c'est facile, on en parle en terme plus de : « il fallait le faire, c'était nécessaire. » mais c'est vrai qu'on parle peu de notre vécu en fait, parce

que ça nous renvoie, à tout un tas de chose de nos histoires, les uns les autres, de comment on vit la contrainte, on vit tous ce qui est exercice de la force, » Entretien 21

.2.2.5.7 Un questionnement autour des mécanismes de défense

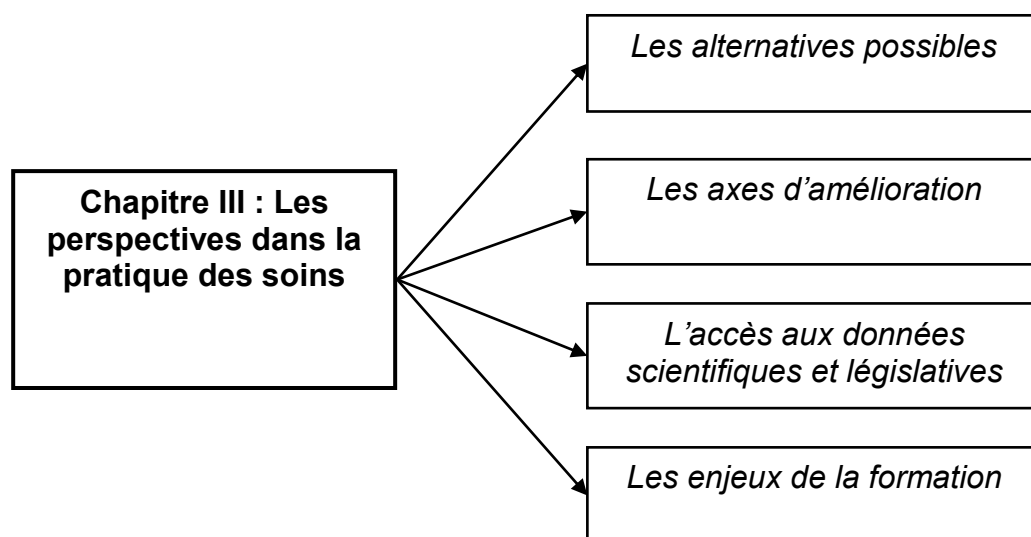
4 soignants ont émis l'hypothèse d'avoir dans leur représentation des fonctionnements ou des aménagements psychiques leur permettant d'utiliser la contention tout en se protégeant des représentations négatives de la contention et de leur vécu sur certaines situations.

« Alors le paradoxe, c'est que je n'ai pas de culpabilité vis-à-vis du patient. Peut-être parce que j'ai un aménagement psychique, qui me permet de retomber sur mes pattes en me disant : je n'aime pas le faire, je n'ai pas réussi à ne pas le faire, mais je l'ai fait, mais comme j'ai les deux premières conditions, que je n'aime pas, et que j'ai essayé de ne pas le faire, du coup l'avoir fait ce n'est pas si grave. » Entretien 10

.2.3 Chapitre III : les perspectives dans la pratique des soins

Après avoir abordé le vécu en lien avec une situation passée, avoir présenté les représentations de la contention dans la pratique actuelle, il sera dans cette catégorie traité les perspectives d'évolution de la pratique de la contention mécanique dans le discours des participants. Cette catégorie se subdivise en 4 sous-catégories : *Les alternatives possibles*, *Les axes d'améliorations*, *L'accès aux données scientifiques et législatives* et *Les enjeux de la formation*. Le plan de cette catégorie est représenté par la figure 9.

Figure 9



.2.3.1 Les alternatives possibles

Les différentes thématiques autour des alternatives à l'utilisation et la mise en place de la contention ont été abordées par 30 soignants. Elles sont regroupées de la manière suivante : *L'absence d'alternative* ; *Les alternatives centrées sur la position du soignant* ; *Les alternatives pharmaceutiques* ; et *Les alternatives institutionnelles*.

.2.3.1.1 L'absence d'alternative

14 soignants ne voient pas d'alternative à la contention. Il a été mis en avant par certains participants que la dimension de dernier recours de la contention implique que toutes les alternatives possibles ont déjà été mises en place avant. La contention apparaît comme indispensable pour quelques soignants avec la notion que si elle est utilisée c'est qu'il n'est pas possible de s'en passer.

« Je pense qu'il faut que ça reste autorisé, déjà, ça c'est vraiment important. Il faut qu'on arrive à faire comprendre l'intérêt de ce soin quand il est réfléchi... » Entretien 10

« il faudrait y réfléchir un moment et comme je te le disais au départ, c'est ce qu'on a en dernier recours, parce qu'un patient qui se claque la tête contre les murs, qui risque de se

blessé, je ne vois pas trop comment on pourrait faire, » Entretien 19

.2.3.1.2 Les alternatives centrées sur la position du soignant

Il a été mis en avant par 10 soignants des alternatives à la contention qui s'appuient sur la relation des soignants avec le patient que ce soit dans une démarche individuelle à faire par chaque soignant ou dans une démarche d'équipe plus collective.

Démarche individuelle

Tout d'abord il a été présenté des mesures qui concernent chaque soignant individuellement comme : l'intérêt de prendre du temps pour désamorcer les épisodes de violence, pour donner au patient un espace où exprimer sa tension, pour montrer au patient que la confrontation n'est pas privilégiée et créer un lien de qualité ; ou l'intérêt de redonner un choix au patient pour désamorcer les situations de violence.

« Aujourd'hui, avec l'expérience, je dirais qu'il existe d'autres alternatives. Un patient agité par exemple, ne serait-ce que lui laisser un espace pour qu'il puisse... décharger sa tension, lui laisser un espace, lui montrer que nous les soignants, on est présent et qu'on ne va pas forcément dans une confrontation physique. » Entretien 05

« je pense que dans des situations comme ça, un lien de très bonne qualité entre un soignant et un patient, peut éviter des contentions/isolément. » Entretien 20

« Mais les moments où j'ai réussi à éviter des contentions, j'ai des souvenirs très précis à X, c'est quand le patient a réussi à... quand j'ai redonné le choix au patient et que le patient a retrouvé des solutions. » Entretien 24

Démarche Collective

D'autres démarches, plus collectives sont présentées par les participants comme : la nécessité de continuer à chercher des alternatives et de favoriser des techniques de désescalade de la violence ; un travail à faire par les soignants sur la violence

qu'ils peuvent renvoyer au patient, cette dimension étant décrite comme tabou par un soignant ; ou encore l'intérêt de repenser l'accueil des patients lors de leur arrivée en hospitalisation pour favoriser l'alliance : *« Peut-être qu'il y a des choses à penser dans la manière dont on accueille les gens quand ils arrivent, en phase de grande décompensation chez nous » Entretien 22.*

« Donc toutes ces techniques, elles étaient transmises de diverses façons, et maintenant, elles sont écrites, rédigées et voilà, et je pense que c'est du... de la prévention de situation de violence, voilà. Et ça, je pense qu'on doit, les diffuser, les utiliser et du coup, peut-être limité le risque... d'en arriver à la contention. C'est des techniques de gestion de l'agitation. » Entretien 10

« Voilà tout ça, ça peut nous aider à prévenir cette violence qui si prévenir cette violence c'est aussi travailler sur nous, notre propre violence, ça c'est quand même quelque chose totalement tabou en psychiatrie, on pense que les patients sont violents et pas nous. » Entretien 20

La prévention des situations de crise ou de violence est aussi une alternative qui a été mise en avant comme concernant tous les soignants de manière individuelle ou collective au travers des réflexions suivantes : la perception des signes d'alertes permettrait d'agir et d'adapter les soins précocement ; l'anticipation passe par un travail sur sa pratique à posteriori en équipe et avec le patient : *« Et peut-être que pour chaque patient aussi, il faut travailler la prévention. » Entretien 18* ; le travail sur la rupture du traitement dans le cas de pathologies psychiatriques chroniques. L'axe de la prévention apparaît pour certains plus complexe dans le cas des patients intolérants à la frustration : *« Mais notre jeune retardée mentale profonde là, on ne peut pas lui éviter des frustrations, donc on sait que ça va se reproduire. » Entretien 18*

« Percevoir les signes d'alerte et d'agitation pour agir le plus rapidement possible et mettre en place les moyens d'évitement. Que ce soit en termes de lien, de contact ou médicamenteuse. » Entretien 26

« Je pense que ça, il faudrait peut-être qu'on soit mieux informé, qu'on puisse peut-être plus prévoir en amont de traiter vraiment un peu fort ces gens-là quand ils arrivent et puis après, je pense que la question, elle celle de la prévention en fait. C'est-à-dire qu'il y ait le moins possible de gens qui arrêtent leur traitement, avec des familles qui alertent depuis deux mois

.2.3.1.3 Les alternatives pharmaceutiques

L'utilisation des traitements médicamenteux pour éviter le recours à la contention a été évoquée par 10 soignants, et passe par une augmentation des posologies pour certains ou une adaptation du traitement au plus proche de l'état du patient. Des soignants se sont aussi interrogés sur les risques d'effets indésirables liés aux traitements.

« Après on pourrait aussi sédater plus pour fixer moins. » Entretien 23

« Donc vraiment d'essayer d'en parler, d'analyser un peu ce qu'il s'est passé, et de voir comment adapter au niveau thérapeutique pour essayer de d'adapter pour plus traiter le patient et avoir moins besoin de la contention physique. » Entretien 16

« Alors est ce qu'un traitement médicamenteux un peu renforcé pourrait éviter d'avoir recours à la contention je pense que oui mais en étant sur que l'on ne prend pas plus de risque en majorant les doses. » Entretien 04

.2.3.1.4 Les alternatives institutionnelles

Pour finir, il a été évoqué plusieurs mesures ou démarches qui dépendent d'un positionnement du service et de l'institution.

Un nombre de soignants plus important a été mis en avant pour permettre plus de présence soignante auprès des patients et ainsi mieux anticiper les situations de crise et favoriser les échanges avec le patient. Cette alternative a été décrite comme participant à une solution à la contention mais insuffisante toute seule.

« Je pense que le fait d'avoir des activités thérapeutiques et d'avoir des soignants en nombre, ça permet de faire du soin de qualité et d'éviter les passages à l'acte des patients. » Entretien 32

« C'est un peu de la négociation finalement avec un traitement et ... oui je te dirai ça, notre présence, plus de présence plusieurs soignant ça serait pas mal. » Entretien 03

« A mon avis c'est pas quelque chose de linéaire comme plus de soignants et moins de contention, mais je pense que ça peut y participer oui. Notamment dans des services ou y'a de l'agitation particulièrement. » Entretien 12

Il a été décrit par quelques soignants la possibilité de remplacer la contention mécanique par une contention manuelle avec une durée de contrainte physique pour le patient plus courte mais il a été aussi mis en avant le risque de blessure plus importante car le temps d'immobilisation par les soignants serait plus long que lors de la contention mécanique.

« Une contention physique par les personnes, les infirmiers, parfois qui dure un petit peu, le temps que le traitement fasse effet. Voilà ça mobilise plus de moyen humain incontestablement, mais c'est possible. » Entretien 02

« il y avait un infirmier ou un agent qui contentionne physiquement le patient, [...], mais je trouve l'idée pas mal, mais ça nécessite quelqu'un de formé qui fasse ça. » Entretien 30

« Je ne suis pas sûr que ça soit plus confortable pour le patient, la contention physique à la contention mécanique, avec 6 bonhomme qui font du close-combat qui se mettent dessus. Et puis en termes de sécurité pour le patient, je ne suis pas du tout sûr que ça soit plus sûre. » Entretien 24

Il a été proposé par des soignants l'utilisation de chambre capitonnée ou de placer les patients psychiatriques les plus complexes ou violent dans un établissement spécialisé dès l'entrée en institution.

« des chambres en fait toute capitonnées, où il n'y a quasiment rien, où tu ne peux pas te faire du mal, il n'y a rien du tout. Après ça pose la question du confort aussi mais est ce qu'il ne vaut mieux pas être dans une pièce où il n'y a rien, où tu ne peux pas te faire du mal, plutôt qu'être sur un lit attaché. Je veux dire est ce que ça ne permettrait pas, dans une chambre comme ça d'éviter la contention ? » Entretien 07

« Donc je me dis tous ces patients qui sont quand même un peu extrêmes pour nous, qui ne sont quand même pas le gros de nos patients, peut-être qu'à l'avenir ils seront dans des structures ou il y aura une unité dans la structure un peu plus sécurisée pour eux. » Entretien 25

.2.3.2 Les axes d'améliorations

Il a été exploré auprès des soignants les possibilités d'améliorer la pratique de la contention. Au travers de 27 entretiens qui ont présenté des axes d'améliorations, ont pu émerger les thématiques suivantes : *Les axes d'amélioration de la contention centré sur l'appropriation de la contention par les soignants ; Les axes d'améliorations centrés sur l'approche du patient ; La reprise de la situation à posteriori ; et L'implication de l'institution.*

.2.3.2.1 Les axes d'amélioration de la contention centrés sur l'appropriation de la contention par les soignants

Il a été présenté par 18 soignants des axes d'amélioration centrés sur les représentations des soignants et leur implication dans cette pratique. Certains soignants ont mis en avant la nécessité que la contention soit un dernier recours dans la représentation des soignants et que cette pratique ne puisse être envisagée que lorsque les autres recours ont été épuisés. Un soignant a proposé une arborescence de décision pour la mise en place de la contention.

« Il faut vraiment essayer de saisir, peu importe la chose, faut vraiment que ça soit le dernier recours. [...] Déjà quand j'étais jeune diplômé, je trouvais ça assez particulier, mais là avec l'expérience, avec le retour des patients, et bien je me dis qu'il faut vraiment que ça reste quelque chose de spécifique, si vraiment on n'a pas d'autre recours, d'autre solution. »
Entretien 05

« En fait on devrait avoir quelque chose qui serait... J'ai essayé ça : oui/non. Enfin une espèce d'arborescence : ça marche/ça marche pas, donc je fais ça : oui/non, ça ne marche pas, je fais ça et si je ne le fais pas, pourquoi à chaque étape je passe à l'étape d'après, voilà, comme une espèce de guide moral ; » *Entretien 10*

La durée est présentée comme un axe d'amélioration avec l'objectif de lever la contention le plus rapidement possible. Certains ont proposé que la durée soit mise dès la prescription ou encore la possibilité que la contention soit réévaluée et levée

par l'équipe qui l'a mise en place.

« Je pense que l'important c'est surtout, quand on est amené à contenir, c'est se dire surtout de... de se donner une limite dans le temps. » Entretien 07

« Ça devrait être très court la contention et que les gens qui la posent soient ceux qui la lève. » Entretien 25

Certains soignants ont insisté sur l'importance de la décision prise par une équipe. Ainsi, chaque décision doit faire l'objet d'une concertation en équipe avec les différents intervenants dans la prise en charge.

« C'est une décision d'équipe et qu'il faut qu'elle reste une décision d'équipe. C'est important qu'il y ait un échange, tant pour la mise en contention, que pour la poursuite, la levée. » Entretien 22

« Il faut que ça soit une décision d'équipe avec le médecin si possible, ou de pourquoi on ne le mettrait pas en contention justement. » Entretien 15

Enfin il a été mis en avant la surveillance la plus fréquente possible et la possibilité de prévenir le patient de la possibilité d'une contention en amont.

« Il faut être vigilant quand a la surveillance. » Entretien 23

« Alors des fois on est précipité par une situation de crise qu'on n'avait pas anticipé, mais l'idéal c'est de pouvoir en parler avec le patient avant, quand on sent qu'un état clinique est à la limite, de pouvoir dire au patient que, à un moment, c'est peut-être quelque chose auquel on pourrait avoir recours. » Entretien 04

.2.3.2.2 Les axes d'améliorations centrés sur l'approche du patient

Les axes d'améliorations qui s'attachent à prévenir et protéger le patient de certaines répercussions de la contention, ont été décrits par 11 soignants.

Pour certains le respect du patient et de sa dignité doit être une nécessité pour les soignants au cours de la contention. L'information au patient, autour de la contention,

est perçue comme une amélioration à mettre en place.

« C'est-à-dire rappeler que c'est une mesure de dernier recours, que ça doit être adaptée, nécessaire, proportionnée, pour éviter tous les abus, que la dignité du patient doit être à chaque fois recherchée, ça je trouve que c'est un bon fil directeur. » Entretien 24

« Ça doit être fait je pense dans quelque chose de toujours en ayant informé le patient, tout le temps de ce qu'on fait et pourquoi on le fait et ça doit être absolument repris avec le patient. » Entretien 08

D'autres ont mis en avant qu'une plus grande présence devrait être mise en place auprès du patient contentonné, voir même qu'il y ait une présence soignante permanente.

« Du personnel, passer une évaluation régulière une fois qu'elle est mise en place, un passage régulier, pour montrer au patient qu'il n'est pas oublié malgré la contention. » Entretien 09

« Donc ce qu'il faudrait, ça serait quelqu'un qui soit tout le temps là je pense, ça serait l'idéal » Entretien 24

La nécessité de renforcer le relationnel a été aussi proposée au cours de la contention, en favorisant l'échange entre le patient et les soignants sur leur ressenti.

« Contentionner un patient en lui montrant qu'on a quand même de l'empathie pour lui, qu'on est quand même conscient qu'il vit un moment compliqué, selon moi c'est toujours plus simple de pouvoir en discuter avec lui. » Entretien 05

« C'est sûr qu'il faut privilégier le dialogue quand le patient est tendu. » Entretien 32

.2.3.2.3 La reprise de la situation a posteriori

15 soignants ont présenté le travail de réflexion sur la situation à distance comme une nécessité.

Pour certains soignants, la situation doit être reprise entre soignants dans l'objectif de comprendre le déroulement de la situation, de se questionner sur sa pratique, de rechercher des alternatives sur la situation, et de pouvoir travailler son vécu. Ce

retour sur sa pratique est décrit comme faisant partie du soin pour quelques soignants.

« Et après pareil peut être débriefé en groupe peut être, voir voilà si on aurait pu éviter la contention. » Entretien 11

« Faire des réunions d'équipes vraiment avec un espace de parole pour que chacun puisse exprimer son vécu et qu'on reste dans le questionnement de pourquoi en arrive là et qu'est ce qui aurait pu être fait ou comment éviter... de dire que ce n'est peut-être pas la seule solution. Voir ce qu'il peut y avoir comme alternative. » Entretien 16

« C'est dure de revenir sur un acte, dont on sait l'utilité, mais dont... qu'on n'a pas forcément apprécié ou qu'on aurait aimé être autre, mais on a dû le passer. Et pourtant, je pense que ça serait plus que nécessaire. Ça devrait faire partie du soin même, complètement, au même titre qu'on a des surveillances obligatoires, le fait de reparler. » Entretien 21

La situation doit être reprise également avec le patient de manière systématique et préférentiellement en décalé pour certains participants. Les objectifs de ce travail sur la contention avec le patient seraient de recueillir son vécu et de mettre en place des stratégies alternatives ou des mesures anticipatoires si la situation se reproduit pour ne pas aboutir à la contention.

« Faudrait revenir encore, en reparler avec eux en décalé. Peut-être une semaine après. » Entretien 25

« Peut-être y revenir dessus avec le patient après, voilà s'il est en demande... Lui demander comment il l'a vécu peut-être. » Entretien 11

« Par ce qu'en plus tu peux le rebasculer en directive anticipée ce débriefing, donc gagnant-gagnant je pense. » Entretien 24

.2.3.2.4 L'implication de l'institution

Il a été mis en avant par 7 soignants que les améliorations autour de la contention pouvaient aussi passer par des mesures qui sont du ressort de l'établissement ou de l'institution comme des locaux plus sécurisés ou des moyens humains plus importants, mais aussi une implication sur la place de la contention et des protocoles

qui y sont associés.

« Je pense que les processus, pertinents, c'est... l'expérience de terrain, et quand je dis terrain, ce n'est pas toute la psychiatrie française, c'est chaque terrain là où il est, puisqu'on l'a vu : il y a des critères... c'est plus facile de moins contenir quand t'as plus de soignants, c'est plus facile de moins contenir quand tu as des locaux qui sont hyper-sécurisants, »
Entretien 10

« Sinon c'est terrible en fait, sinon le côté thérapeutique, le fait de quel sens on lui donne dans une équipe, ou même dans un projet de service c'est... ça serait vraiment grave, si ça n'était pas réfléchi au niveau institutionnel. » Entretien 20

.2.3.3 L'accès aux données scientifiques et législatives

Dans cette sous-catégorie sera abordé les réflexions des soignants autour des études scientifiques et des retours sur la pratique, ainsi que sur la place des textes de loi. Les thématiques sur la place de l'information et de la transmission de données ont été explicitées par 19 soignants.

.2.3.3.1 Un manque de données

Cette dimension de manque sur les études cliniques et les essais théoriques a été mise en avant par 8 soignants. Certains ont cité le manque de données quantitatives et de mettre en place une traçabilité de cette pratique, d'autre le manque de données sur le vécu des soignants ou encore le manque de données sur le cadre d'utilisation de la contention.

« Sur la recherche je pense que c'est plutôt bien que ça pose des questions dessus puisque c'est un soin plutôt utilisé fréquemment qui a toujours des... Pas forcément de consensus sur les indications, comment l'utiliser, quand l'utiliser. Pour moi ça reste dans certaines situations, pas possible de l'éviter, par contre je trouve que ça a peut-être des répercussions et des conséquences négatives sur le patient et du coup avoir des renseignements et des études sur ça... » Entretien 26

« Je ne sais pas si on a moins de contention, on n'arrive pas à avoir des chiffres clairs là-

.2.3.3.2 Des pratiques différentes entre chaque établissement

Quelques soignants ont mis en avant une méconnaissance des pratiques de la contention hors de leur établissement et leur interrogation sur l'échange entre établissement.

Certains soignants ont rapporté avoir connaissance de structures ou de pays qui utilisaient de manière différente la contention, et ont évoqué l'envie d'en savoir plus. L'absence de contention du fait d'une décision institutionnelle ou d'une législation nationale a été mise en avant le plus souvent avec une interrogation du soignant sur sa pratique.

« Moi j'aimerais vraiment savoir aussi s'il existe, hormis ce que moi je fais déjà ici et avec mes collègues, s'il existe d'autres alternatives. » Entretien 31

.2.3.3.3 La place de la législation

Plusieurs soignants ont dit avoir peu de connaissance sur la législation et les recommandations encadrant la pratique de la contention.

Les dernières recommandations et législations sont décrites comme bien perçues voir comme nécessaires par certains soignants. Cependant quelques participants se sont montrés plus critiques en s'interrogeant sur l'évolution de la contention.

« Je trouve que le cadre légal existant est pas mal quand même. » Entretien 08

« il y a des gens qui viennent de l'extérieur comme ça et qui disent « ce n'est pas bien ». Oui, mais bon ce n'est pas bien mais qu'est-ce qu'on fait ? » Entretien 31

.2.3.4 Les enjeux de la formation

Les thématiques autour de la formation ont été abordées par 13 soignants et sont

regroupées en trois parties : *Le manque de formation ; La nécessité de mettre en place une formation ; et L'expérimentation de la contention.*

.2.3.4.1 Le manque de formation

Le manque de formation des soignants sur la contention mécanique a été mise en avant par 6 soignants. Une partie a décrit une formation par leurs propres moyens et leur recherche personnelle dans la littérature scientifique, tandis que d'autres ont mis en avant une formation par l'expérience et l'échange avec d'autres soignants.

*« Je n'ai pas eu de formation, je me suis informé plus que formé sur la désescalade »
Entretien 24*

« Je ne l'avais jamais fait, quand je suis arrivé ici, à X, si tu veux, la première chose que j'ai fait et que j'ai dit aux infirmiers : apprenez-moi à faire, je ne sais pas. » Entretien 17

.2.3.4.2 La nécessité de mettre en place une formation

Dans le discours de 6 participants, la formation des soignants à cette pratique est apparue comme une nécessité du fait d'une formation considérée insuffisante pour certains. Ainsi, l'intérêt de renforcer la formation des soignants serait d'informer les soignants sur le cadre d'utilisation de la contention et d'insister sur l'objectif de ne pas blesser le patient. Pour quelques soignants la formation devrait réunir les différents acteurs de soin en raison de la disparité dans la formation autour de la contention, observée par certains soignants. La formation permettrait alors de favoriser les échanges entre soignants sur leurs représentations de la contention.

« Et là je pense quand même un besoin au niveau de la formation des soignants : infirmiers, aides-soignants, tous. » Entretien 17

« Je trouve qu'en formation infirmière ce serait quand même bien de montrer comment on pose une contention, montrer comment on maintien un patient sans lui faire mal, comment on bloque une articulation, ce genre de chose là et je trouve que ça éviterait pas mal de soucis. [...] On en parlerait un peu plus, on serait mieux formé, ça serait mieux utilisé, c'est-à-dire rarement et que dans la nécessité. » Entretien 32

« Qu'on ait tous, avec justement des rencontres avec tous les professionnels qui interviennent sur le moment de la contention, donc médecins, infirmier, aides-soignants, qu'on soit tous ensemble pour le faire, qu'on puisse échanger les points de vu. » Entretien 21

.2.3.4.3 L'expérimentation de la contention

Pour finir, 5 soignants ont mis en avant avoir expérimenté la contention personnellement dans un but didactique et rapporte un vécu difficile. Pour certains cette expérience est intéressante et permet une réflexion sur sa pratique.

« . Et une deuxième chose qui m'a quand même fait un peu réfléchir, et qui semble intéressant aux urgences, parfois les nouveaux infirmiers, les nouveaux médecins, on leur proposait de vivre l'expérience : d'être attaché sur lit d'isolement ; donc moi je l'ai fait et c'est horrible. » Entretien 02

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

.1 Discussion de la population

Cet étude comporte 32 participants est comparable à d'autres études similaires dans leur méthodologie avec analyse thématique, comme l'étude du Dr GUIVARCH et du Dr CARRE qui ont inclus chacun 29 participants (58) (60). Seulement deux études ont interrogé un plus grand nombre de soignants : l'étude coréenne de 2012 avec 40 personnes interrogées et l'étude australienne de 2014 avec 39 personnes, elles ont d'ailleurs toutes les deux recherchées les représentations qui font barrière à la levée des contentions chez les soignants (52) (53). A titre de comparaison les 8 études qui ont recherché le vécu des soignants, quel que soit la spécialité, au travers d'entretiens individuels et d'une méthodologie qualitative, comportaient une moyenne de 22 participants.

La répartition des participants est homogène entre les services d'UHSA, d'Urgences psychiatriques et d'UMD. La proportion plus grande des participants travaillant sur les services d'admission et de suite s'explique par une répartition plus importante de ces types de service au sein des établissements participant à la fédération de recherche et par la volonté de l'étude de rechercher une variation maximale des données. Un nombre plus important de médecins a été interrogé en comparaison avec l'étude du Dr GUIVARCH.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge et l'expérience professionnelle, elles semblent comparables aux autres études. L'ancienneté sur les lieux de recrutement semble moins importante que les résultats retrouvés dans la littérature mais cela pourrait s'expliquer par la création récente de certains services, et à la plus grande mobilité des soignants en France du fait du plus grand nombre de structures, à titre de comparaison l'ancienneté retrouvée sur l'étude iranienne va de 7 mois à 26 ans contre 6 mois à 17 ans sur la présente étude (55).

Pour ce qui est des caractéristiques professionnelles, aucune étude ne présente le parcours antérieur des soignants interrogés mais plusieurs précisent avoir recherché et sélectionné des profils de patient très différents pour une variation maximale des données comme l'étude belge de 2014 qui explore ce qui peut influencer la prise de décision (51). Les résultats montrent que plus de la moitié des soignants ont participé à une situation de contention avant d'arriver sur leur service actuel et plus d'un tiers ont assisté à une mise sous contention au cours de leur formation ce qui est en faveur d'une variété des parcours.

La formation des soignants apparaît insuffisante avec 6,3% des soignants qui ont eu une formation spécifique à cette pratique depuis l'obtention de leur diplôme et seulement 3,1% des participants disent en avoir bénéficié au cours de leurs études.

.2 Discussion des principaux résultats

.2.1 La complexité de la situation

Au vu des résultats, la dimension de complexité apparaît de manière récurrente dans la description de la situation, qu'elle soit perçue ou restituée par le participant.

.2.1.1 La présentation du patient

La complexité est illustrée tout d'abord par la présentation du patient. Il est retrouvé une prédominance de troubles du comportement dans sa description, en particulier à type d'agressivité et d'agitation, associés à une grande variété des profils psychopathologiques. Ce qui concorde avec les données retrouvées dans la littérature en faveur d'indication liées à des comportements perturbés plutôt qu'à des symptômes ayant une dimension nosologique (37) (38). D'autres caractéristiques venant perturber la relation entre le soignant et le patient sont mis en avant dans cette étude : l'inaccessibilité et l'imprévisibilité du patient. Ces dernières avec la violence, l'agressivité ou l'agitation, semblent très souvent associées entre elles sans qu'elles soient toutes systématiquement présentes. Cette dimension associative n'a

pas été retrouvée dans la littérature. A cela s'ajoute des dimensions de gravité à ces troubles du comportement.

Si les indications ne sont pas centrées sur des cadres nosologiques, il a été tout de même retrouvé certains profils psychopathologiques préférentiellement associés aux troubles du comportement comme : le patient psychotique délirant et inaccessible ; le trouble de la personnalité avec une agressivité et une impulsivité ; le patient présentant un état maniaque avec une agitation psychomotrice permanente et une sensibilité aux stimulations ; et le patient qui a pris des toxiques et dont les réactions sont imprévisibles. Les deux derniers profils sont d'ailleurs retrouvés préférentiellement aux urgences psychiatriques. Les autres profils ont été cités par des soignants issus de tous les services.

Par ailleurs les différents troubles des patients décrits sont souvent accompagnés d'un superlatif qui donne une dimension de gravité. On peut s'interroger si cette présentation est due à un vécu difficile, voire traumatique, qui vient faire irruption dans le discours ou si c'est un travail de rationalisation à distance pour expliquer le recours à la contention mécanique. Le vécu traumatique de certains soignants sur la situation viendrait appuyer la première proposition.

.2.1.2 La multitude de facteurs intervenant dans la décision

Les participants ont décrit un processus complexe et sous l'influence de ces acteurs. La décision de mettre en place la contention prend en compte plusieurs types arguments qui pourraient être décrits en trois modèles :

- Arguments liés au patient : dans le discours des soignants sont apparus des arguments de contention décrits comme provenant du patient comme son état, sa relation aux soignants, son physique ou encore ses antécédents de passage à l'acte.
- Arguments liés aux soignants : la décision du soignant peut venir d'un processus réfléchi qui prend en compte une balance bénéfice/risque, la

mise en place d'alternatives infructueuses et la décision prise en équipe. Il a été aussi décrit des processus liés au vécu du soignant qui sont pris en compte par le soignant dans son positionnement. Ainsi le vécu sur la situation et plus particulièrement le vécu de peur, le sentiment de danger lorsque le patient est agressif, d'autant plus s'il n'y a pas de contact antérieur avec ce dernier, participent à la décision. Ces deux processus se retrouvent dans l'argument, avancé par un soignant, que la décision en équipe est nécessaire car tout le monde n'arrive pas au même moment à prendre la décision de contention. Le vécu de chacun qu'il soit actuel ou antérieur à la situation, existe et serait à prendre en compte dans le processus de la décision de recours à la mesure.

- Arguments liés à l'environnement : plusieurs critères, indépendants des soignants et du patient, influencent la décision comme le nombre de soignants présents, leur disponibilité, l'agencement des locaux ou la présence d'autres patients.

Cette proposition de description des processus de décision s'appuie sur une théorie en trois modèles pour expliquer les comportements agressifs dans les services psychiatriques, décrit par NIJMAN dans son article : « *A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards* » (66) :

- Le modèle interne explique la conduite aggressive par la pathologie mentale ;
- Le modèle externe qui inclut les facteurs environnementaux amenant à l'apparition d'un comportement agressif ;
- Le modèle situationnel ou interactionnel qui est lié aux contre-attitudes négatives de l'équipe médicale et soignante envers le patient.

Les situations de violence et d'agressivité du patient seraient issues d'une combinaison des deux derniers facteurs en association d'un trouble psychopathologique(66). Plusieurs des études qualitatives sur la contention qui se sont intéressées aux expériences des soignants ont retrouvé l'implication de

l'environnement dans le recours à cette mesure. Certaines études ont ciblé l'implication du nombre de soignant (50), d'autres le contexte législatif (51). Plusieurs auteurs s'étaient déjà interrogés sur la participation des affects dans la décision de contention par les soignants, cette dernière ayant un rôle de protection (47) (49). Cette théorie en trois modèles semble donc transposable au processus de décision de la contention

Les différents déroulements possibles montrent bien la singularité de chaque situation. Le rôle du médecin est présenté comme celui de prescripteur par les deux corps de métier et a été décrit plus à distance de la situation. Les infirmiers ont été présentés comme étant en première ligne face à la situation. Ces derniers ont été mis en avant comme les initiateurs de la demande de contention dans la plupart des entretiens. Cette différenciation des rôles entraîne aussi une différence de vécu sur la nécessité de contention à l'origine d'un sentiment d'incompréhension pour l'équipe lors de refus des médecins, ou d'instrumentalisation pour ces derniers quand l'équipe leur présente la situation.

Si la décision en équipe est décrite comme la meilleure pratique par la plupart des soignants elle n'est pas la règle avec la mise en place de contention sans accord médical. Si ce déroulement est rattaché à une situation d'urgence ou à l'absence de présence médicale immédiate, il peut aussi représenter une politique du service.

.2.2 La recherche du lien relationnel

La plus grande partie des soignants a présenté une difficulté à entrer en relation avec le patient au cours de la situation. Dans certaines situations le contact a été décrit comme impossible dans un contexte de troubles du comportement avec une dimension d'inaccessibilité : le patient n'est pas accessible au discours du soignant ; le soignant ne peut pas accéder au patient et donc la relation thérapeutique ne peut pas avoir lieu ; le soignant considère alors que le patient est inaccessible aux soins en particulier ceux s'appuyant sur la dimension relationnelle. Ainsi plusieurs soignants ont mis en avant cette impossibilité d'entrer en relation avec le patient comme un argument dans la décision de contention.

Si la contention peut intervenir quand il n'y a pas de relation, certains participants ont évoqué que c'est la contention qui peut venir perturber la relation. Pour prévenir cet effet indésirable, il apparaît nécessaire pour les soignants de maintenir un contact que le patient y réponde ou non. Cela peut passer par l'information sur la mesure ou même une présence tout au long du processus.

Cette volonté du soignant de travailler la relation se retrouve tout au long de la situation et peut même être explicitée avec une dimension de nécessité. Si le dialogue est un média relationnel courant pour les soignants en psychiatrie, certains ont aussi mis en avant l'utilisation de soin de nursing voir même de soin « maternant ». Plusieurs explications ont été perçues dans le discours des participants. Tout d'abord cette position semble être prise par le soignant lorsque la personne sous contention lui renvoie une image de dépendance. La mise en place d'un comportement favorisant les soins de nursing vient alors naturellement à certains soignants. Ce comportement pourrait venir contrebalancer les représentations négatives de la contention qu'ont certains soignants. Ce passage d'un positionnement centré sur une intervention contraignante et parfois violente à un positionnement centré sur la présence et le confort de la personne immobilisée, n'est pas sans rappeler les dimensions d'impuissance et de dépendance retrouvées par le Dr CARRE dans le vécu des patients (60). La présence des soignants viendrait répondre à ce sentiment de vulnérabilité et d'abandon ressenti par le patient. Ces soins de nursing ont aussi été décrits comme permettant de revenir à une relation soignant/patient plus simple et moins complexe. Le soignant voudrait alors signifier que par le soin du corps il cherche à prendre soin de l'autre. Cette mise en sens semble être autant à destination du soignant lui-même que du patient.

La prépondérance des thématiques du rapport avec le patient montre l'importance du lien relationnel pour le soignant. Le soignant en psychiatrie conçoit le soin au travers de la relation, or la contention pourrait s'inscrire en décalage dans la continuité du dialogue avec l'utilisation de la force physique même si elle est maîtrisée et bienveillante selon certains soignants. Son utilisation s'expliquerait par la relation qui est déjà mise à mal par les troubles du comportement décrits. Le soignant percevrait alors une impossibilité à exercer le soin en particulier s'il se sent en danger face à de l'agressivité. La contention viendrait mettre de la sécurité dans la relation et

pourrait alors être perçue comme un outil pour instaurer ou restaurer une relation. Cette fonction de permettre la relation a également été retrouvée par J. THOMAS en 2010 (59).

La contention n'est cependant pas sans impact sur la relation. Plus de la moitié des soignants ont décrit une dégradation du lien avec le patient, ce dernier pouvant renvoyer une prise de distance ou de la colère. Plus étonnant la dégradation peut venir du soignant, après la fin de la mise sous contention avec un besoin de mettre à distance la situation. Ce résultat est toutefois à nuancer car il semble plus être en lien avec la situation et le comportement violent du patient. Si le soignant met l'accent sur la relation tout au long de la situation, il est apparu dans l'étude que l'épisode de contention est peu repris par le patient, avec une dimension de gêne à aborder le sujet avec le patient.

.2.3 La levée des contentions

L'étude retrouve, tout comme la décision de mise sous contention, plusieurs facteurs pris en compte pour la levée de la mesure. Le modèle en trois parties pourrait de nouveau s'appliquer à la décontention : présence d'arguments internes liés à l'état du patient ; arguments externes au patient et propres à l'environnement ; et les arguments relationnels qui s'appuient sur ce que perçoit le soignant de la situation. L'apaisement est le principal argument pour le retrait et peut même le conditionner. Cette dimension peut être aussi rapprochée à la diminution du danger pour l'équipe. La mise en place d'une alliance, voire même une acceptation des soins ont aussi été évoquées même si pour certains participants la levée de la contention peut être utilisée pour améliorer les rapports avec le patient. Un comportement agressif semble par contre une contre-indication à la levée.

L'aspect progressif de la démarche est la principale thématique retrouvée avec la nécessité d'évaluation infirmière et médicale, la concertation en équipe, le retrait en plusieurs fois et des retraits transitoires. Ce qui peut paraître paradoxal, au vu des représentations trouvées sur le thème d'une durée courte des contentions et du retrait dès que possible, qui ont été retrouvées. Cela pourrait s'expliquer par le vécu d'appréhension des soignants après certaines situations

particulièrement violentes, qui vient favoriser le maintien de la mesure. Les soignants qui ont un vécu de la pratique de la contention plus négatif que celui de la situation auraient tendance à retirer les attaches plus vite.

.2.4 De l'agression à la protection

Si on retrouve un vécu négatif à l'instar de la littérature (58), ce n'est pas un vécu d'impuissance, d'échec ou de colère qui prédomine. La thématique la plus retrouvée est un ressenti de violence et d'agression qui est autant rattaché au comportement du patient qu'à la mise en contention en elle-même. L'intensité du vécu peut venir perturber le fonctionnement du soignant avec une diminution de ses capacités de penser et une mise à mal de sa position soignante. Ce dernier point interroge car si la contention est une réaction à visée protectrice elle n'est pas pensée à ce moment-là comme un soin mais comme un acte de protection. Le vécu de violence semble associé à la représentation de la contention comme un acte de protection et de sécurité pour le patient mais aussi pour les autres. Il a été exprimé le besoin pour les soignants d'être en sécurité pour pouvoir prodiguer les soins, cette thématique peut être associée au discours sur l'intervention des renforts qui renvoie une image rassurante par le nombre. Si la contention apparaît comme sécurisante pour le soignant elle n'empêche pas un ressenti négatif de cette pratique. Elle est aussi associée à une responsabilité des soignants d'assurer la sécurité du service, ce qui semble prévaloir sur le soin en cas de violence (59).

Si la contention apparaît comme une réponse, certains entretiens ont abordé la place du soignant dans la violence. Cette dimension d'agressivité du patient induite possiblement par une position du soignant, avait déjà été retrouvée par l'étude du Pr MUIR-COCHRANNE (53).

.2.5 La question de l'outil thérapeutique

Plusieurs auteurs ont abordé ce sujet et ont pris des positions différentes. Pour D. FRIARD si la contention peut être nécessaire pour des raisons de sécurité cela ne signifie pas qu'elle soit thérapeutique pour autant (8). Pour J. PALAZZOLO, la contention est définie à la fois par des objectifs sécuritaires et de protection (4).

Pour P.A RAOULT, le soignant face dans une situation de violence, est pris entre son vécu d'agression et ses impératifs déontologiques. Les contre attitudes négatives apparaissent pour le protéger de l'angoisse issue de la situation. Les capacités relationnelles sont alors impactées avec une rigidification de postures et des difficultés à prendre du recul. En parallèle de quoi il ne peut répondre aux exigences du patient ce qui entraîne une « escalade de la violence ». La contention viendrait alors comme une tentative de rétablir une position soignante (67).

Le point de vue des soignants est lui aussi partagé. Certains y voient un outil thérapeutique avec une utilisation dans des situations cliniques précises et la supervision du médecin. Cette approche amène la thématique de mettre du sens qui se retrouve tout au long des situations mais aussi dans la représentation des participants. L'importance de cette thématique pourrait s'expliquer par des ressentis négatifs envers la contention, confrontés à un engagement thérapeutique mis à mal par la violence et la nécessité perçue d'une protection pour le patient. La contention est alors repoussée jusqu'à ce que le soignant perçoive cette mise en place comme la seule solution. De ce conflit éthique, déjà décrit par S. MARANGOS dans son étude, apparaît une nécessité de la mesure en dernier recours. Ces thématiques, de dernier recours et de nécessité, ont été aussi retrouvées dans le discours des soignants avec la notion d'une nécessité ponctuelle qui pourrait correspondre à cette dimension de résolution du conflit éthique. Le vécu négatif nécessiterait alors un travail de distanciation passant par la représentation de la contention comme un soin utilisable qu'en cas de nécessité. Ce travail de mise à distance semble essentiel pour le soignant en permettant de se réapproprier l'acte mais aussi la relation avec le patient. S'il n'est pas réalisé il peut amener à des mécanismes défensifs comme l'ont décrits certains participants

La dimension thérapeutique de la contention n'est pas unanime. Tout d'abord des conditions sont présentées par les soignants qui y voient un outil thérapeutique : il doit y avoir une réflexion qui s'accompagne et il faut se questionner sur un risque de dérive comme la banalisation ou l'utilisation en cas de punition. Cela renvoie à la hiérarchisation des pathologies retrouvé par J. THOMAS (59). Ensuite certains ne perçoivent pas l'aspect thérapeutique et le considère comme un outil sécuritaire. De manière plus générale la thématique du soin dépend des représentations de

chaque soignant, sur la contrainte dans les soins et sur l'action de protection, qui peut être rattachée à la dimension de prendre soin ou à celle décider pour autrui.

Dans cette étude la question du soin peut être abordée sur un plan psychopathologique. Les participants ont ainsi mis en avant des indications variées comme des troubles du comportement majeurs, l'inefficacité d'autres traitements, la perception d'un danger ou l'estimation d'un risque. Une différenciation a été faite entre la notion de risque et de danger : le danger est selon le dictionnaire LAROUSSE, une « situation où l'on se sent menacer » alors que le risque est la « possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage » (68). La première s'appuie donc sur un ressenti et une émotion alors que la seconde passe par un processus réfléchi. L'indication apparaît alors comme pouvant être soumise au ressenti du moment et interroge sur l'objectivité de l'équipe. Ce dernier point s'est retrouvé dans les descriptions de situations où l'équipe a mis en place cette privation de liberté dans un contexte de peur, par réaction ou anticipation, et qui n'était pas forcément en accord avec la vision du participant.

Les effets de la contention sont perçus par une majorité comme positifs ou bénéfiques pour le patient avec une thématique d'apaisement et d'amélioration du contact. Toutefois des limites sont apparues à ces résultats bénéfiques au patient. L'apaisement n'est pas systématique pour plus d'un tiers des participants du fait d'un caractère temporaire, insuffisant ou encore d'une majoration de l'agitation. Plusieurs soignants ont aussi mis en avant les effets indésirables somatiques. Enfin l'apaisement n'est pas dû à la contention mais au traitement adjuvant qui est administré pour plusieurs participants. Plusieurs mécanismes d'action ont été décrits : physique avec l'immobilisation qui permet la mise en place d'autre soin comme le traitement, ou alors psychique avec une dimension de poser des limites ou de contenance pour certains. Ce dernier point n'est pas partagé par certains participants pour qui cette pratique n'a pas de fonction contenante. D. FRIARD fait lui aussi cette distinction entre contention et contenance, en s'appuyant sur les travaux de W. R. BION dans son ouvrage « *Aux sources de l'expérience* » (69), il considère que c'est l'équipe qui fait office de contenant par la relation qu'elle met en place avec le patient, l'échec du dialogue amenant donc un échec de la contenance (5). Il a été retrouvé un autre mécanisme d'action qui fait à la fois intervenir la dimension

physique puis psychique : l'immobilisation et l'impuissance à agir du patient va entraîner une sorte « d'effondrement dépressif ». Le patient est alors apaisé et ne tient plus une position opposante au soignant. Un effet négatif de la contention serait alors à l'origine de l'apaisement recherché.

L'effet de la contention et les mécanismes ont été associés au traitement par plusieurs participants. Pour certains c'est le traitement seul qui permet l'apaisement, pour d'autres c'est la contention qui permet à l'effet sédatif du traitement d'agir ou encore qui permet sa mise en place. Bien que le traitement favorise l'apaisement et permet une anxiolyse, elle ne semble pas systématique pour tous les soignants malgré les recommandations de consensus. Au final les mécanismes d'action ne sont pas bien connus des soignants et semblent complexes. Il serait intéressant d'élargir la recherche sur ces aspects au cours d'études ultérieures.

.3 Force, limites et biais possibles

Les résultats ont été obtenus selon une analyse thématique du corpus, ce qui implique une familiarisation avec la sémantique du soin et de la contrainte ainsi que la compétence spécifique à mener un questionnement sur le vécu sans diriger le discours. Si la connaissance du chercheur est nécessaire, sa neutralité peut aussi être interrogée sur le recueil de données ou l'analyse des résultats. Pour cela le recueil sous forme d'entretien semi-structuré a permis de limiter l'influence de l'évaluateur sur la restitution du discours soignant et de favoriser un échange spontané. Cela n'a pas pu empêcher quelques erreurs dû à l'inexpérience : défauts de relance, suggestions, errance du discours. Pour limiter ce biais sur l'analyse, plusieurs impératifs décrits par P. PAILLE et A.MUCCHIELLI ont été suivis, dont l'impératif de restitution des données écrites des données à analyser et l'impératif de justesse qui amène l'analyste à revenir en arrière et à réexaminer les témoignages livrés dans l'objectif d'une restitution la plus juste possible et la moins interprétative (65).

Il existe un biais de classement lié à la forme de l'entretien semi-directif. Le soignant interrogé a pu présenter un discours en fonction de ce qu'il pensait socialement ou professionnellement acceptable, ou encore dans l'intérêt de présenter une image

positive de lui-même. Ainsi le participant a pu donner les réponses qu'il pensait attendu par le chercheur. Une position neutre a été recherchée à chaque entretien pour limiter ce biais. La vision du soignant pouvait aussi être liée à un positionnement du service qui privilégiait une approche plutôt qu'une autre.

.4 Les perspectives

L'absence d'alternative a été perçue par une partie importante des soignants interrogés, certains ont même mis en avant un caractère impératif à maintenir cette pratique dans certaines situations.

Plusieurs niveaux d'action sont apparus au travers des entretiens et qui ne sont pas sans rappeler le travail de M. WEBER qui décrit une éthique de conviction qui s'appuie sur une démarche collective et une éthique de responsabilité s'appuyant sur une démarche individuelle (70).

Plusieurs études ont mis en avant que les changements de pratique autour de la contention ne pouvaient s'opérer qu'avec un positionnement actif de l'institution mais aussi une modification des croyances individuelles.

Une première perspective apparue nécessaire dans le discours des soignants est de favoriser et de développer la formation des soignants autour de la contention. Il apparaît évident qu'un soignant qui utilise la contention devrait avoir des connaissances précises des risques vitaux qu'encourt le patient comme l'a décrit la conférence de consensus de 2003. Un travail devrait également être nécessaire sur le plan pratique pour limiter les risques de blessure aussi bien pour l'équipe que le patient. Plusieurs études ont montré des résultats intéressants, bien qu'à développer, sur la formation des équipes soignantes à des stratégies alternatives à la contention ou de désescalade de la violence (41). Il a été retrouvé dans la littérature que c'est le milieu professionnel et son vécu qui vont prédisposer à utiliser la contention (37). Les institutions devraient donc favoriser l'implication des soignants dans ces programmes.

Malgré les obstacles qui ont été décrits à travailler la situation à distance, comme les

mécanismes défensifs ou la banalisation, les démarches de synthèse et de débriefing sont à favoriser dans un objectif d'amélioration des pratiques mais aussi d'élaboration autour du vécu de chaque soignant à la situation. Cette démarche peut servir comme point de départ à une prévention et un repérage précoce des situations à risques et sur comment les appréhender.

Les participants ont proposé d'autres mesures comme un meilleur aménagement des locaux ou un nombre de soignants plus important. Ce dernier point s'est aussi retrouvé comme un facteur rassurant sur la situation et aussi associé à une meilleure mise en place. Pour plusieurs auteurs cette pratique est une solution au manque de personnel et est donc à prendre en compte (71).

Un axe de travail intéressant est celui centré sur l'implication des soignants dans leur processus de rétablissement et de dans le développement de stratégies alternatives afin de ne pas arriver à la mise sous contention. Cette dimension est mise en avant par plusieurs études américaines et canadiennes (3) (42).

Cette étude viendra aussi compléter la future étude épidémiologique quantitative de la FERREPSY et permettre un complément d'analyse sur la pratique de la contention dans la région Occitanie. Il serait aussi intéressant de mettre en place une étude qualitative sur les alternatives possibles à la contention en s'appuyant sur des entretiens de groupes qui pourraient en plus des infirmiers et des médecins, intégrer des aides-soignants, des agents de sécurité, des représentants de l'institution ainsi que des patients.

CONCLUSION

La contention physique en psychiatrie est en recrudescence en France selon les derniers rapports. Plusieurs organismes internationaux comme l'Organisation des Nations Unies ou le Comité pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants se sont positionnés en faveur d'une restriction de cette pratique, du fait de ses effets indésirables et de la privation de liberté. La législation française, après plusieurs rapports récents, se positionne elle aussi en ce sens et vient donner un cadre législatif et demander la création d'un registre pour la première fois avec la loi du 26 janvier 2016.

Notre étude, qui avait pour objectif de recueillir l'expérience vécue du soignant au travers d'une analyse thématique de son discours, retrouve des thèmes de violence, et de peur. La thématique du lien relationnel est centrale dans le discours du soignant. Celui-ci, recherché tout au long du processus, peut ainsi être altéré du fait des troubles du comportement présentés par le patient avant d'être mis sous contention ou du fait de la contention en elle-même, mal vécue par les patients. L'emploi de stratégies relationnelles est d'ailleurs l'une des principales alternatives avec l'utilisation de chambre sécurisée, de traitement sédatif et la contention physique.

Le vécu du soignant a montré l'influence dans la prise de décision d'une mesure de contention des facteurs liés à la psychopathologie du patient, liés à l'environnement avec la sécurité des locaux et le nombre de soignants, ainsi que des facteurs liés à la perception et à la réflexion des soignants sur la situation. Ces trois types de facteurs sont également retrouvés dans le processus de retrait des contentions, auquel s'ajoute une dimension de levée progressive et de levée d'essai.

Les principales représentations de la contention chez les soignants sont les thématiques de dernier recours, de nécessité et de protection. Certains soignants considéraient l'utilisation de la contention comme un outil thérapeutique, y permettant d'y mettre du sens, tandis que d'autres en réfutaient toute fonction thérapeutique.

Le discours des soignants pouvait aussi s'opposer sur les effets et les mécanismes d'actions avec une dimension d'apaisement ne faisant pas consensus selon les situations et un mécanisme d'action de la contention tantôt physique par l'immobilisation, tantôt psychique avec des mécanismes de contenance. Le traitement médicamenteux bien que perçu comme participant à l'apaisement ou permettant la sédation n'est pas mis en place de manière systématique selon les participants.

Cette étude s'est aussi intéressée aux perspectives d'alternatives qui sont pour la plupart axées sur le développement de stratégies relationnelles, sur une participation de l'institution par davantage de moyens humains, le nombre de soignants étant plus rassurant pour l'équipe et permettant une plus grande disponibilité ainsi qu'un risque diminué de blessures pour le patient. Les mesures de contention apparaissent pour certains soignants comme nécessaires et inévitables.

Les soignants ont mis en avant plusieurs axes d'amélioration à cette pratique avec la nécessité qu'elle soit réfléchie en équipe, la plus courte et la moins fréquente possible et dans le respect du patient. La situation est peu reprise en équipe et avec le patient alors qu'elle permettrait de faire émerger un positionnement différent dans l'équipe, d'impliquer le patient dans sa prise en charge et de travailler son vécu a posteriori. La formation des soignants sur la contention et la gestion de situations de violence pourraient être davantage proposées et permettre une meilleure pratique, ainsi que d'en diminuer le recours.

Au regard de ces résultats, au vu des vécus négatifs que les soignants décrivent au cours d'une situation de mises sous contention physique, de la présence d'effets indésirables potentiellement graves et de la législation en vigueur, il semble nécessaire de favoriser les alternatives à la pratique de la contention physique et d'accompagner les soignants et les patients dans leurs vécus. De nouvelles études pourraient permettre de préciser l'efficacité de la contention physique, les données épidémiologiques la concernant, mais également d'explorer les représentations des différents acteurs intervenant en psychiatrie sur la mise en place d'alternatives à cette pratique.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. 2017 févr.
2. Commission MH, others. Code of practice on the use of physical restraint in approved centres: issued pursuant to Section 33 (3)(e) of the Mental Health Act 2001.
3. Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques. 2015.
4. Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes J-P. Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie. Vol. Rapport du CPNLF. Paris: Média Flash; 2000.
5. Friard D. Attacher n'est pas contenir. Santé Ment. mars 2004;(86):16-28.
6. Snorrason J, Grímsdóttir GU, Sigurdsson JF. [Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali-University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff]. Laeknabladid. déc 2007;93(12):833-9.
7. Résolution 46/119 de l'ONU, principe 11. 1991.
8. Cour Européenne des Droits de l'Homme, AFFAIRE HERCZEGFALVY c. AUTRICHE, 24 septembre 1992, 10533/83.
9. Godfryd M. Psychiatrie et droit européen. Elsevier Masson. 2002;(37-907-A-30).
10. Recommandation 1235 du Conseil de l'Europe relative à la Psychiatrie et aux droits de l'homme. Texte adopté par l'Assemblée le 12 avril 1994.
11. Comité des ministres du conseil de l'Europe. Recommandation rec(2004)10. sept 22, 2004.
12. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumain ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.
13. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumain ou dégradants. Document de discussion du 4 mars 2011 sur « Le recours à la contention et à l'isolement dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux ». Conseil de l'Europe; 2011 mars.
14. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumain ou dégradants. Normes du CPT concernant la contention et l'isolement en psychiatrie. Conseil de l'Europe; 2015.

15. Article L.3211-3 du Code de la santé publique.
16. Ordre National de Médecins. Article 2 du Code de Déontologie Médicale. (Article R.4127-2 du Code de la santé publique).
17. Ordre National de Médecins. Article 8 du Code de Déontologie Médicale. (Article R.4127-8 du Code de la santé publique).
18. Article R.4311-5 du Code de la santé publique.
19. Article R.4311-7 du Code de la santé publique.
20. Panfili J-M. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? Object Soins Manag. févr 2013;(213):18-22.
21. Dujardin V. Note juridique sur l'isolement et la contention. EPSM Lille Métropole; 2016.
22. Cour administrative d'appel de Nantes. N° 92NT00651, 2e chambre. janv 25, 1995.
23. Cour administrative d'appel de Douai. N° 05DA01282, 2e chambre. juin 13, 2006.
24. Cour administrative d'appel de Marseille. N° 05MA01245, 3e chambre. janv 25, 2007.
25. Veil S. Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
26. Commission des affaires sociales D, Robiliard D. La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Assemblée nationale; 2013 déc. Report No.: 1662.
27. France, Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Paris: Dalloz; 2014.
28. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2014. Paris: Dalloz; 2015.
29. Hazan A. L'isolement entre soin est sanction. Santé Ment. sept 2016;(210):30-5.
30. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: Dalloz; 2016.
31. Article L.3222-5-1 du Code de la santé publique. janv 26, 2016.
32. Péchillon E. La notion de « dernier recours » éclairage juridique. Santé Ment. sept 2016;(210):36-40.
33. Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017.

34. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier J-N, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. oct 2009;24(10):1110-8.
35. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *Br J Psychiatry*. 2007;191(4):298–303.
36. Ministry of Health New South Wales. Aggression, seclusion and restraint in mental health facilities in NSW. Sidney; 2012.
37. Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18(5):555–559.
38. Bardet Blochet A. Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 7 janv 2009;(160):4-11.
39. Santiago Delefosse M, Gonin Nicole A, Sautter CS. Naissance d'une Psychiatrie critique anglo-saxonne, perspectives et limites. Elsevier Masson. 2011;(37-957-A-70).
40. Johnson ME. Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. *Issues Ment Health Nurs*. janv 2010;31(3):181-97.
41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. 2011.
42. Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint-Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint?-A Systematic Review. *Perspect Psychiatr Care*. avr 2012;48(2):83-94.
43. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en Psychiatrie. 1998 juin.
44. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. *Eval Prat Prof Dans Établ Santé*. oct 2000;
45. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). Paris: SFMU; 2003. (Conférence de consensus).
46. Yarmesch M, Sheafor M. The decision to restrain. *Geriatr Nur (Lond)*. 1984;(5):242-4.
47. Di Fabio S. Nurses' reactions to restraining patients. *Am J Nurs*. 1981;(81):973-5.
48. Coulson D., Allen J., Coyne L. Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry*. 1985;(36):168-72.
49. Dubin W. The role of fantasies, countertransference, and psychological defenses

- in patient violence. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;(40):1280-3.
50. Jiang H, Li C, Gu Y, He Y. Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nurs Ethics*. 2014;22(6):652-60.
 51. Dierckx de Casterlé BD, Goethals S, Gastmans C. Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Nurs Ethics*. sept 2015;22(6):642-51.
 52. Kong E-H, Evans LK. Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Homes. *Asian Nurs Res*. déc 2012;6(4):173-80.
 53. Muir-Cochrane EC, Baird J, McCann TV. Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study: Seclusion in old age psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. mars 2015;22(2):109-15.
 54. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs*. 2000;31(2):362-369.
 55. Moghadam MF, Khoshknab MF, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about physical restraint; a qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2014;2(1):20.
 56. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst*. déc 2016;10(1).
 57. Observatoire National des violences en milieu de santé. Rapport annuel 2015 sur les données 2014. 2015.
 58. Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*. sept 2013;39(4):237-43.
 59. Thomas J. Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. [Linguistique]. [Lyon]: Université Lumière-Lyon 2; 2010.
 60. Carré R. Contention physique: revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients [Médecine spécialisée clinique]. [Toulouse]: Université Toulouse 3 - Paul Sabatier; 2014.
 61. Pourtois J-P, Desmet H. Epistémologie et instrumentation en sciences humaines. Wavre: Mardaga; 2007. 236 p. (PSY-Théories, débats, synthèses; vol. 3e éd.).
 62. Bardin L. L'analyse de contenu [Internet]. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 296 p. (Quadrige). Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>

63. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Rech Qual. 2006;99–111.
64. Thiétart R-A. Méthodes de recherche en management. Paris: Dunod; 2014.
65. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012. 424 p. (U).
66. Nijman HL, á Campo JM, Ravelli DP, Merckelbach HL. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. Psychiatr Serv. 1999;50(6):832–834.
67. Raoult P-A. L'isolement, passage à l'acte soignant ? Santé Ment. sept 2016;(210):50-5.
68. Collectif. Le Petit Larousse 2015. Paris: Larousse; 2014. 2048 p.
69. Bion WR. Aux sources de l'expérience. Presses Universitaires de France. Paris: PUF; 2003. (Psychologie et Psychanalyse).
70. Touzet P. Pour une éthique de la contention. Santé Ment. mars 2004;(86):54-6.
71. Bagaragaza E, Vedel I, Cassou B. Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive. Gériatologie Société. 2006;116(1):161.

ANNEXES :

Annexe 1 : guide d'entretien

Thématiques	Questions	
	Générales :	Eléments à aborder :
Situation ayant amené à la mise en place d'une contention physique : - La Psychopathologie du patient a-t-elle été prise en compte ? Est-elle le facteur principal qui a amené à cette situation ? - L'Environnement a-t-il une importance dans la situation ?	Que pouvez-vous me dire sur la contention physique ? Pouvez-vous me décrire une situation, qui vous est arrivée, qui a nécessité une contention mécanique ?	Que faisait le patient ? Que pouvez-vous me dire sur le patient ? Comment l'avez-vous trouvé ? (Où se passait la situation ?) Que pouvez-vous me dire sur ce lieu ?
Décrire le Processus de prise de décision : - Quels sont les Intervenant(s) qui sont intervenus sur la situation ? Qui a évoqué la nécessité d'une contention mécanique ? - Critères	Comment <i>est venue l'idée</i> d'une contention physique ? Qu'est ce qui est déterminant (selon vous) pour contenir/ mettre en place une contention ?	Qui a décidé de la contention ? Qui a évoqué la contention ? Quels éléments vous ont amené à prendre cette décision ?
Quel sont les Ressentis du soignant ?	Comment s'est passée la contention pour vous ? Comment avez-vous vécu cette situation ?	Quelles émotions avez-vous ressenties ? Quelles images/pensées avez-vous eues ? Comment avez-vous réagi ? Comment avez-vous vécu la situation ? Quel vécu avez-vous eu lors d'autres contentions ?
Comment la Qualité de la relation évolue t elle et est-elle ressentie par le soignant ?	Est-ce que vous pouvez me décrire vos rapports avec le patient (pendant la contention) ?	Comment ont-ils évolué ? Comment ont évolué vos rapports après le retrait des contentions ? Comment agit la contention sur votre rapport avec ce patient ? et plus généralement ?
Quel Impact a la contention mécanique a-t-elle sur la clinique ? : - Évolution de la clinique ? - Apaisement ?	Quel effet, selon vous, a eu la contention sur ce patient ?	Comment le patient a réagi ? Comment trouvez-vous les patients après la contention ?
Retrait	Comment s'est passé le retrait ?	Qui a décidé le retrait ? Quels éléments vous ont amené à prendre cette décision ? A quel moment enlevez-vous les contentions ?
Sédation	Quelles autres mesures ont été mises en place ?	Quelles mesures mettriez-vous en place conjointement ? Que pensez-vous d'associer un traitement à la contention ? Quel lien feriez-vous entre contention et sédation ?
Alternatives et améliorations	Quelles améliorations pourraient être proposées ? Quelles alternatives à une contention seraient (/auraient été) envisageables ?	

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Formulaire consentement

À la vue des nombreuses questions éthique que pose la pratique de la contention mécanique dans le milieu psychiatrique et de d'un faible nombre d'étude sur le vécu des soignants (médecins et infirmier) selon les différentes structures en milieu psychiatriques, il semble intéressant de mener une étude sur le vécu des soignant dans ces conditions.

Cette étude sur le vécu des soignants autour de la contention mécanique a pour objectif de donner la parole aux soignants pour parler de leur pratique de la contention et des représentations qui y sont associés.

Les différentes structures où doivent exercer les soignants sont : les Unité Hospitalières Spécialement Aménagées, les Unité pour Malade Difficile, les Urgences Psychiatriques et les services de psychiatrie adulte de secteur. Elles doivent être affiliées à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Midi-Pyrénées.

Les soignants concernés sont des Infirmiers et des médecins ayant une expérience de 6 mois concernant la pratique de la contention.

Les données seront recueillies au cours d'un entretien avec le médecin investigateur par un magnétophone, anonyme puis analysées.

À tout moment le soignant peut décider de retirer son consentement pour participer à cette étude.

Je suis d'accord pour participer à l'étude qualitative et à être recontacter si un complément d'information est nécessaire.

Nom et prénom :

Date et Signature :

Annexe 3 : Recueil des données sociodémographiques

Données sociodémographiques :

Ces informations ne seront accessibles qu'aux promoteurs de l'étude.

Age :

Sexe :

Profession :

Date du début d'exercice :

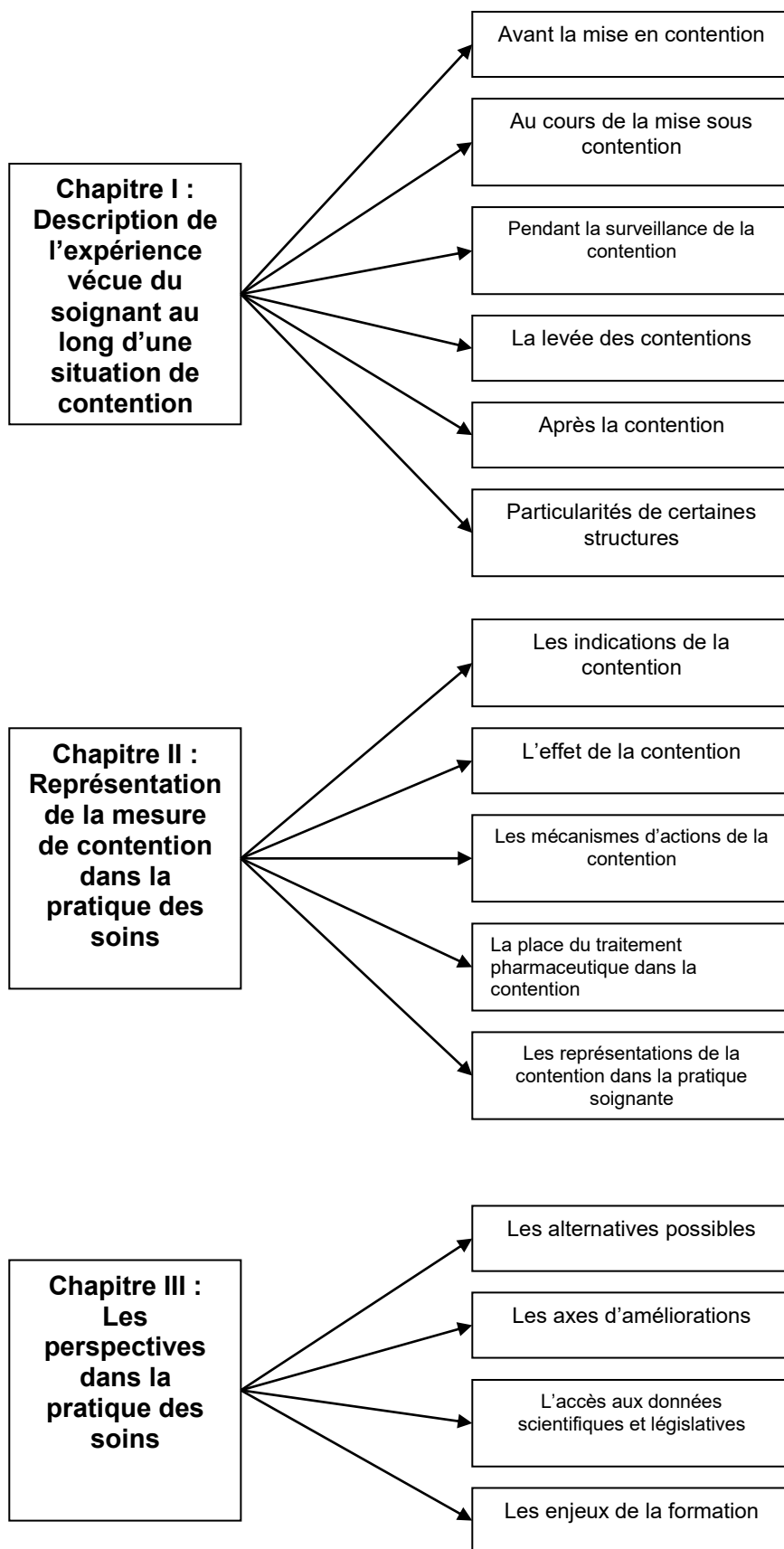
Service actuel :

Date d'arrivée dans le service :

Services antérieurs utilisant la contention :

Formation sur la contention :

Annexe 4 : Arbre thématique schématique



**TITRE EN ANGLAIS : PHYSICAL RESTRAINT : REGIONAL QUALITATIVE
STUDY ABOUT CAREGIVERS' PERCEPTIONS**

RESUME EN ANGLAIS :

The problem of the physical restraint in adult psychiatry questions as well the nursing and the users in mental health as the politicians and the legislators. The objective of this qualitative study is to explore the caregivers' ex post discourse about a situation experienced of physical restraint, using a thematic analysis. Results show a lived experience of violence and fear about this situation. Theme of the relationship is central to the caregiver's discourse. The caregiver's experience has shown the influence of factors related to the psychopathology of the patient, to the environment with the security of premises and number of caregivers, as well as factors related to perception and thought of the caregivers in the decision about the use of physical restraint and ending the use of restraint. For caregivers, it is associated with representations of last resort, necessity and protection. Its mechanism could be described as physical by some or psychic by others. The use of restraint as a therapeutic tool and the calming effect do not make consensus for the contributors. They were also able to discuss their perceptions of alternatives and improvements to be made to this practice. Considering the results, it seems necessary to promote alternatives to the practice of physical restraint and to accompany caregivers and patients in their experiences.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS EN ANGLAIS : physical restraint, adult psychiatry, qualitative study, thematic analysis, lived experience, caregivers' discourse, violence, fear, last resort.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Raphaël CARRE

**CONTENTION PHYSIQUE : ETUDE QUALITATIVE REGIONALE SUR LE
VECU DES SOIGNANTS EN PSYCHIATRIE ADULTE**

RESUME EN FRANÇAIS :

La problématique de la contention physique en psychiatrie adulte interroge aussi bien les soignants et les usagers en santé mentale que les politiciens et les législateurs. L'objectif de cette étude qualitative est d'étudier le discours de soignants sur une situation vécue de contention physique a posteriori en utilisant une analyse thématique. Les résultats montrent un vécu de violence et de peur sur la situation. La thématique du lien relationnel est centrale dans le discours du soignant. Le vécu du soignant a montré l'influence des facteurs liés à la psychopathologie du patient, liés à l'environnement avec la sécurité des locaux et le nombre de soignants, ainsi que des facteurs liés à la perception et à la réflexion des soignants dans la prise de décision d'une mesure de contention et du retrait de cette dernière. Pour les soignants, elle est associée à des représentations de dernier recours, de nécessité et de protection. Son mécanisme a pu être décrit comme physique par certains ou psychique par d'autres. L'utilisation de la contention comme un outil thérapeutique et l'effet d'apaisement ne font pas consensus pour les participants. Ces derniers ont pu également aborder leur perception des alternatives et améliorations à apporter à cette pratique. Au vu des résultats, il semble nécessaire de favoriser les alternatives à la pratique de la contention physique et d'accompagner les soignants et les patients dans leurs vécus.

**PHYSICAL RESTRAINT : REGIONAL QUALITATIVE STUDY ABOUT
CAREGIVERS' PERCEPTIONS**

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : contention physique, Psychiatrie adulte, étude qualitative, analyse thématique, vécu des soignants, contrainte, violence, peur, derniers recours.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Raphaël CARRE