

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2014

2014 TOU3 1565

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Raphaël CARRE

le 29 Septembre 2014

**CONTENTION PHYSIQUE : REVUE DE LA LITTERATURE ET
ETUDE QUALITATIVE DU VECU DES PATIENTS**

Directeur de thèse : Docteur Anne-Hélène MONCANY

JURY

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT, Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, Assesseur

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS, Assesseur

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI, Assesseur

Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY, Suppléant

Monsieur le Docteur Gérard LAURENCIN, Invité

Monsieur le Docteur Franck HAZANE, Invité



REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Vous nous avez guidé à différentes étapes de l'internat et nous avons eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement, nous vous en sommes reconnaissant. Nous vous remercions de nous avoir conseillé et accompagné dans l'élaboration de cette recherche.

Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Nous vous sommes reconnaissant de votre bienveillance et de la qualité de votre enseignement. Nous vous remercions de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse.

Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Nous n'avons eu l'occasion de vous rencontrer qu'à la fin de nos études. Nous vous remercions de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Nous vous sommes reconnaissant de votre disponibilité.

Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Docteur Radoine Haoui,

Nous vous sommes reconnaissant de la confiance et de la bienveillance que vous nous avez accordé dès notre arrivée dans votre service. Vous avez contribué à éveiller notre intérêt pour la pratique de la psychiatrie hospitalière et nous vous en remercions. Nous avons apprécié votre disponibilité et votre aide dans l'élaboration de ce travail. C'est avec grand plaisir que nous continuerons à travailler dans votre service.

Nous tenons à vous présenter notre reconnaissance et notre respect.

Madame le Docteur Anne-Hélène Moncany,

Tu nous as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse. Nous te remercions de la confiance que tu nous as accordée, de ton soutien et de ta grande disponibilité tout au long de la préparation et de la rédaction de cette thèse. Ton expérience auprès des patients, ta grande qualité d'écoute et ton souci pour l'autre nous inspirent pour notre pratique future.

Nous tenons à te présenter toute notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Docteur Gérard Laurencin,

Nous avons beaucoup apprécié vos valeurs et votre implication auprès des patients. Nous vous sommes reconnaissant de nous avoir fait découvrir la grande richesse de la pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et de nous avoir fait confiance lors de notre passage dans votre service. Votre aide et vos conseils nous ont été précieux et nous vous en sommes extrêmement reconnaissant.

Nous tenons à vous présenter notre respect et notre profonde estime.

Monsieur le Docteur Franck Hazane,

Nous te remercions pour tout ce que tu nous as enseigné lors de notre passage dans ton service, en particulier tes précieux conseils concernant les entretiens avec les patients. Ton sens clinique, ton souci de rigueur, ton engagement envers le patient resteront un modèle pour nous.

Nous tenons à te présenter notre estime et notre reconnaissance.

Merci à tous ceux qui me sont chers et qui ont toujours été là.

A mes parents. A Grégory, Carine, Amandine et Hugo. A Sylvain, Vanessa, Samuel et bientôt...
A mon grand-père. A ma famille au sens large.

A mes amis, co-externes, co-internes et infirmiers rencontrés tout au long de mes études.

A mes amis aux horizons variés et en particulier à ceux qui m'ont accueilli, encouragé, supporté lors de l'élaboration de cette thèse.

Merci aux infirmiers, aides-soignants, éducateurs, psychologues, psychomotriciens, secrétaires, médecins avec qui j'ai travaillé tout au long de mon internat et qui m'ont apporté de précieux conseils.

Merci aux équipes et aux médecins de l'hôpital Gérard Marchant, du CHU pour s'être investi dans cette recherche à différentes étapes et avoir permis sa réalisation.

INTRODUCTION.....	7
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	9
1. Définition :.....	9
2. Aspects historiques :.....	10
2.1. La contention dans l'Antiquité, entre moyen de protection du malade et outil de soin :	10
2.2. La contention au Moyen Age, ère de la conception mystique de la maladie mentale :.....	12
2.3. La contention de la Renaissance au siècle des Lumières, ère du « Grand Renfermement » :	14
2.4. La Révolution Française et la naissance de l'aliénisme :	15
2.5. Evolution de la représentation de la contrainte au XXème siècle :	18
3. Revue de la littérature médico-scientifique :	20
3.1. Fréquence d'utilisation et durée des contentions à travers le monde :	20
3.2. Caractéristiques des patients :	22
3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques :	23
3.2.2. Caractéristiques cliniques et diagnostiques :	24
3.2.3. Motifs d'utilisation des contentions :	25
3.2.4. Caractéristiques de l'environnement hospitalier :	26
3.2.5. Facteurs influençant le choix d'une mesure de contrainte :	26
3.2.6. Caractéristiques des patients fréquemment sous contention :	27
3.3. Efficacité de la contention physique en psychiatrie :	27
3.4. Morbidité et mortalité liées à la contention mécanique :	29
3.4.1. Décès et contention physique, hypothèses étiopathogéniques :	29
3.4.2. « Restraint asphyxia » :	30
3.4.3. Complications thromboemboliques veineuses :	31
3.4.4. Contention et risque d'inhalation :	32
3.4.5. Troubles du rythme cardiaque :	32
3.4.6. Autres complications sous contention :	33
3.4.7. Contention et abus de substance :	33
3.4.8. Contention et traitement psychotrope :	34
3.4.9. Mauvaise utilisation de la contention :	34
4. Aspects législatifs :	34
4.1. L'avis du CPT :	35
4.2. L'avis de l'ONU :	36
4.3. Les recommandations du Conseil de l'Europe :	36
4.4. Tour d'horizon législatif à travers le monde :	37
4.5. L'exception législative française :	38
4.6. Jurisprudences :	39
4.7. Les rapports sur la santé mentale et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté :	40
5. Conférences de consensus :	43
5.1. Conférence de consensus : « L'agitation aux urgences (petit enfant excepté) » :	43
5.1.1. Objectifs :	43
5.1.2. Indications :	43
5.1.3. Contre-indications :	44
5.1.4. Modalités de mise en œuvre :	44
5.1.5. Risques :	45
5.1.6. Surveillance :	46

5.2.	Conférence de consensus de l'ANAES : « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux, et obligations de soins et de sécurité » :	47
6.	Aspects théoriques : approche éthique et psychodynamique :	47
6.1.	La démarche collective :	48
6.2.	La démarche Individuelle :	49
6.3.	Acte thérapeutique ou mesure de protection ?	51
6.4.	La fonction contenante :	52
6.5.	Le holding :	54
6.6.	Contenance, fonction contenante et holding :	55
6.7.	Contention et contenance :	56
7.	Aspects subjectifs :	58
7.1.	Vécu des patients :	58
7.1.1.	Vécu du patient sous contention physique :	59
7.1.2.	Point de vue de patients : suggestions d'alternatives et d'amélioration :	61
7.1.3.	Points de vue de représentants des usagers en psychiatrie :	62
7.2.	Vécu des soignants :	63
7.3.	Représentations de la contention :	65
8.	Problématique :	66
DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE		69
1.	Objectifs de l'étude :	69
1.1.	Objectif principal :	69
1.2.	Objectifs secondaires :	69
2.	La recherche qualitative :	69
2.1.	Intérêt de la méthodologie de type qualitative :	69
2.2.	Intérêt de l'entretien semi-directif :	70
2.3.	Choix de la grille d'entretien :	71
2.4.	Passation des entretiens :	72
2.5.	Retranscription des entretiens :	72
3.	Protocole de l'étude :	72
3.1.	Sites de recrutement des patients :	72
3.2.	Population de l'étude :	73
3.2.1.	Critères d'inclusion :	73
3.2.2.	Critères de non inclusion :	73
3.2.3.	Période d'inclusion :	73
3.3.	Présentation des différents instruments de mesure et de recueil de données :	74
3.3.1.	Recueil des données cliniques :	74
3.3.2.	Recueil des données sociodémographiques :	75
3.3.3.	Déroulement de la contention mécanique :	75
3.3.4.	Vécu traumatique : la Post-traumatic Checklist Scale (PCLS) :	76
3.4.	Schéma général d'inclusion des patients :	78
4.	Traitement des données :	78
4.1.	Analyse du contenu :	78
4.1.1.	La préparation du matériel :	79
4.1.2.	La lecture flottante du corpus :	79
4.1.3.	Le codage :	79

4.1.4.	<i>L'élaboration d'un relevé des thèmes :</i>	80
4.1.5.	<i>L'élaboration d'un arbre thématique :</i>	81
4.2.	<i>Analyse lexicale informatisée :</i>	81

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS..... 83

1.	Présentation de la population :	83
1.1.	<i>Caractéristiques sociodémographiques :</i>	84
1.2.	<i>Caractéristiques cliniques :</i>	85
1.3.	<i>Données du déroulement de la contention physique :</i>	86
2.	Résultats de l'échelle PCLS :	87
3.	Résultats de l'analyse thématique des entretiens :	87
3.1.	<i>Avant la contention :</i>	88
3.1.1.	<i>Situations ayant conduit à la mise en place de la contention physique :</i>	88
3.1.2.	<i>Circonstances de la contention :</i>	91
3.2.	<i>Pendant la contention :</i>	91
3.2.1.	<i>Perception de soi-même :</i>	92
3.2.1.1.	<i>Emotions/pensées lors de la pose des contentions :</i>	92
3.2.1.2.	<i>Ressentis positifs au cours de la contention :</i>	94
3.2.1.3.	<i>Non apaisement par la contention :</i>	95
3.2.1.4.	<i>Thématique d'impuissance :</i>	96
3.2.1.5.	<i>Thématique de solitude :</i>	98
3.2.1.6.	<i>Thématiques délirantes :</i>	98
3.2.1.7.	<i>Perceptions physiques désagréables :</i>	99
3.2.1.8.	<i>Vécu traumatique :</i>	101
3.2.1.9.	<i>Perception de leur état :</i>	102
3.2.2.	<i>Perception du monde : relation soignant/soigné :</i>	102
3.2.2.1.	<i>Comportements des soignants selon la perception du patient :</i>	103
3.2.2.1.1.	Vécu positif du comportement des soignants :	103
3.2.2.1.2.	Thématique de non-humanité :	104
3.2.2.1.3.	Thématique de domination – soumission :	105
3.2.2.1.4.	Thématique de non-respect – humiliation :	106
3.2.2.1.5.	Thématique de punition – sanction :	106
3.2.2.1.6.	Thématique d'abandon – rejet :	107
3.2.2.1.7.	Thématique de violence – jouissance :	108
3.2.2.1.8.	Perception de l'état du patient par les soignants :	108
3.2.2.1.9.	Perception des soins de contention par le soignant :	109
3.2.2.2.	<i>Ressentis et comportement du patient envers les soignants :</i>	109
3.2.2.2.1.	Emotions/pensées positives envers le soignant :	109
3.2.2.2.2.	Emotions/pensées négatives envers le soignant :	110
3.2.2.2.3.	Thématiques délirantes :	111
3.2.2.2.4.	Craintes du patient vis-à-vis des soignants :	111
3.2.2.2.5.	Comportement positif du patient vis-à-vis des soignants :	112
3.2.2.2.6.	Comportement négatif du patient vis-à-vis des soignants :	114
3.2.3.	<i>Perception du monde : perception des soins de contention :</i>	115
3.2.3.1.	<i>Perception de l'indication des soins de contention :</i>	115
3.2.3.2.	<i>Perception de la justification des soins de contention :</i>	116
3.2.3.3.	<i>Perception des indications de la contention d'ordre général :</i>	117
3.2.3.4.	<i>Réflexion autour de la légitimité de l'utilisation de la contention :</i>	118
3.2.3.5.	<i>Perception du traitement médicamenteux lors de la contention :</i>	119
3.2.3.6.	<i>Perception du matériel de contention :</i>	120

3.2.4.	<i>Perception du monde : perception de la présence de tiers non soignant :</i>	122
3.2.5.	<i>Perception du temps :</i>	123
3.3.	<i>Après la contention :</i>	125
3.3.1.	<i>Suggestions d'amélioration :</i>	125
3.3.1.1.	<i>Ablation de sangle :</i>	125
3.3.1.2.	<i>Système de contention :</i>	126
3.3.1.3.	<i>Repères temporels :</i>	127
3.3.1.4.	<i>Accessibilité à une autonomie :</i>	127
3.3.1.5.	<i>Environnement de la chambre :</i>	128
3.3.1.6.	<i>Rapports soignant/soigné :</i>	128
3.3.1.7.	<i>Soins médicamenteux :</i>	130
3.3.2.	<i>Suggestions d'alternative à l'utilisation de contention :</i>	131
3.3.2.1.	<i>Alternatives matérielles :</i>	131
3.3.2.2.	<i>Alternatives par l'instauration d'un dialogue :</i>	132
3.3.2.3.	<i>Alternatives médicamenteuses :</i>	133
3.3.2.4.	<i>Alternatives par accès à des activités occupationnelles, de détente :</i>	133
3.3.3.	<i>Ressentis de la contention a posteriori de l'expérience :</i>	134
3.4.	<i>Résultats de l'analyse sémantique informatisée :</i>	135
 QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION		146
1.	Population de l'étude :	146
2.	Discussion des résultats de l'échelle PCLS :	147
3.	Réflexion sur l'omniprésence de la thématique d'agressivité et de violence :	147
4.	De la thématique d'impuissance à la thématique de dépendance :	150
5.	Réflexion sur les thématiques d'utilisation non éthique de la contention :	153
6.	La contention, un acte thérapeutique ?	156
7.	Réflexion sur des perspectives d'alternatives à l'utilisation de la contention physique :	158
8.	Propositions d'améliorations à l'utilisation de la contention physique :	159
8.1.	<i>Mesures associées à la contention :</i>	160
8.2.	<i>La continuité du lien relationnel :</i>	160
8.3.	<i>Conditions matérielles de la contention :</i>	161
8.4.	<i>Surveillance du patient pendant le processus de contention :</i>	161
9.	Limites et biais possibles de l'étude :	162
10.	Perspectives de recherches ultérieures :	164
 CONCLUSION		166
 BIBLIOGRAPHIE		168
 ANNEXES		177

Introduction

La contention physique est une mesure de contrainte à laquelle tout soignant en psychiatrie a un jour été confronté. Un rapport sur la santé mentale récemment remis par le député Denys Robiliard à l'Assemblée Nationale dénonce une augmentation de l'utilisation de cette mesure ces dernières années. De fait, il s'agit d'une pratique fréquente en psychiatrie, pourtant peu abordée dans la littérature ; la bibliographie est étonnamment rare sur un sujet qui pose autant d'interrogations éthiques et pratiques.

Notre travail a pris forme dans ce contexte, où il semblait important de réfléchir sur une pratique de la psychiatrie de tous les jours que l'on voudrait parfois oublier, à la fois parce qu'elle renvoie à un passé peu glorieux de la psychiatrie, mais également parce qu'elle renvoie à toutes les situations difficiles qui ont motivé l'utilisation d'une telle mesure, que l'on soit psychiatre, interne, infirmier ou aide-soignant. Réfléchir sur la contention oblige à se poser des questions sur ce que notre pratique quotidienne a de plus violent.

Pourtant, c'est précisément le caractère potentiellement violent de la contention qui doit pousser à une attention soutenue quant à son utilisation, à la réflexion sur des concepts précis permettant d'encadrer cette pratique. S'interroger sur les indications et les objectifs de la contention physique est primordial.

Ainsi notre travail a pour but, dans un premier temps, de présenter la contention physique sous ses différents aspects afin d'appuyer nos réflexions sur des concepts théoriques : aspects historiques, aspects médico-scientifiques, aspects législatifs, recommandations de bonnes pratiques, aspects éthiques, aspects psychodynamiques et aspects subjectifs.

Dans un second temps, il nous a semblé que réfléchir sur la contention impliquait de la prendre en compte comme une mesure appliquée à un patient. Ce constat, certes simple, nous a conduits à nous intéresser au point de vue du patient sur l'utilisation d'une telle pratique. En effet, la réflexion théorique ne doit pas faire oublier le caractère extrêmement concret de la contention physique. Si nous avons tous à l'esprit qu'il s'agit d'une mesure de « dernier recours », d'une « mesure d'exception », lorsque nous réfléchissons à la contention, cela nous renvoie immédiatement à l'histoire de certains patients tant les situations qui ont motivé la

pose de la contention nous ont marqué par leur singularité. Il s'agit du second temps de notre travail : écouter et analyser le vécu de patients qui ont fait l'expérience de la contention physique et, si possible, en dégager des perspectives d'amélioration de nos pratiques.

Première partie : revue de la littérature

1. Définition :

Selon la Haute Autorité de Santé, la contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile, comme une camisole de force.

J. Palazzolo, dans « *isolement, contention et contrainte en psychiatrie* », propose comme définition : « *Restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux* » (1). L'auteur propose également une description plus contrastée, suggérant qu'il existe plusieurs modes de contention :

- **La contention physique** : il s'agit de méthodes qui permettent, par une opposition physique à la mobilité du patient, de restreindre son périmètre d'action. La contention physique inclut la contention manuelle par des soignants et la contention mécanique réalisée grâce à des sangles de cuir ou de tissu.
- **La contention psychologique** : pour J. Palazzolo, elle est du registre de la pratique quotidienne. Il s'agit de l'utilisation de toute technique de soins qui entraîne chez le patient une dépendance à l'égard du corps médical dans ce qui est des divers domaines de décisions.
- **La contention légale** : elle est en lien avec les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement.
- **La contention chimique** : consiste en l'administration d'un traitement médicamenteux, souvent sédatif, réalisé par voie orale si la situation le permet ou par voie injectable intramusculaire sinon, dans le but de contrôler un état pathologique.

- **Les packs** : assimilé à une procédure de contention utilisée dans un but thérapeutique, il s'agit d'un enveloppement humide et froid qui va engendrer une réaction physique de réchauffement, aidant le patient à ressentir son corps dans sa globalité.

La revue de littérature qui suit fait un état des lieux des connaissances actuelles en ce qui concerne la contention physique, et plus particulièrement la contention mécanique. Les autres modes de contention ne seront pas abordés, sauf s'ils concernent directement ou indirectement la contention physique.

2. Aspects historiques :

2.1. La contention dans l'Antiquité, entre moyen de protection du malade et outil de soin :

Les premiers écrits faisant allusion à la nécessité « *d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées* » proviennent de la Grèce Antique, de l'école méthodiste menée par Soranos d'Ephèse, elle-même directement issue du stoïcisme.

La doctrine stoïcienne, qui naît dans la Grèce Antique au II^{ème} siècle avant J.C., récuse la conception dualiste platonicienne qui distingue la raison de l'âme des désirs du corps. Cette conception duelle de la maladie mentale se retrouvera dans le corpus hippocratique et à travers l'école dogmatique qui lui a succédé, considérant la maladie mentale comme une désorganisation des humeurs régissant l'ensemble du corps humain. (2)

Pour les stoïciens en revanche, l'âme et le corps constituent un « recto verso » indissociable. Pour Chrysippe (-200 avant J.C.), fondateur de la doctrine stoïcienne, l'âme et le corps forment un tout, dans une conception moniste de la maladie mentale. Les stoïciens assimilent alors celle-ci à la passion en définissant l'insensé comme celui qui ne sait pas contrôler ses désirs et s'abandonne à ses passions, ne pouvant pas se prendre en charge lui-même. L'insensé se retrouve alors considéré en dessous de l'animal, puisque celui-ci se montre adapté à sa nature et à son environnement, ce qui justifie l'intervention du sage et de la société pour le prendre en charge et tenter de le ramener à la raison. (3)

Le stoïcisme marque l'apparition et le développement de plusieurs écoles médicales, et notamment de l'école méthodiste de Soranos d'Ephèse et de Caelius Aurelianus (2^{ème} siècle après J.C.) qui aura une influence majeure dans la médecine antique. (4)

C'est à cette école méthodiste que l'on doit la première référence à la contrainte physique comme outil de soin dans cette conception moniste de l'être humain qui permet l'utilisation de moyens moraux dans le traitement de la maladie mentale. (5)

En effet, Caelius Aurelianus préconise pendant les périodes de crise tout d'abord un isolement du malade dans sa chambre et la réduction de stimulations sensorielles :

« Et pour commencer, il convient que le malade soit couché dans une pièce qui ne soit trop éclairée ni trop chauffée, qui ne soit troublée par aucun bruit ni décorée d'aucune peinture [...]. En outre, il faudra interdire que beaucoup de gens puissent entrer dans la chambre, interdire surtout les visiteurs inconnus du malade. » (4)

En cas d'agitation, il préconise le recours à une contention douce pour protéger le malade et les autres :

« Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après. » (4)

En outre, Caelius propose l'utilisation de moyens moraux au cours de la crise, caractérisés par l'alternance d'une écoute bienveillante et de raisonnements avec l'utilisation de l'autorité qui doit reposer sur deux principes, celui de la crainte (« *terror* ») mais qui doit nécessairement être accompagné de respect et d'estime (« *reverentia* ») :

« Il faut également charger les domestiques de corriger leurs erreurs en leur accordant une écoute bienveillante. C'est-à-dire éviter que, en donnant leur assentiment à tout ce qu'il dit, ils n'augmentent la manie du malade en confirmant toutes ses élucubrations ; mais aussi éviter qu'ils n'aillent au contraire, en s'opposant à tout, aggraver l'accès de la maladie, établissant que tantôt, en lui cédant, en le persuadant ils lui fassent des concessions, tantôt par l'insinuation, ils redressent ses illusions en montrant le vrai. [...] Mais si ces malades ont l'habitude de manifester de la crainte ou du respect à l'égard de quelqu'un, cette personne ne devra pas être admise souvent dans la chambre. Car une présence fréquente provoque un manque d'égards. Mais, quand les circonstances l'exigent, ou quand les malades n'acceptent

pas l'administration d'un remède, alors on devra faire entrer cette personne, vu la nécessité d'inspirer au malade la peur et le respect. » (4)

Celse (1^{er} siècle après J.C.), issu de l'école éclectique qui tente de regrouper les différentes écoles antiques, préconise également le recours à la contention physique à visée de protection du malade et des autres :

« Mais ceux qui se comportent violemment, il convient de les enchaîner, afin qu'ils ne se nuisent ni à eux-mêmes ni à un autre. » (6)

Toutefois et contrairement à Caelius Aurelianus, Celse préconise ces mesures de contraintes pour « réprimer l'audace des malades » mais aussi dans un but pédagogique :

« Si la raison fait défaut au fou, le meilleur moyen est d'utiliser certaines corrections. Quand il dit quelque chose de travers, il doit être corrigé par le jeûne, les chaînes, les coups. Il doit être contraint à être attentif, à apprendre quelque chose, à s'en souvenir. On obtiendra en effet ce résultat que, peu à peu, il sera contraint de réfléchir à ce qu'il fait. Des terreurs soudaines, des craintes sont aussi utiles dans cette maladie, et d'ordinaire, tout ce qui ébranle violemment l'esprit. » (6)

Celse recommande cette utilisation, bien que rude et maltraitante, comme un outil de soin ayant un objectif thérapeutique. En effet, Celse la recommande dépourvue de colère et de brutalité inutile puisque, selon lui, elle a un but thérapeutique et doit être l'exception et non la règle qui est la bienveillance envers les malades.

2.2. La contention au Moyen Age, ère de la conception mystique de la maladie mentale :

La fin de l'Antiquité et l'émergence de la doctrine chrétienne vont favoriser la conservation du dualisme platonicien et ainsi assurer une conception mystique de la maladie mentale qui serait alors d'origine divine ou démonologique. La différence essentielle entre doctrine stoïcienne et chrétienne repose sur la notion de foi qui se substitue à celle de raison. En effet, la maladie mentale est alors considérée comme envoyée par Dieu pour éprouver la foi du malade et constitue une étape vers son Salut s'il s'y soumet. (7)

Jusqu'à la fin du Moyen Age, l'utilisation de la contrainte devient davantage une mesure de protection du malade et de son entourage qu'un outil de soins. Le recours aux moyens de contention semble alors traduire la sollicitude des proches qui veillent à protéger le fou de lui-même, tout en préservant la sécurité de chacun. Les moyens de contention permettent alors non pas d'isoler mais de maintenir le malade dans sa famille ou dans sa communauté. (8)

Il se développe en Europe à partir du XIIème et XIIIème siècles des structures hospitalières avec la fondation d'Ordres Hospitaliers et de multiples « Hôtels Dieux » dont leur règle impose de s'occuper des déshérités et donc des « fous ». La contrainte, hormis l'isolement, n'est pas recommandée dans ces établissements. Le développement de ces communautés va toutefois poser le problème de l'agitation, voire de l'agressivité de certains malades. Cela va donc entraîner l'utilisation de contentions physiques :

« La médecine est qu'ils soient liés pour ôter tout doute qu'ils se blessent eux et les autres. »

(Barthélémy l'Anglais, XIIIème siècle) (9)

La contrainte ne semble utilisée que comme mesure de protection et non comme outil de soins, bien que certains médecins, tels Arnaud de Villeneuve (1250-1313), professeur de la faculté de médecine de Montpellier, recommandent à nouveau les méthodes fortes préconisées par Celse, et ce toujours comme outil de soins en association avec les thérapeutiques hippocratiques d'évacuation des humeurs.

La réflexion théorique sur la conception de la maladie mentale et sa prise en charge se poursuit également dans l'Empire Romain d'Orient et dans le monde arabe avec les travaux de Rhazés (865-925) et Avicenne (980-1037) qui va placer dans son *canon* la maladie mentale à l'articulation de deux domaines, l'un somatique appartenant à la médecine, et l'autre mystique d'origine divine. Cette réflexion va entraîner la nécessité de fonder des lieux de soins spécifiques aux malades mentaux, les *bîmâristâns*, dans lesquels il préconise une utilisation de la contrainte, et notamment de la contention physique, comme mesure de protection, mais aussi comme outil de soins, suivant également les méthodes héritées de Celse.

2.3. *La contention de la Renaissance au siècle des Lumières, ère du « Grand Renfermement » :*

Le début de la Renaissance voit la diminution progressive de la conception démonologique. En effet, la Réforme du XVIème siècle va occulter l'importance des vertus de Charité et d'Assistance et entraîner une laïcisation de la prise en charge de la maladie mentale. Cette laïcisation va donner la charge des malades mentaux aux pouvoirs publics qui la considèrent sous l'optique de l'ordre public. (10) Cela va se traduire par la promulgation de multiples Edits Royaux et à la fondation en 1656 de l'Hôpital Général à Paris, début de ce que Michel Foucault nomme le « Grand Renfermement ». Cette politique va entraîner l'internement massif des malades mentaux, notamment dans les Hôpitaux Généraux pour les miséreux et dans les maisons de force pour les autres. (11)

Cet enfermement massif est lié à la transformation des représentations populaires de la maladie mentale. En effet, Descartes va décrire les passions comme des mouvements de l'âme et, par sa philosophie du doute et de la prédominance de la Raison, dépouiller la maladie mentale de son caractère mystique, pour reprendre certaines thèses de la doctrine stoïcienne sur la responsabilité de chacun quant à ses passions. Cette conception cartésienne de la maladie mentale comme déchainement des passions va donc rendre, dans l'imaginaire populaire, les malades mentaux responsables de leur état, en raison de leur immoralité supposée. (12)

Hobbes, dans *Léviathan*, défend l'idée d'un contrat social imposé par un état souverain pour régir les rapports entre les hommes et les faire passer de l'état de nature à un état civil où les rapports entre eux sont régis par l'Etat au moyen des lois. Pour Hobbes, et dans la lignée de la conception cartésienne, la maladie mentale résulte de la volonté individuelle du malade qui a choisi de l'être, ou du moins de s'abandonner à ses passions et à ses tendances immorales. Dans cette conception, le malade mental qui représente un danger pour l'ordre social n'est plus assisté mais accusé de son état, dont il porte seul la responsabilité et qui doit donc être sanctionné par un emprisonnement issu de l'autorité souveraine pour assurer la pérennité de l'ordre social. (13)

L'évolution de ces représentations sociales induit non plus une assistance des malades mentaux mais une répression de ceux-ci par des mesures d'enfermement, comme en

témoigne la procédure d'admission dans ces structures qui relèvent uniquement de lettres de cachet, sans nécessité d'avis médical.

Dans ces structures, on retrouve une large utilisation des moyens de contrainte, et notamment des contentions physiques par l'intermédiaire de chaînes rivées au mur, mais dépourvue de tout but thérapeutique et même de présence médicale.

A partir du XVII^{ème} siècle, on assiste toutefois à une modification de la conception de l'articulation entre l'âme et le corps, notamment à travers la pensée de Spinoza qui plaide pour une conception moniste de la maladie mentale. (14) Celle-ci, dans la pensée de Spinoza, est le domaine d'action du philosophe et du médecin réunis. Cette conception s'oppose à celle dualiste de Kant qui voit le malade mental comme « *coupé des lois de l'expérience* » et à définitivement retrancher de la communauté car non curable psychiquement. (15) On observe alors à cette période une dissociation entre l'utilisation à but répressif de moyens de contrainte dans les Hôpitaux Généraux et la réflexion médicale sur la maladie mentale qui redémarre grâce à la redécouverte d'autres textes médicaux anciens, notamment ceux de Caelius Aurelianus. Celle-ci est conduite en Angleterre par Sydenham, puis Thomas Willis qui réfute la théorie démonologique, mais aussi la théorie humorale et la théorie cartésienne rationaliste. (16)

En 1785, paraît la circulaire Colombier-Doublet (*Instruction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asiles qui leur sont destinés*) qui fait le point sur les différentes thérapeutiques utilisables, et notamment sur l'utilisation de la contrainte comme outil de soin. Il s'agit alors de supprimer les maisons de force où les malades mentaux sont enfermés pour créer des asiles consacrés à leur guérison. (17)

2.4. La Révolution Française et la naissance de l'aliénisme :

La Révolution Française va remettre en cause l'arbitraire royal et les lettres de cachet par le *décret du 27 mars 1790* qui marquera l'entrée des médecins dans les hôpitaux généraux et insérera la notion de soins dans la prise en charge des malades mentaux.

Philippe Pinel (1745-1826) montre une forte imprégnation des thèmes stoïciens, avec une conception de la maladie mentale qui trouve son origine dans les passions, et réfute l'idée

d'une séparation entre l'âme et le corps, ainsi que l'incurabilité des malades mentaux en défendant l'idée d'un traitement moral de la maladie mentale. Il apparaît par cette conception comme le père de la psychiatrie en préconisant, comme les médecins de l'Antiquité et les stoïciens, un traitement moral s'appuyant sur la raison.

Pinel fait référence à la contrainte physique dans ses *observations sur la manie* et précise que l'utilisation de la contrainte est à but thérapeutique en psychiatrie. Il insiste également sur le rôle préventif de la violence que peut avoir la contention du malade agité par les équipes soignantes :

« Un des grands principes du régime moral des maniaques est donc de rompre à propos leur volonté et de les dompter non par des blessures et des travaux violents, mais par un appareil imposant de terreur qui puisse les convaincre qu'ils ne sont pas les maîtres de suivre leur volonté fougueuse et qu'ils n'ont rien de mieux à faire que de se soumettre. Qu'un insensé dominé par sa fureur extravagante ne voie marcher contre lui que deux ou trois gens de service, le sentiment de force l'emporte ; il les attaque, il les blesse, il les terrasse et son délire ne fait que s'accroître par cette espèce de triomphe ; qu'il en voie au contraire arriver un grand nombre, son imagination est frappée de l'inégalité du combat ; sa fureur paraît se désarmer par l'idée de son impuissance et en se soumettant sans résister, il devient plus calme et plus tranquille. » (18)

Pinel précise également que, si l'utilisation de l'autorité médicale et de la fonction contenante des équipes soignantes est insuffisante pour apaiser le malade et qu'une contention physique est nécessaire, l'autorité médicale permet tout de même chez les malades mentaux agités d'éviter la survenue d'épisodes de violence au cours de la mise sous contention, potentiellement délétères pour lui-même et pour les autres :

« Qu'un insensé retombe tout d'un coup dans son accès d'une manière inopinée et qu'il ait saisi quelque arme offensive comme une bûche, un bâton, une pierre, le directeur [le médecin], toujours fidèle à sa maxime de réprimer les fous sans leur laisser porter le moindre coup, se présente à lui avec le ton le plus déterminé et le plus menaçant, mais sans aucune espèce d'arme pour éviter de l'aigrir davantage. Il parle d'une voix foudroyante et s'avance vers le furieux jusqu'à une certaine distance pour attirer ses regard ; en même temps, les gens de service viennent à un signal donné par derrière ou par les côtés et chacun d'eux saisit un membre de l'insensé. [...] C'est ainsi qu'on se rend maître des insensés en fureur en respectant les droits

de l'humanité car il est expressément défendu aux gens de service de donner des coups même lorsqu'ils en reçoivent. » (18)

Si Pinel recommande l'utilisation de l'autorité médicale et de la contrainte dans le soin psychiatrique, c'est comme outil de soin à visée thérapeutique et cela doit donc être réalisée sans brutalité, ni colère :

« Les exemples précédents montrent les heureux effets d'une sorte d'appareil de crainte, d'une opposition ferme et invariante aux idées dominantes et à l'obstination inflexible de certains aliénés, d'une détermination courageuse et imposante, mais exclusive de tout outrage, exempte de tout sentiment d'aigreur ou de colère, et conforme aux droits sacrés de l'humanité. » (19)

Il précise également que la contrainte physique n'est légitime que si elle peut être levée quand elle n'est plus nécessaire :

« C'est encore un art que de ne tenir enfermés les insensés dans les loges que le temps nécessaire et seulement pendant qu'ils sont capables des actes extrêmes de violence. La règle de prévoir leur terminaison prochaine, d'accorder en général autant de liberté qu'il est possible aux fous [...] qui ne nuisent à personne. Enfermer de pareils fous, sous prétexte d'entretenir l'ordre, c'est leur imposer une contrainte superflue, c'est les révolter, c'est provoquer leur fureur et rendre leur manie plus invétérée et souvent incurable. » (18)

Enfin, il remarque que le but thérapeutique de l'utilisation de la contrainte ne peut être atteint que si celle-ci a été réalisée de façon mesurée et légitime, afin de permettre une stabilisation durable du malade :

« Enfin, l'expérience la plus constante n'apprend-elle point que pour rendre durable et solide les effets de la crainte, ce sentiment doit s'allier avec celui de l'estime à mesure que la raison reprend ses droits ? Ce qui suppose que la répression n'a point porté le caractère de l'emportement ou d'une rigueur arbitraire. » (19)

Inspiré par Pinel, Samuel Tuke, médecin britannique, fonde le York Retreat en 1792 pour lequel il élabore un code de déontologie où sont bannies les contentions physiques à moins d'agitation extrême et où il est stipulé qu'il ne peut y avoir plus de deux patients sous contention dans une même unité. (8)

A partir du milieu du XIX^{ème} siècle, la prise en charge des malades mentaux sera marquée par la remise en cause de la contention physique en Angleterre, notamment par Robert Gardiner Hill qui abolit la contention au *Lincoln Asylum*, puis par John Connolly, père du « *no restraint* », qui fait de même à Hanwell. En effet, Connolly supprime en 1839 tous les moyens de contention : camisole, fauteuils de force et liens divers. Les Britanniques opposent alors leur « *no restraint* » au « *restraint system* » des asiles français. Connolly démontre ainsi l'efficacité d'un traitement sans contention :

« Il n'est pas un asile au monde dans lequel la contention mécanique ne peut être abolie, non seulement en toute sécurité mais encore avec d'incalculables avantages. » (10)

Le « *no restraint* » ne commencera à s'installer en France que dans les toutes dernières décennies du XIX^{ème} siècle, notamment à Saint Anne avec Valentin Magnan (1835-1916). (10)

2.5. Evolution de la représentation de la contrainte au XX^{ème} siècle :

Le XX^{ème} siècle va observer une diminution des moyens de contrainte, et notamment la fermeture progressive des quartiers d'agités et l'utilisation moindre des contentions physiques. Trois grandes évolutions vont marquer l'utilisation de la contrainte dans les soins en psychiatrie : l'avènement de la psychanalyse, la révolution pharmacologique et l'essor des positions antipsychiatriques.

L'avènement de la psychanalyse au début du XX^{ème} siècle va imprégner durablement le monde psychiatrique et son vocabulaire, modifier la vision de la maladie mentale et transformer la médecine des symptômes en médecine de la relation avec l'avènement de la psychothérapie. La contrainte physique n'a évidemment pas sa place dans ce dispositif. (1)

La révolution pharmacologique, avec l'apparition de la Chlorpromazine en 1952 puis des autres classes de psychotropes, va marquer durablement les pratiques médicales en introduisant la possibilité d'une stabilisation des troubles mentaux par la correction de perturbations neurobiologiques et donc la possibilité d'une réinsertion des malades mentaux stabilisés dans la société.

Enfin, à la suite de ces évolutions et après la 2nde Guerre Mondiale qui a vu la mort de nombreux malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques, la seconde moitié du XX^{ème} siècle verra l'essor des positions antipsychiatriques :

- En Italie, Basaglia considère que la maladie mentale résulte de la société qui est aliénante et non du malade lui-même. L'hôpital psychiatrique est alors considéré comme un outil de coercition politique utilisé contre les déviants de la norme sociale. Les travaux de Basaglia vont entraîner en Italie la promulgation de la *loi 180* en 1978 qui va supprimer l'hôpital psychiatrique. L'utilisation d'hospitalisation sous contrainte demeurent cependant possibles, mais dans des unités de psychiatrie intégrées aux hôpitaux généraux, et sont de courte durée. (20)
- Dans les pays anglo-saxons, Cooper considère que la maladie mentale résulte de multiples invalidations et répressions des actes d'une personne par son milieu familial et social, répressions validées par le corps médical, responsable selon lui d'une pathologisation du malade. (21) Laing qualifie le délire schizophrénique de « *métanoïa* » qui serait l'unique moyen dont disposerait l'individu pour échapper à l'action aliénante de la société. (22) Cela a entraîné un mouvement de désinstitutionnalisation et l'essor de la psychiatrie communautaire validé aux USA par le *Community Mental Health Act* par J.F. Kennedy en 1963 qui prône le développement de structures extrahospitalières de réinsertion sociale pour les malades mentaux.
- En France, R. Castel qualifie l'hôpital psychiatrique d' « *institution totalitaire* », de « *figure monstrueuse de l'inhumanité* » et assimile l'hospitalisation à une « *mort au monde [...] mort volontaire s'il s'agit de vocation religieuse dans les couvents, mort par exclusion sociale du déviant criminel, malade ou politiquement dangereux.* » Les mesures de contrainte physique sont attaquées car entraînent une rupture du cadre social, mais aussi du cadre thérapeutique avec la modification de la relation médecin/malade. R. Castel voit la contrainte comme « *un conflit entre deux groupes antagonistes revêtant tous les attributs objectifs d'une lutte des classes, puisque d'un seul côté se trouvent monopolisés le savoir, le pouvoir et la liberté, et de l'autre l'ignorance, la déposssession de soi, la dépendance.* » (23)

L'antipsychiatrie a cependant peu d'impact pratique en France, en raison de la politique de secteur apparue à la suite des travaux de Daumezon et de Bonnafé suivis de la *circulaire du 15 mars 1960* qui a entraîné une désinstitutionnalisation des malades mentaux et la création de multiples structures extrahospitalières de prise en charge : les centres médico-psychologiques, les centres d'activité thérapeutique à temps partiel et autres structures visant à la réinsertion sociale et professionnelle. (24)

3. Revue de la littérature médico-scientifique :

3.1. *Fréquence d'utilisation et durée des contentions à travers le monde :*

La fréquence d'utilisation des contentions physiques varie grandement selon les pays, selon les centres où sont réalisées les recherches, mais aussi selon les études. Ces différences peuvent être en partie expliquées par les différentes manières de calculer les taux d'utilisation qui peuvent varier d'une étude à l'autre et ainsi influencer les données. La fréquence d'utilisation des mesures de contention peut être mesurée de deux manières différentes :

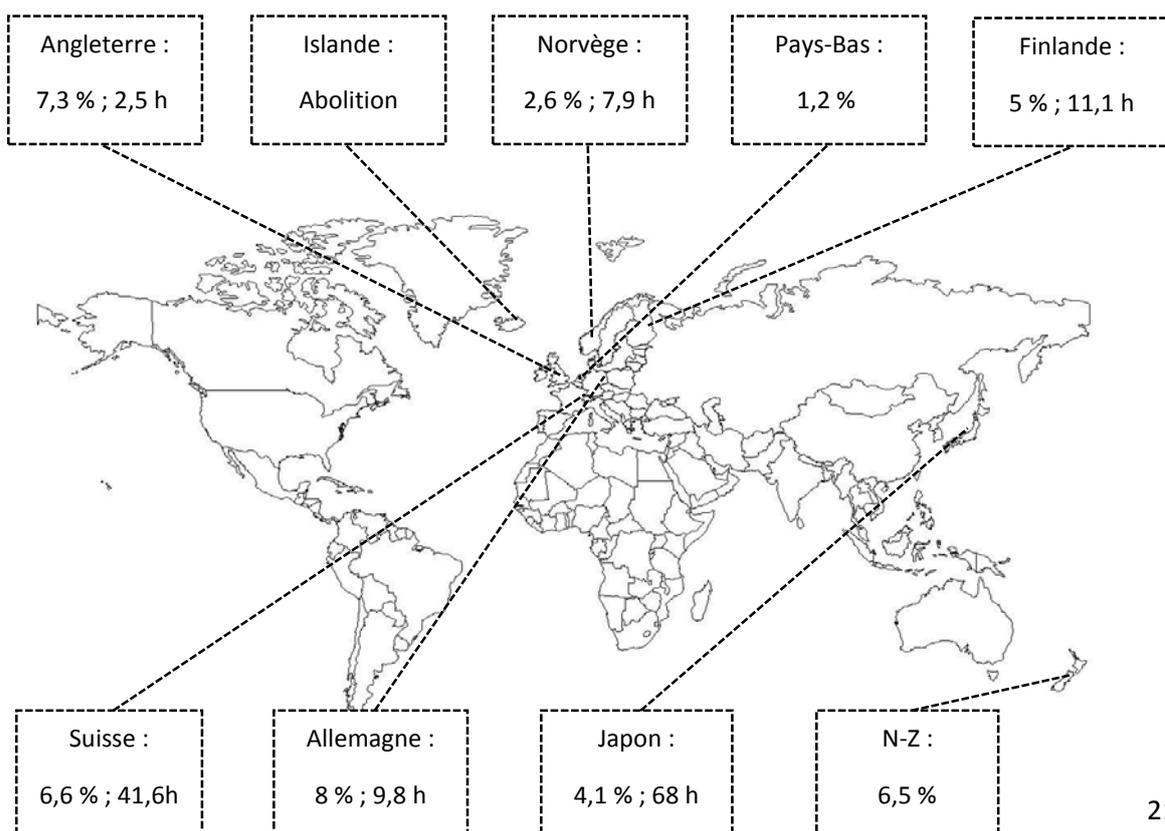
- La première prend en compte, au sein d'une population de sujets hospitalisés durant un intervalle de temps donné (période d'inclusion), le pourcentage de patients contenus au cours d'une période de suivi définie.
- La deuxième manière prend en compte le pourcentage de patients contenus au sein de l'ensemble de la population d'une unité ou d'un hôpital pendant une période de temps définie. (1)

Il est important de souligner que la plupart des travaux recherchant des données épidémiologiques en lien avec les mesures de contention sont en réalité des études portées sur la question commune des mesures de contrainte, que cela soit les mesures d'isolement, de contention physique, voire de « contention chimique ». Les résultats présentés ci-dessous proviennent soit d'études réalisées uniquement sur la question des contentions physiques, soit d'études différenciant les résultats en lien avec les mesures de contention physique des autres résultats de mesure de contrainte.

La revue de littérature réalisée par T. Steinert en 2010 (25) propose différents travaux effectués entre 2000 et 2008 qui ont étudié la fréquence d'utilisation des mesures de contention en usant d'une même méthode de calcul : pourcentage d'admissions exposées à une mesure de contention physique et/ou mécanique pendant une période de temps définie. Les fréquences d'utilisation varient entre 1,2% et 8% selon les études. Ainsi, en Angleterre celle-ci est de 7,3% et 2,5% selon une autre étude (25) ; 8% en Allemagne (26) ; 3,1% en Suisse (27) ; 5% en Finlande (28) ; 1,2% aux Pays-Bas (25) ; 2,6% en Norvège (25) ; 4,1% au Japon (29) ; 6,5% en Nouvelle Zélande (30). En Islande, les mesures de contrainte sont proscrites, que cela soit l'isolement ou la contention physique. Cette exception peut être expliquée par un rapport plus élevé de soignant par patient : un soignant pour un patient. (31) Ces différents résultats sont résumés dans la **figure 1**.

De nombreuses autres études proposent des fréquences d'utilisation des mesures de contention physique, mais selon des méthodes de calcul qui peuvent différer de celle décrite précédemment. Aux Etats-Unis, la prévalence est de 8% (32) ; 9,4% (33) et 12,5% selon une autre étude en Australie (34) ; 3,8% en Finlande (35). On peut noter des taux plus importants selon certaines études en Norvège : 14,1% (36) ; 15,7% en Pologne (37) ; 14,2% en Israël (38) ; 18% (39) et 20% selon une autre étude au Japon (40).

Figure 1 : Fréquence d'utilisation et durée des mesures de contention à travers le monde (25)



Il est important de noter la faible proportion d'études française apportant des données épidémiologiques quant à l'utilisation des contentions mécaniques. Celles-ci sont totalement absentes des grandes revues de littérature réalisées sur ces questions épidémiologiques. Une étude réalisée par M.J. Guedj dans le service des urgences psychiatriques de Sainte-Anne à Paris montre une prévalence de 1,4%. Il s'agit de la seule étude apportant des données épidémiologiques spécifiques à la contention en France référencée dans PubMed. (41)

On constate également dans la littérature une importante variation des données concernant la durée des mesures de contention. La variable durée est apportée de deux manières différentes selon les études, la moyenne et la médiane. La moyenne est davantage utilisée en raison de patients pour lesquels les durées de contention sont très longues et apportant alors un biais en ce qui concerne la médiane. Les résultats suivants sont donc apportés sous forme de moyenne et sont reportés dans la **figure 1**.

Il est constaté des durées de contention faibles en Finlande : 11,1 h (28) ; Allemagne : 9,8 h (26) ; Norvège : 7,9 h (25). Les durées sont plus longues au Japon : 68 h (29) ; Suisse : 41,6 h (27) et Pays-Bas : 1182 h (25). Dans l'étude française réalisée par M.J. Guedj dans un service d'urgences psychiatriques, la durée des contentions était de 120 minutes en moyenne. (41)

3.2. *Caractéristiques des patients :*

A l'instar des études portant sur les données de prévalence, les travaux qui recherchent des caractéristiques communes dans l'utilisation de la contention portent de manière générale sur les mesures de contrainte, mêlant indistinctement mesures d'isolement, mesures de contention mécanique et contention « chimique ». Les études portant spécifiquement sur les patients ayant bénéficié de la contention mécanique restent extrêmement rares. Les résultats qui suivent proviennent d'études uniquement en lien avec la contention physique et/ou mécanique et apportent des informations quant aux caractéristiques sociodémographiques, cliniques et diagnostiques, ainsi que sur l'environnement hospitalier.

3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques :

Une large revue de la littérature réalisée en 2013 répertorie 49 études réalisées entre 1990 et 2010 portant sur la contention en psychiatrie (42). Les caractéristiques sociodémographiques influençant la fréquence des mesures de contention physique les plus souvent mises en évidence sont :

- Le sexe masculin, variable statistiquement significative dans 10 études ;
- Le patient jeune adulte, variable statistiquement significative dans 9 études ;
- L'origine ethnique étrangère au pays dans lequel est effectuée l'étude, variable statistiquement significative dans 4 études.

Il est intéressant de constater que les études n'ont pas montré d'influence significative de l'origine ethnique sur la fréquence des passages à l'acte violents envers autrui (43). Différentes explications sont apportées par les auteurs, notamment la difficulté de communication qui peut influencer l'équipe soignante à utiliser davantage la contention physique. Une autre explication apportée serait que ces patients seraient moins connus des services. (42)

La majorité des travaux recherchant des caractéristiques communes aux patients contenus en psychiatrie sont des études descriptives longitudinales, et le fait que celles-ci ne soient pas comparatives à la population des patients hospitalisés dans ces mêmes services pourraient représenter un biais. Une étude norvégienne réalisée en 2011 permet de lever ce biais car elle recherche les caractéristiques communes dans une étude cas-témoins comparant une population de patients sujets à la contention et une population de patients hospitalisés dans les mêmes services non sujets à la contention. Il est constaté que les mêmes facteurs sont mis en évidence : sexe masculin, jeune âge et origine ethnique. (44)

D'autres variables sociodémographiques ont pu être mis en évidence, mais dans un nombre d'études plus restreint, ou montrant des résultats contradictoires.

Une étude japonaise de 2013 a montré que le sexe des patients a une influence significative sur la durée de contention. Il est ainsi constaté des durées de contention plus faibles chez les femmes que chez les hommes. (45)

3.2.2. Caractéristiques cliniques et diagnostiques :

Cette même revue de littérature répertoriant 49 études portant sur la contention entre 1990 et 2010 montre que les patients avec un diagnostic de schizophrénie ont davantage de contentions que les patients avec un diagnostic de trouble anxieux, de trouble de la personnalité, de trouble de l'humeur ou de troubles dus à l'abus d'alcool ou à d'autres substances. Cela est mis en évidence dans 11 études sur 22 traitant de la question des caractéristiques diagnostiques. (42)

Une étude italienne réalisée en 2011 met en évidence la plus forte proportion de contentions physiques parmi les patients hospitalisés sous contrainte et les patients hospitalisés librement qui présentent une altération de la conscience. Elle montre également que les patients sont plus fréquemment mis sous contention dans les 72 premières heures de leur hospitalisation. (46)

L'étude cas-témoins norvégienne comparant patients sujets à la contention et patients hospitalisés dans les mêmes services non sujets à la contention met en évidence, après ajustement grâce à des outils de régression logistique sur l'âge, le genre et l'origine ethnique, que les diagnostics de trouble schizophrénique, de trouble dû à l'utilisation de substance ou de trouble bipolaire, ainsi que les admissions fréquentes, les longs séjours en hospitalisation et le caractère de non consentement à l'hospitalisation sont significativement liés à l'utilisation de contention physique. (44)

L'étude française menée par M.J. Guedj dans le service des urgences psychiatriques de Sainte-Anne montre que les patients sous contention présentant un trouble schizophrénique ou un autre trouble délirant persistant représentent 36% des patients, 21% présentent un trouble psychotique aigu et transitoire, 26% un trouble de la personnalité, 13% présentent un épisode maniaque, 12% des troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, 8% présentent un épisode dépressif et 6% des troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool. (41)

L'étude japonaise étudiant l'influence des caractéristiques des patients dans la durée de la contention met en évidence une durée moindre chez les patients avec un diagnostic de troubles dû à l'utilisation de substances par rapport aux autres diagnostics, notamment par rapport aux patients présentant un trouble schizophrénique. (45)

3.2.3. Motifs d'utilisation des contentions :

De multiples motifs sont mis en évidence dans un large éventail d'études et l'on peut observer autant de facteurs déclenchants différents, autant de données chiffrées différentes que de méthodes employées pour les rechercher : agitation, désorientation, opposition massive et perturbation du milieu thérapeutique, acte de violence, agression de patients, agression du personnel soignant, menaces proférées, conduite suicidaire, vellétés de fugue, crise clastique, etc. Le seul facteur déclenchant qui demeure invariant dans les différentes études et largement majoritaire est représenté par les conduites agressives, dangereuses et violentes envers autrui. Les quelques résultats qui suivent représentent les études les plus récentes et les plus pertinentes traitant de la question.

Les motifs d'utilisation des contentions les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont les conduites agressives envers autrui, résultat statistiquement significatif dans 13 études sur 17, et la velléité de fugue, résultat statistiquement significatif dans 14 études sur 15. (42)

Une étude réalisée en 2010 sur une large population de patients montre que pour 67% des patients, la contention physique est réalisée dans le cadre d'un contrôle d'un comportement dangereux, agressif ou violent. Pour 33% des patients, la contention est réalisée pour d'autres motifs : prévention de passage à l'acte auto-agressif, prévention de crise clastique, nécessité de prise en charge urgente. (46)

Une étude norvégienne évaluant le choix préférentiel de contention mécanique ou « chimique » dans un service de psychiatrie montre que lorsque le motif est un passage à l'acte hétéro-agressif avéré, la contention physique est utilisée pour 86,9% des patients et 13,1% des patients bénéficient d'un traitement médicamenteux sédatif. Lorsque le motif est un passage à l'acte auto-agressif, la contention est utilisée pour 77% des patients et 23 % bénéficient d'un traitement médicamenteux sédatif. (47)

Plusieurs études mettent en évidence que les contre-attitudes ou la perception propre de leur rôle par les équipes peuvent précipiter la mise sous contention, et ce sans aucune relation avec le caractère clinique des troubles présentés par le patient. (1)

3.2.4. Caractéristiques de l'environnement hospitalier :

Une revue de littérature réalisée sur 49 études entre 1990 et 2010 met en évidence l'influence de la présence de soignant de sexe masculin dans l'utilisation plus fréquente de la contention. Cela est statistiquement mis en évidence dans deux études parmi trois recherchant cette variable. Compte tenu du fait que les contentions sont réalisées plus fréquemment pour un patient de sexe masculin, une autre étude permet de faire émerger une explication possible en montrant que les passages à l'acte hétéro-agressifs de patients envers des soignants en psychiatrie auraient davantage pour cible les soignants de même sexe. (42)

Une étude réalisée en 2011 met en évidence l'influence des données temporelles dans la décision de mise sous contention des patients. En effet, les contentions sont plus fréquemment posées la nuit, entre 20 h et 7 h que lors d'un autre moment de la journée (46). Pour certains auteurs, la contention nocturne plus fréquente peut être expliquée par l'état clinique du patient, l'agitation serait alors influencée par le rythme circadien ou expliquée par une plus faible posologie médicamenteuse à ce moment de la journée (48). Pour d'autres, l'explication proviendrait de l'organisation du service, l'équipe soignante serait en nombre suffisant la journée pour apaiser un patient sans user de la contention physique, a contrario de la période nocturne. (49)

3.2.5. Facteurs influençant le choix d'une mesure de contrainte :

Certains travaux ont recherché des caractéristiques ayant influencé le choix de l'utilisation de la contention plutôt qu'une autre mesure.

Une étude anglaise de 2006 étudie la fréquence des différentes prises en charge de patients présentant un comportement agressif dans différents services de psychiatrie. Cette étude montre que la prise en charge verbale est la plus utilisée, pour 111/254 patients, soit 43,7% des patients, et la contention physique est utilisée pour 26 des 254 patients, soit 10,2% des patients. Le principal motif de mise sous contention de ces patients était pour 18 d'entre eux des incidents à l'encontre de membres de l'équipe soignante. (50)

Un article norvégien de 2013 recherche les facteurs qui influencent le choix d'une mesure de contention physique plutôt qu'un traitement pharmacologique sédatif. Parmi les 371 patients

recrutés tout au long des deux années de la période d'inclusion, 47,2% des patients ont bénéficié de contention mécanique uniquement, 35,3% de contention mécanique et pharmacologique, et 17,5% de contention pharmacologique uniquement. L'étude montre que la contention physique est plus volontiers utilisée chez les patients de sexe masculin, chez les jeunes patients de 18 à 29 ans et chez les patients ayant présenté un comportement hétéro-agressif. L'étude met également en évidence que la durée de contention mécanique est plus longue lorsque celle-ci est associée à une sédation médicamenteuse que sans sédation médicamenteuse. (47) Une étude néerlandaise avait également montré que l'utilisation d'un traitement médicamenteux ne diminuait pas la durée de mesure de chambre d'isolement. Ainsi, leurs auteurs suggèrent que le traitement médicamenteux n'est pas suffisant à lui seul pour diminuer la durée d'une mesure de contrainte. (51)

Une autre étude norvégienne datant de 2003 montre que la contention physique est davantage utilisée chez le patient jeune et la mesure de chambre d'isolement chez le patient plus âgé. (49)

3.2.6. Caractéristiques des patients fréquemment sous contention :

Une étude norvégienne de 2014 étudie les caractéristiques de patients pour lesquels la contention physique a été utilisée à six reprises ou plus. L'étude montre que sur une population de 373 patients, ces patients représentent 9,1% de la population et sont significativement associés à un plus jeune âge, 18 à 29 ans, à des hospitalisations plus fréquentes, 3 hospitalisations ou plus et des durées d'hospitalisation plus longues, 16 jours ou davantage. (52)

3.3. Efficacité de la contention physique en psychiatrie :

La revue de littérature Cochrane réalisée en 2000 et réévaluée en 2012 a évalué l'efficacité de la contention physique et de l'isolement pour les patients souffrant de maladie mentale. Celle-ci a recensé 35 études qui ont traité de cette question. 24 d'entre elles concernaient des sujets âgés, des patients présentant un syndrome confusionnel, l'utilisation de la contention dans la prévention des chutes. Aucune des 11 études restantes n'était des essais contrôlés. En outre,

la revue Cochrane a relevé des effets indésirables potentiellement graves en rapport avec l'utilisation de la contention et de l'isolement. Elle recommande ainsi que leur usage soit remis en question au cours d'essais contrôlés. Les auteurs proposent également que des voies de mesures alternatives à la contention et à l'isolement soient développées dans le cas de patients présentant des comportements agressifs ou d'opposition. (53)

Une seconde revue de la littérature réalisée par Nelstrop en 2006 en vient aux mêmes conclusions, ne retrouvant que des études de faible puissance, avec un échantillon de petite taille, comportant de nombreux biais ou présentant un manque de clarté sur la manière dont les contentions sont utilisées. (54)

Ces dernières années, et depuis ces deux grandes revues de la littérature, de rares essais randomisés sont conduits sur la problématique de l'efficacité de la contention mécanique, considérant celle-ci comme un acte thérapeutique à évaluer. Une étude menée par Bergk en 2011 compare ainsi l'utilisation de la contention par rapport à celle de l'isolement. L'échantillon inclus est faible, 28 patients, et il n'est pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes. Néanmoins, cette étude montre qu'un essai contrôlé randomisé d'efficacité sur la question de la contention physique est méthodologiquement faisable. (55)

En 2013, Georgieva réalise à son tour une étude comparative avec un échantillon plus grand comportant 125 patients. L'étude perd toutefois en puissance ce qu'elle gagnait par un échantillon plus conséquent car les patients sont répartis en quatre groupes : isolement seulement, traitement médicamenteux sans consentement seulement, isolement et traitement médicamenteux, isolement et contention mécanique. L'étude ne montre pas de différence significative quant à l'efficacité d'une mesure par rapport à une autre. Néanmoins, elle met en évidence que le groupe isolement et contention mécanique par rapport aux autres groupes comporte davantage de facteur humiliation, de facteur effets indésirables et de facteur solitude à travers le questionnaire de détresse subjective, la *Coercion Experience Scale*. Ainsi, les auteurs recommandent d'utiliser préférentiellement la mesure la moins restrictive possible devant l'absence de mise en évidence d'une différence significative quant à l'efficacité d'une mesure par rapport à une autre. (51)

3.4. *Morbidité et mortalité liées à la contention mécanique :*

L'existence d'effets indésirables graves, à la fois physiques et psychologiques, liés à l'utilisation de la contention physique en psychiatrie est décrite depuis l'importante revue de la littérature réalisée par Fisher en 1994. (56)

Quelques années plus tard, une série d'articles est publiée en 1998 par des journalistes d'investigation dans le journal américain *Hartford Courant* dénonçant 142 décès de patients atteints de pathologie mentale en lien avec l'utilisation de la contention physique entre 1988 et 1998, et notamment le décès de jeunes enfants. (57) La cause de ces décès serait à imputer, selon les journalistes, à des complications respiratoires et cardiaques, des intoxications et interactions médicamenteuses, des hématomes d'origine traumatique, des strangulations, des inhalations de fumée et des incendies. Ces publications créent un tumulte dans les médias et dans l'opinion publique aux Etats-Unis. L'organisme gouvernemental *General Accounting office report* confirme en 1999 qu'un risque de décès en lien avec les contentions physiques existe. Une loi est votée pour inciter les hôpitaux américains à signaler les décès survenant sous contention. (58) Depuis lors, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organisme américain d'accréditation des structures de soins, rapporte plus de deux décès par mois en lien avec les contentions physiques. (59)

Ces dernières années, des études de la littérature gériatrique, urgentiste et de médecine légale centrent leurs travaux sur la recherche d'hypothèses étiologiques et physiopathologiques dans la survenue d'effets indésirables graves et de décès sous contention physique. Les articles de la littérature psychiatrique restent néanmoins étonnamment rares sur la question. Les études menées sont très majoritairement des travaux rétrospectifs de médecine légale réévaluant les rapports d'autopsie de patients décédés sous contention. Très peu de travaux prospectifs ont été réalisés dans ce domaine.

3.4.1. *Décès et contention physique, hypothèses étiopathogéniques :*

En 1998, dans les suites de l'article dans le *Hartford Courant*, le *JCAHO Sentinel Event Alert* étudie le cas de 20 patients décédés sous contentions physiques. 40% de ces décès sont liés à

une asphyxie, les autres causes sont en lien avec une strangulation, un arrêt cardiaque ou un incendie. (60)

Une large étude rétrospective a été menée par Berzlanovitch en 2012 et recherchait les causes de tous les décès sous contention survenus à Munich entre 1997 et 2010. Les auteurs ont retrouvés 26 décès. 22 étaient directement imputables aux contentions mécaniques. 11 des patients seraient décédés d'asphyxie et 8 de compression thoracique causée par une contention ventrale. (61)

Mohr fait l'hypothèse de plusieurs pathologies et mécanismes physiopathologiques dans une revue de la littérature d'études post-mortem de patients décédés sous contention : asphyxie positionnelle, inhalation, hématome thoracique, trouble du rythme cardiaque provoqué par une décharge de catécholamines, maladie thromboembolique veineuse et rhabdomyolyse. (62)

3.4.2. « *Restraint asphyxia* » :

L'asphyxie provoquée par la contention, nommée « *restraint asphyxia* » dans la littérature de médecine légale, est la cause la plus fréquente de décès sous contention physique. (62)

Une étude de médecine légale évaluant trente ans de décès inexplicés sous contention physique dans des services de gériatrie montre que l'asphyxie mécanique est le mécanisme du décès dans 70 % des cas. En outre, les auteurs suggèrent que les décès sous contention physique sont probablement sous-représentés du fait des implications médico-légales. (63)

D'autres publications de médecine légale montrent que les décès en lien avec une asphyxie positionnelle sont plus fréquents lorsque le patient est placé en position ventrale, position dans laquelle le patient a davantage de risque d'obstruer les voies aériennes supérieures. (64) En effet, certains auteurs ont étudié les conséquences physiologiques d'exercices physiques sous contention physique posée en position ventrale. La saturation en oxygène a été mesurée chez 10 sujets sains durant ces exercices. Neuf sujets sur 10 ont présenté une désaturation prolongée en oxygène. (65) Les facteurs potentiellement en cause pourraient être une restriction des mouvements respiratoires thoraciques, une obstruction des voies aériennes supérieures et une libération d'hormones catécholamines durant l'effort physique. Ces

phénomènes sont ici étudiés chez des sujets sains, il est légitime de faire l'hypothèse qu'ils sont accentués chez les patients suivis en psychiatrie, présentant des comorbidités somatiques et addictologiques plus importantes que dans la population générale.

Concernant la mise en cause d'une origine positionnelle à la *restraint asphyxia*, une étude a évalué 63 cas de décès par asphyxie dans les suites d'une contention physique chez des patients âgés de 26 semaines à 98 ans. Les auteurs ont constaté que les contentions avaient été correctement installées en position dorsale pour 57 patients sur 63. Ces travaux suggèrent que le risque de décès sous contention existe quelle que soit la position dans laquelle elles sont posées. (66)

3.4.3. Complications thromboemboliques veineuses :

La contention physique prolongée est également mise en cause dans la survenue de complications thromboemboliques pour certains patients décédés sous contention. En effet, une publication rétrospective de 2009 met en évidence trois patients décédés d'embolie pulmonaire dans les suites d'une contention physique, et cela sans qu'aucun trouble de la coagulation ou facteur de risque thromboembolique n'ait été présent. L'immobilisation de ces trois patients avait été comprise entre trois et cinq jours. (67)

En 2013, une étude japonaise prospective a recherché chez des patients sous contention physique une augmentation des D-dimères, marqueur biologique de maladie thromboembolique veineuse. Si celles-ci étaient augmentées, un écho-doppler veineux des membres inférieurs était systématiquement réalisé. Parmi les 181 patients contenus durant la période d'inclusion, une thrombose veineuse profonde a été retrouvée chez 21 d'entre eux, soit 11,6% de l'échantillon. Tous les patients avaient reçu un traitement préventif par bas de contention et héparinothérapie. Les facteurs qui ont été significativement mis en évidence chez ces 21 patients étaient une durée de contention supérieure à 72h, une sédation médicamenteuse plus importante et une hospitalisation médicale récente. (68)

Les patients sous contention physique sont d'autant plus à risque de complications thromboemboliques qu'il a été mis en évidence un lien significatif entre traitement antipsychotique et survenue de maladie thromboembolique dans certaines études. Et,

comme le montrent plusieurs publications citées précédemment, la contention physique est associée à de plus forte dose de traitement sédatif, et notamment neuroleptique. (69) (70)

Une revue de la littérature incite à rechercher les facteurs de risque thromboemboliques afin d'évaluer la nécessité de mettre en place un traitement préventif anticoagulant. Ainsi, Maly propose un algorithme décisionnel de prévention de la thrombose veineuse chez les patients hospitalisés en psychiatrie, et conseille la mise en place d'un traitement anticoagulant préventif, après recherche de facteurs de risque, à partir d'un score supérieur ou égal à 4. L'immobilisation continue supérieure à 8 heures et le traitement antipsychotique représentent des facteurs de risque dans cet algorithme. (71)

3.4.4. Contention et risque d'inhalation :

Tandis que la contention en position ventrale prédispose à la survenue de « *restraint asphyxia* », des études montrent que la position dorsale prédispose à la survenue d'autres complications, et notamment au risque d'inhalation et à toutes les conséquences potentiellement graves qui peuvent en résulter. (62)

Le risque est d'autant plus grand que le patient présente des troubles de la vigilance en lien avec son état psychique ou avec le niveau de sédation du traitement médicamenteux.

A ce jour, aucune étude n'a évalué le choix préférentiel d'une position dorsale ou ventrale lors de la pose des contentions physiques afin d'éviter la survenue d'effets indésirables potentiels.

3.4.5. Troubles du rythme cardiaque :

Certaines études décrivent une massive décharge d'hormones catécholamines pouvant entraîner des troubles du rythme cardiaque chez des patients présentant un état d'agitation sévère et ayant dû être maîtrisés par l'équipe soignante. (62) Une revue de la littérature de 2010 qui décrit les causes de décès sous contentions physiques pendant des gardes à vue policières confirme que certains décès sont provoqués par des troubles du rythme cardiaque secondaires à un haut niveau de catécholamines. Les auteurs font le postulat que le mécanisme de ces décès serait multifactoriel : asphyxie positionnelle en lien avec la

contention, surdosage de toxiques et stress responsable d'une décharge d'hormones catécholamines. (72)

Des cas de patients ayant présenté sous contention un arrêt cardiaque en lien avec une acidose métabolique sévère ont également été rapportés. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'acidose métabolique était en lien avec un mécanisme impliquant les hormones catécholamines, et ce notamment en cas de contention ventrale qui limiterait une compensation physiologique réflexe et provoquerait l'acidose métabolique. (73)

3.4.6. Autres complications sous contention :

D'autres causes de décès en lien avec la contention mécanique sont citées par différentes études :

- Syndrome confusionnel : une étude réalisée dans un service de soins intensifs met en évidence une augmentation de la survenue de syndrome confusionnel parmi des patients sous contention mécanique, et notamment dans son utilisation avec absence de lumière du jour visible, absence de visites et transfert multiple dans divers services de soin (74) ;
- Rhabdomyolyse (75) ;
- Hématome thoracique d'origine traumatique (62) ;
- Inhalation de fumée et incendie (62) ;
- Traumatismes physiques : certaines publications (76) (77) ;
- Déshydratation (59) ;

3.4.7. Contention et abus de substance :

Une étude menée en 2010 par Alshayeb décrit une série de cas d'acidoses lactiques sévères chez des patients contenus mécaniquement et présentant une intoxication aiguë en cocaïne. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'activité musculaire excessive en lien avec l'agitation du patient et la contention mécanique, le stress et l'intoxication en cocaïne ont provoqué cette acidose lactique sévère. (78)

3.4.8. Contention et traitement psychotrope :

Certaines études mettent en garde contre des posologies médicamenteuses trop importantes associées aux contentions mécaniques. Divers mécanismes cités précédemment peuvent accroître le risque de décès : diminution du niveau de vigilance pouvant favoriser les troubles respiratoires et les risques d'inhalation, augmentation du risque thromboembolique. (59) En outre, l'organisme anglais *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recommande une grande vigilance dans l'association d'une contention physique à un traitement psychotrope devant le risque important de survenue de complications potentiellement graves. (79)

Une étude de cas rétrospective a également montré une association entre contention physique et hépatites d'origine médicamenteuse. En effet, cette étude montre un taux d'hépatite à 8,5% chez les patients contenus contre 1,9% chez les patients non contenus. (80)

3.4.9. Mauvaise utilisation de la contention :

Une étude menée par Berzlanovitch en 2012 a analysé les autopsies de tous les décès sous contention physique survenus à Munich entre 1997 et 2010. Les auteurs ont identifié 26 décès sous contention et constatent une mauvaise utilisation des contentions pour 19 patients. Les causes de ces décès étaient dans la plupart des cas des asphyxies et des compressions thoraciques causées par la contention ventrale. (61)

4. Aspects législatifs :

Des textes législatifs précis encadrent les soins sans consentement, soins à la demande d'un tiers et soins à la demande d'un représentant de l'état, notamment par la loi du 5 Juillet 2011. Nous allons examiner dans ce chapitre ce qu'il en est des mesures de contention à l'occasion de ces hospitalisations, et notamment quels sont les textes de loi qui les régissent en France. Pour cela, nous ferons préalablement un tour d'horizon des différentes recommandations et mises en garde des organismes internationaux tels que l'Organisation des Nations Unies

(ONU), le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants (CPT), le Conseil de l'Europe, ainsi que la législation d'autres pays à travers le monde.

4.1. *L'avis du CPT :*

Le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants rappelle que la mise en chambre d'isolement et la contention sont : « *des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aigue* ».

Le Comité rappelle également que le recours à la contention doit être prescrit par un médecin et éviter « *que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité* ». Cette recommandation concerne la prescription de contention qui peut être réalisée en « si besoin », c'est-à-dire non pas au moment même de la prescription mais lorsque l'état du patient le nécessite. Ainsi, le CPT insiste sur le rôle central du médecin dans le choix d'utiliser ou non la contention, et cela au moment même où la situation l'exige.

En outre, selon le CPT, tous les autres moyens appropriés alternatifs doivent être tentés avant d'user de ces mesures, légitimant la contention comme mesure de dernier recours. Il rappelle également que : « *si exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction.* »

Lors de la visite du Comité en France du 28 Novembre au 10 Décembre 2010, celui-ci appelle les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation ancienne visant à ce que le recours à l'isolement et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifique : « *[...] la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service. Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel.* » (81)

4.2. L'avis de l'ONU :

Une résolution de l'Organisation des Nations Unies de 1991 prévoit que : « *la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui* », rappelant le caractère de dernier recours de la mesure de contention, comme le fera plus tard le CPT.

L'ONU insiste également sur l'importance de l'inscription écrite des décisions encadrant la mesure de contention : « *Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient.* »

En outre : « *Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et 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 ou d'isolement d'office.* » (82)

4.3. Les recommandations du Conseil de l'Europe :

En 1994, le Conseil de l'Europe édicte une première recommandation catégorique quant à l'utilisation des contentions : « *aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisée. Les moyens de contentions chimiques doivent être proportionnés au but recherché* ». (83)

En 2004, le Conseil, plus nuancé, édicte une recommandation relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en précisant le principe de restriction minimale : « *Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui.* » (84)

4.4. *Tour d'horizon législatif à travers le monde :*

Dans de nombreux pays, en Grande-Bretagne, en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada, en Belgique, aux Pays-Bas et en Russie, ce sont des textes de loi précis qui encadrent l'utilisation de la contention, au contraire de la France comme on le verra par la suite. (8)

En Islande, la contention et l'isolement sont absents des pratiques en psychiatrie. L'abolition de la mesure de contention a pu être mise en place par le taux de soignant par service le plus important d'Europe : un soignant pour un patient. (31)

En Allemagne, l'attachement des patients est réglementé par la loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985, et notamment le paragraphe 29a qui considère les mesure de « *sécurité particulière* » comme des solutions de dernier recours : « *elles ne sont à mettre en pratique que s'il existe dans l'immédiat un risque considérable que le patient placé ne se tue ou se blesse sérieusement, ou qu'il devienne violent ou bien encore qu'il quitte sans autorisation l'établissement de soins, et si ce risque ne peut être réduit d'une autre manière. L'avocat du patient doit être prévenu sans délai.* » Ainsi, la mesure de contention est considérée comme une mesure de sécurité, et non comme une mesure thérapeutique. (85)

Au Canada, la contention est définie comme une intervention de protection : elle « *constitue un moyen de contrôle physique pour empêcher une personne sur qui on n'a plus de contrôle de se blesser ou de blesser d'autres personnes, de l'empêcher de provoquer des dégâts autour d'elle.* »

Au Québec, la loi 118-1 est encore plus claire : « *La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier ; doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise et le maintien de cette mesure. Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de ces*

mesures. » On constate ainsi que la contention est encadrée dans les textes de loi québécois par des termes extrêmement précis. (86)

4.5. *L'exception législative française :*

Contrairement au Canada, à la Grande-Bretagne ou à l'Allemagne, il est possible en France d'attacher un patient en psychiatrie sans que cela ne soit encadré, ou même mentionné, par un texte de loi précis.

En effet, si la loi de 1838, puis celle de 1990, et enfin celle du 5 juillet 2011 prévoient dans quelles conditions un patient souffrant de troubles mentaux peut recevoir des soins sans son consentement, et plus particulièrement être hospitalisé, aucun de ces textes n'a prévu les conditions de chambre d'isolement ou de contention physique. En effet, si l'on prend l'exemple de l'admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (L3212), une des conditions requises pour l'admission sous contrainte est que l'état mental de la personne « *impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète* ». En outre : « *les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.* » Les modalités de soins ne sont pas spécifiées. En particulier, il n'est aucunement fait mention de nécessité d'enfermement, ni de contention physique. (87)

Le Code de santé public (CSP) reste également évasif sur le sujet des mesures de contrainte pouvant être appliquées dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, et le mot *contention* en est totalement absent : « *les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.* » (88) Et : « *Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.* » (89)

J-M Panfili, cadre de santé et doctorant en sciences juridiques, suggère que l'encadrement législatif de l'utilisation des contentions physiques est largement insuffisant en France. (90) Pour cet auteur, et au regard de l'article 34 de la Constitution disposant que « *la loi fixe les*

règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques », ces mesures de restriction de liberté devraient nécessiter de dispositions législatives plus précises et exigeantes. En France, et contrairement aux autres pays d'Europe, il est possible d'isoler et d'attacher un patient sans aucun contrôle ni a priori, ni a posteriori. Ainsi, selon cet auteur, toute mesure de contention devrait donc être considérée comme illégale, compte tenu de l'article 7 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites. »

Par comparaison, en matière pénale, la loi prévoit que : « les mesures de contraintes dont [la] personne peut faire l'objet sont prises sur décision ou sous le contrôle effectif de l'autorité judiciaire. Elles doivent de plus être strictement limitées aux nécessités de la procédure, proportionnées à la gravité [...] et ne pas porter à la dignité de la personne. » (91) A titre de comparaison, l'utilisation de menottes et d'entraves dans le cadre de la procédure pénale est précisément encadrée par la loi. (92)

4.6. Jurisprudences :

Une autre manière d'aborder ce thème d'un point de vue juridique est d'étudier la jurisprudence et différents arrêts des Cours administratives d'appel (CAA).

J-M Panfili, cadre de santé et doctorant en sciences juridiques, précise que le juge administratif exerce un contrôle de proportionnalité du recours à la contention (90). Suite à une décision de la CAA de Nantes en 1995, le non-recours à la contention peut engager la responsabilité de l'établissement public de santé si ce traitement est seul à même d'assurer la protection du patient et des tiers. (93)

Inversement, mais selon un raisonnement similaire, la CAA de Douai en 2006 a réservé la contention aux personnes présentant un risque majeur d'atteinte à leur personne ou à celle des autres. (94)

Enfin, un arrêt de la CAA de Marseille très précis indique en 2007 que la contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours après avoir usé de la parole, utilisé la pharmacopée et enfin l'isolement. (95)

4.7. *Les rapports sur la santé mentale et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté :*

Deux rapports récents alertent et émettent des propositions quant à une meilleure utilisation de la contention physique en psychiatrie : le rapport sur la santé mentale remis en décembre 2013 à l'Assemblée Nationale par le député Denys Robiliard (96), et le rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de liberté rendu public en mars 2014 (97).

Dans le premier rapport, Denys Robiliard rappelle que la contention est une prescription médicale dans un contexte de soins et déplore l'absence de suivi sur le plan national, ainsi que la faiblesse des statistiques sur la question de l'utilisation de cette mesure. Selon ce rapport :

« La docteure Christiane Santos, secrétaire générale de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique, a mené auprès de ses adhérents une enquête qui a fait ressortir que la pratique de la contention était utilisée partout, seule une moitié du personnel interrogé ayant répondu qu'elle était en augmentation depuis quelques années. »

Les raisons évoquées pour expliquer cette augmentation sont :

« la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation de ces équipes et le manque de formation des infirmiers et des jeunes médecins. »

Le rapport cite également le Dr Jean-Claude Pénochet, Président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux :

« La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée. »

Le député Denys Robiliard mentionne la conférence de consensus de novembre 2004 sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et les obligations de soins et de sécurité : *« S'agissant de la contention, le jury considère cette pratique comme une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir. »* Ainsi, elle doit être exceptionnelle, après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis :

- Recherche préalable systématique d'alternatives ;

- Prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ;
- Déclaration dans un registre consultable dans l'établissement ;
- Surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- Information de la personne et des proches ;
- Vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité ;
- Réévaluation toutes les trois heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives. (98)

Ainsi, la mesure de contention fait l'objet de deux des 30 propositions dans le rapport remis à l'Assemblée Nationale :

- Proposition n°15 :

« Votre Rapporteur préconise donc de constituer un registre administratif dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin de mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre. »

- Proposition n°14 :

« De plus, votre Rapporteur recommande de rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté et ainsi de s'assurer au niveau du ministère de la santé, des agences régionales de santé, des établissements de santé mentale et de la Haute Autorité de santé que les restrictions aux libertés individuelles de patient faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte soient adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. »

Dans son rapport annuel remis au public en mars 2014, le Contrôleur des lieux de privation de liberté qualifie les mesures de chambre d'isolement et de contention « *les plus évidemment attentatoires aux libertés* », tout en reconnaissant leur nécessité dans certaines situations :

« Il n'est pas question de discuter ici le fait que certains patients particulièrement agités, dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, puissent nécessiter le recours à l'isolement, voire à la contention. Il n'en reste pas moins qu'une telle décision devrait répondre à des critères précis et des conditions déterminées, ce qui n'est pas toujours le cas. »

De plus, le Contrôleur s'étonne des conditions de mise en place de ces mesures de contention dans certains établissements visités :

« Elles [les chambres d'isolement] sont dépourvues de toute décoration, de mobilier et parfois de commodités (un seau est alors laissé aux patients) ; ces chambres ne sont pas toujours équipées d'un bouton d'appel, ni d'horloge permettant au patient de se repérer dans le temps. Les malades peuvent y être entravés, sanglés à leur lit par une main et un pied ; le moindre geste de la vie quotidienne – se nourrir, uriner – place alors la personne dans des conditions humiliantes. »

Il s'interroge également sur les raisons qui parfois motivent ces mesures :

« Il est aussi apparu que la nuance était parfois subtile, entre soin et sanction. Ainsi [...] une patiente a-t-elle été placée à l'isolement et contenue, suite à des débuts d'incendie dans sa chambre. Il est permis de se demander si d'autres moyens n'auraient pas suffi à empêcher le renouvellement de tels actes, évidemment dangereux et, comme tels, inacceptables. »

Inspiré du rapport émis par le CPT et appuyant l'avis du député Denys Robiliard, le Contrôleur recommande que :

« le recours à la contrainte physique d'un patient [...] soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet ainsi que dans le dossier médical du patient. Les éléments à consigner doivent comprendre l'heure de début et de fin de mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant prescrite ou approuvée dans un délai raisonnable. Ces patients devraient en outre faire l'objet d'un suivi médical accru. Ce registre devrait être soumis au contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques. » (97)

5. Conférences de consensus :

5.1. *Conférence de consensus : « L'agitation aux urgences (petit enfant excepté) » :*

La Société Francophone de Médecine d'Urgences a publié en 2002 la 9^{ème} conférence de consensus concernant la prise en charge de l'agitation aux urgences, évoquant notamment la question de l'utilisation de la contention physique. (99)

Les auteurs précisent en préambule la rareté des articles traitant de l'utilisation de la contention, l'absence de recommandation légale et enfin l'absence de preuve de l'efficacité thérapeutique de la contention dans la littérature. D'après cette conférence de consensus, la contention serait utilisée dans 58 % des services d'urgences en France.

5.1.1. *Objectifs :*

Les deux objectifs retenus par la conférence de consensus sont :

- Assurer la sécurité du patient et de l'entourage ;
- Prévenir la rupture thérapeutique.

En outre, les auteurs précisent que le recours à la contention n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge et que cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, rappelant l'existence de problèmes médico-légaux possible. La contention représente une mesure d'exception et temporaire et ne constitue pas en elle seule une mesure thérapeutique. Ainsi, elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

5.1.2. *Indications :*

La conférence de consensus retient trois indications à la contention physique :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés ;

- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques ;
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

5.1.3. Contre-indications :

Les contre-indications non somatiques sont :

- Utilisation à titre de punition ;
- Etat clinique ne nécessitant pas ces mesures ;
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort ;
- Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Les contre-indications somatiques sont représentées par des affections organiques non stabilisées (diagnostic, pronostic incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense) :

- Insuffisance cardiaque ;
- Etat infectieux ;
- Trouble de la thermorégulation ;
- Trouble métabolique ;
- Atteinte orthopédique ;
- Atteinte neurologique.

5.1.4. Modalités de mise en œuvre :

L'utilisation de la contention doit faire l'objet de protocoles préétablis et cependant adaptés au patient traité. Son utilisation doit se faire sur prescription médicale écrite, horodatée et quasiment en temps réel, avec identification du prescripteur.

Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un

brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées.

Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.

Une sédation médicamenteuse est mise en place. Une information sur le déroulement de la prise en charge actuellement nécessaire est délivrée au patient. En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds du patient sont surélevés à leur tour, afin de diminuer l'amplitude des mouvements et le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce. Dans l'hypothèse d'un lit fixé au sol au milieu d'une pièce sécurisée, le patient et ses attaches sont glissés du brancard sur le lit.

Une programmation de soins et de surveillance intensive est prescrite en raison des risques majeurs de complications somatiques.

La sécurité du patient est vérifiée : les attaches sont bien fixées et verrouillées (s'assurer régulièrement qu'elles ne sont pas sur les articulations, ni trop serrées ni trop lâches), le brancard est bien fixé, ne risque pas de basculer.

Les soignants assurent une continuité dans la prise en charge relationnelle. La réévaluation de l'état clinique périodique doit permettre de lever partiellement, puis complètement au plus tôt cette contention. La contention s'intègre dans une démarche de soins et doit donc bénéficier d'une traçabilité dans le dossier du patient.

5.1.5. Risques :

La décision et la prescription d'une contention nécessitent une étroite collaboration entre médecin et soignants pour concevoir le traitement dans ses différentes dimensions et assurer la gestion des risques :

- Risques concernant le patient : atteinte physique, psychologique, à la liberté d'aller et de venir, prolongation inutile de la contention ;

- Risques concernant les soignants : atteinte physique, psychologique, risques médico-légaux.

5.1.6. Surveillance :

Lors de la surveillance du patient sous contention dans un service d'urgences, l'objectif des membres de l'équipe soignante est d'assurer une qualité de soins en respectant l'intégrité physique et morale du patient. Le patient sous contention est un patient à risque, dépendant de l'entourage. Il ne doit en aucun cas être isolé et/ou enfermé. La surveillance d'un patient sous contention est spécifique (surveillance des sangles, hydratation, nourriture, besoins naturels). Le recours à la contention physique implique systématiquement l'ouverture d'une fiche de surveillance de mise en contention. Elle permet de répertorier différents éléments dont le déroulement de la mise en contention (difficultés de pose, état cutané avant la mise sous contention, l'évolution clinique du patient).

Les soignants doivent assurer :

- Les soins de base : hygiène et confort répondant aux besoins fondamentaux ;
- La surveillance clinique : prise régulière des paramètres vitaux ;
- La vérification des sangles et de l'état cutané tous les quarts d'heure, en surveillant l'apparition d'un effet garrot, le patient ne doit pas pouvoir se détacher ;
- Les horaires du début et de la levée de la contention doivent être relevés.

La relation verbale avec le patient est maintenue au cours de l'installation de la contention. Il est important de lui expliquer la finalité du recours à la contention, lui donner des repères temporo-spatiaux, et d'évaluer son comportement.

La sédation obligatoire et immédiate de ces patients impose également une surveillance étroite dont les critères sont répertoriés sur une fiche de surveillance. Les médicaments, la posologie, la fréquence d'administration doivent apparaître. Le relevé des paramètres vitaux : pression artérielle, pouls, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire, score de Glasgow, est effectué toutes les demi-heures au minimum et doit apparaître dans la fiche de surveillance. Les fiches de surveillance de contention et de sédation font partie du dossier médical.

5.2. *Conférence de consensus de l'ANAES : « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux, et obligations de soins et de sécurité » :*

L'ANAES a réalisé en 2004 une conférence de consensus concernant la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, évoquant notamment la problématique de la contention physique dans ces établissements. (98)

Selon le jury de cette conférence de consensus, la contention systématique doit être interdite. Elle doit être exceptionnelle, réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis :

- Recherche préalable systématique d'alternatives ;
- Prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ;
- Déclaration dans un registre consultable dans l'établissement ;
- Surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- Information de la personne et de ses proches ;
- Vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité ;
- Réévaluation toutes les trois heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

6. Aspects théoriques : approche éthique et psychodynamique :

La notion d'éthique provient du grec *ethikos*, « la science morale » et *ethos*, « mœurs ». Elle désigne, selon le dictionnaire *Larousse*, la partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale et l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. Aussi, le *Larousse* individualise de cette notion l'éthique médicale : ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients. (100)

Il convient d'appréhender la réflexion éthique de l'utilisation de la contention en psychiatrie de deux manières, la démarche collective et la démarche individuelle. Ces deux démarches sont à rapprocher de la distinction que réalise Max Weber entre éthique de conviction : « *le chrétien fait son devoir et en ce qui concerne le résultat de l'action, il s'en remet à Dieu* » et l'éthique de responsabilité : « *Nous devons répondre des conséquences prévisibles de nos actes* ». Ces deux démarches de réflexion semblent certes en opposition mais peuvent s'articuler de manière complémentaire. (101)

6.1. La démarche collective :

La démarche collective, à rapprocher de l'éthique de conviction de Max Weber, consiste à se référer à des textes de référence afin d'interroger l'utilisation de la contention à l'intérieur d'une collectivité, que cela soit un service de soins, un établissement hospitalier ou même un pays. Cette réflexion éthique amène un groupe de personnes à poser des questions essentielles sur la pertinence et la mise en œuvre de l'utilisation de la contention au sein de cette collectivité. Comment doit-elle être mise en œuvre ? Pourquoi l'utilise-t-on ? Qui décide de cette mesure ? (102)

Cette approche repose sur la consultation de documents de référence qui interrogent l'utilisation de la contention dans notre société en général, à travers des recommandations d'organismes internationaux tels que le CTP, l'ONU, le Conseil de l'Europe, détaillées précédemment ; mais aussi à travers des textes de loi qui se basent, en partie du moins, sur des principes éthiques.

Cela peut consister également à consulter des recommandations de collèges d'experts, en se référant en l'occurrence à des conférences de consensus : recommandations émanant de la Société Française de Médecine d'Urgence, de la Haute Autorité de Santé, du Collège des médecins du Québec, etc.

Enfin, l'utilisation de la contention peut être interrogée collectivement dans une institution. Un établissement de santé mentale peut réfléchir sur l'utilisation de la contention dans leurs différents services et établir des règles, des protocoles de bonnes pratiques qui en partie reposeront, eux aussi, sur des principes éthiques.

6.2. *La démarche Individuelle :*

La deuxième approche, celle de l'éthique de responsabilité selon Max Weber, se réalise individuellement. Il s'agit de réfléchir, à l'échelle d'un individu, voire d'une équipe soignante, sur l'utilisation de la contention dans une situation clinique singulière. Certes, cette réflexion implique de se référer aux textes théoriques de la collectivité – textes législatifs, conférences de consensus, protocole de l'établissement hospitalier – cependant la confrontation à l'impératif de réalité se heurte parfois au cadre théorique de référence. L'approche individuelle implique alors pour le soignant qui se trouve face à cette situation singulière d'être en accord avec l'acte qu'il est amené à effectuer : *« l'éthique comme la morale n'ont de raison d'être que parce que l'homme est amené à opérer des choix entre plusieurs manières d'agir, qui ne lui paraissent pas, la plupart du temps, être indifférentes ni équivalentes, de sorte qu'il lui faut les déterminer selon les critères du bien et du mal. »* (103)

Le terme contention décrit l'acte. Le sens de l'acte est toutefois tout aussi important. Il implique de poser une décision : user de la contention ou non, faire le choix de cette mesure plutôt que d'une autre. Le philosophe P. Bourretz précise : *« cette démarche éthique suppose la suspension du geste technique pour laisser place à un nouvel exercice, celui du jugement. »* (104)

Néanmoins, la majorité des textes de recommandations précisent le déroulement de la contention, les contre-indications à respecter, la surveillance à appliquer, mais ne s'attarde pas sur le raisonnement qui amène à poser la décision d'user de la contention, sur les éléments qui permettent de justifier l'utilisation d'une telle mesure plutôt qu'une autre. Les indications des différentes recommandations sont vagues et pourraient s'appliquer tout autant à la chambre d'isolement. Il s'agit pourtant précisément de ces éléments qui intéressent l'éthique de la responsabilité de Max Weber, ce qui engage la responsabilité du soignant dans chaque acte qu'il réalise, dans chaque décision qu'il tient pour légitime.

Beauchamps et Childress ont proposé en 1978 au sein de la *North American Bioethics* une approche basée sur le respect de quatre principes : les principes d'autonomie, de bienveillance, de non-malveillance et d'équité sociale (105) (106). Ainsi, un acte est éthiquement acceptable si ces quatre principes sont respectés. Dans le cas de la contention

physique, le principe de bienveillance est recherché si la contention est considérée par le soignant comme un acte thérapeutique et/ou comme une mesure de protection pour le patient lui-même. Il y a violation de ce principe en cas d'utilisation à but punitif, en l'occurrence. Le principe d'équité sociale est également respecté, et recherché si le patient met en danger autrui. Le respect de ces deux principes est toutefois en conflit direct avec le principe d'autonomie par la privation de la liberté de mouvement que la contention entraîne par définition.

Les auteurs à l'origine de ces principes de bioéthique ont proposé une grille à laquelle se référer en cas de conflit entre ces principes et lorsque la violation d'un ou de plusieurs principes est justifiée. Ainsi la violation d'un principe peut être envisagée si :

- L'objectif qui justifie la violation du/des principes a une probabilité réaliste d'être accompli ;
- La violation du principe est nécessaire dans le contexte, sans qu'une autre alternative éthiquement préférable ne soit valable ;
- La violation du principe n'a que peu d'importance dans l'accomplissement de l'objectif ;
- L'agent tente de minimiser les effets de la violation du principe.

Les principes éthiques de la *North American Bioethics* sont considérés comme un modèle acceptable, toutefois il ne s'agit pas du seul modèle. Le modèle du « double effet » a également été décrit lorsqu'un objectif moralement acceptable entraîne des effets nuisibles au cours de son accomplissement (107). Son utilisation peut être éthiquement acceptable si :

- Le principal objectif de l'action, et l'action en elle-même, est moralement acceptable ;
- Les effets nuisibles ne sont pas intentionnellement poursuivis ;
- Les effets nuisibles ne sont pas l'objectif de l'action et l'effet moralement acceptable n'est pas dans une relation directe de cause à effets avec l'effet nuisible ;
- L'effet recherché est proportionnel aux effets nuisibles.

Ainsi, la justification éthique de l'acte de contention est inhérente à l'objectif qui est attendu de cette mesure. Les différentes recommandations précisent les différentes indications de la contention physique, mais quel objectif en attend-on ?

6.3. Acte thérapeutique ou mesure de protection :

Cette question de l'objectif de la contention est présente depuis l'Antiquité. Pour Celse la contention représentait un acte thérapeutique, pour Caelius Aurelianus, une mesure de protection, envers le patient lui-même et envers autrui (4) (6). La législation de certains pays encadre son objectif, à l'instar de l'Allemagne ou du Canada définissant dans les textes de loi la contention comme mesure de protection (85) (86). En France, toutefois, cette mesure n'est pas encadrée par la loi et n'est soumise qu'à la seule décision du clinicien. La réflexion éthique n'est cependant pas identique si la décision d'attacher un patient se pose en matière de protection ou de soins. Quel est alors l'objectif moralement acceptable à atteindre, tandis que les principes de Beauchamps et Childress sont en conflit ? Le but est-il thérapeutique, c'est-à-dire apaiser le patient de l'état d'agitation dans lequel il se trouve et qui a motivé la mesure de contention ? Ou s'agit-il d'un objectif à visée de protection, protection du patient lui-même et d'autrui ?

J. Palazzolo, dans son rapport du Congrès de neurologie et de psychiatrie de langue française, décrit les différents objectifs pouvant amener à mettre en place une contention physique : « *restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux. La contention peut poursuivre l'un ou plusieurs des objectifs suivants :*

- *une protection de la personne vis-à-vis d'elle-même et des conséquences de ses troubles ;*
- *une protection de l'environnement vis-à-vis des comportements incontrôlables et/ou imprévisibles d'un malade ;*
- *une tentative de limitation de l'expansivité ou de l'appréhension désorganisée de l'environnement liée à des troubles psychiques ;*

- *une nécessité de surveillance accrue engendrée par certaines conditions, comme un soin particulier par exemple.* » (1)

L'auteur introduit ainsi l'objectif thérapeutique de la contention au sein même de sa définition. Néanmoins, trois des quatre objectifs qu'il attend de la contention sont consacrés à la protection du patient lui-même et de son environnement, ainsi qu'à sa surveillance.

D. Friard considère, lui, que la notion de *thérapeutique* est dévoyée en psychiatrie, notamment sur la question de la contention : « *Qu'il soit nécessaire d'attacher un patient exceptionnellement violent n'implique en rien que cette mesure soit thérapeutique. Elle peut être nécessaire pour assurer la sécurité de l'environnement du patient sans être en aucune façon thérapeutique* ». (8)

La portée thérapeutique de la contention est abordée dans certains textes par sa capacité à apaiser un patient dans une situation d'agitation. Les mécanismes cités évoquent alors la fonction contenante de la contention, ainsi que le *holding* décrit par D.W. Winnicott. Les chapitres suivants décrivent dans un premier temps la fonction contenante, le *holding* et la contenance dans leur conception psychanalytique, puis, dans un deuxième temps, leurs rapports avec la contention physique.

6.4. La fonction contenante :

Selon D. Mellier, dans « *la fonction contenante, une revue de la littérature* », la fonction contenante est une notion souvent employée en clinique mais dans des sens parfois contradictoires. (108)

Dans ses « *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes* », Mélanie Klein introduit la notion d'identification projective : projection de soi ou de parties de soi à l'intérieur du corps de la mère pour le maîtriser de l'intérieur (109).

« En même temps que ces excréments nocifs, expulsés dans la haine, des parties clivées du moi sont projetées sur la mère, ou, pour mieux dire, dans la mère. Ces excréments et ces parties mauvaises du sujet sont censés non seulement blesser l'objet, mais aussi le contrôler et prendre possession de lui. [...] Cela conduit à une forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive. Je propose pour ces processus le nom

d' « identification projective ». Quand la projection dérive surtout du désir de l'enfant de blesser ou de contrôler la mère, il vit celle-ci comme un persécuteur ».

Se basant sur les travaux de l'identification projective de M. Klein, W. Bion a développé une perspective centrée sur le processus de la contenance (110) (108). Il a développé l'idée d'une rencontre conflictuelle entre « contenu » et « contenant ». Le nourrisson projette dans le bon sein une partie de sa psyché, à savoir ses sentiments mauvais, ses peurs archaïques, ce que Bion nomme les *éléments bêta*. Il s'agit d'éléments *a priori* inassimilables par le psychique, un élément insensé ou primitif qui doit être évacué. Ces éléments sont un contenu reçu par la mère qui fait, en les accueillant, office de contenant. Le moment venu, ils sont ensuite retirés et réintrojectés. Durant le séjour dans le bon sein, les sentiments mauvais sont ressentis comme ayant été modifiés de telle sorte que l'objet réintrojecté apparaît tolérable à la psyché du nourrisson, cela grâce au travail opéré par la *fonction alpha* de la mère qui a permis la transformation des *éléments bêta* en *éléments alpha*. Bion précise que lorsque la phase de réintrojection a lieu, l'enfant réintrojecte non seulement la partie mauvaise déposée dans la mère mais aussi la mère en tant que contenant. Les éléments alpha ne sont pas des objets du monde extérieur mais le produit du travail accompli sur les sens supposés se rattacher à ces réalités.

Ainsi, lorsqu'un nourrisson, en proie à des angoisses de dévoration, pleure, il projette sa peur sur sa mère. Celle-ci, suffisamment bonne, accueille ses pleurs, ses angoisses, ce contenu. Elle les contient mais ne se contente pas de cela. Elle les transforme et les redonne à son bébé sous la forme d'une berceuse ou d'un conte. Digérées, transformées par la mère, mises en forme avec le support d'une présence, ces angoisses présentes dans le conte même ou dans la berceuse deviennent acceptables pour le bébé et lui permettent d'intégrer la mère en tant que contenant.

Pour D. Anzieu, la fonction contenante est d'abord celle du Moi. Pour que le Moi puisse penser, parler et associer, faut-il qu'il puisse avoir une *peau*, une consistance, une organisation et une limite suffisante (111). Comme la peau a différentes fonctions pour le corps, le *Moi-Peau* a différentes fonctions pour la psyché. La fonction contenante est une de ces fonctions. Elle est souvent figurée par l'image d'une enveloppe ou par celle de l'écorce pour le noyau. Cette définition permet d'envisager les différentes enveloppes psychiques du Moi-Peau comme résultantes de « *l'intériorisation des fonctions contenantes de la mère* ». Il différencie

trois niveaux de contenance pour un sujet qui peuvent être envisagés comme des degrés différents dans la fonction à contenir. Selon Anzieu, le cadre du soin doit alors tenir compte des fonctions contenantantes ou « enveloppes » du moi. Si elles sont défaillantes, il doit être adapté. (108) (112)

La *fonction conteneur* telle que la définit R. Kaës correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformation des processus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation. Il désigne par conteneur la réunion du contenant et de l'activité de transformation dans la fonction alpha (113). Ainsi, le modèle de la fonction contenantante est encore une fois employé pour envisager le travail des soignants.

D. Mellier, dans sa revue de littérature, différencie ainsi différents concepts ayant à voir avec la fonction contenantante. Celle-ci se définit par un même objet, un travail psychique avec des souffrances primitives – éléments bêta ou archaïques. La *fonction à contenir* désigne la position clinique à tenir, le devoir, voire l'éthique nécessaire pour le développement de ce processus. Les notions d'*enveloppe*, de *peau psychique* ou de *contenant* caractérisent à un moment donné les fonctions contenantantes d'une situation. (108)

6.5. *Le holding :*

Winnicott désigne par le terme de *holding* (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. L'aspect essentiel du maintien, pour Winnicott, est le fait de tenir physiquement l'enfant. Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère. Les soins maternels sont la continuation des apports physiologiques de la gestation. L'enfant en retire un sentiment de continuité d'être. C'est sur la base de cette continuité d'être que le potentiel inné de chaque enfant se développe selon sa propre ligne. Quand la mère est défaillante, l'enfant se rend compte non de la carence, mais des conséquences de cette carence, c'est-à-dire qu'il réagit à un empiétement sur sa propre ligne de développement. Le *holding* a donc pour fonction essentielle d'éviter à l'enfant

la nécessité de réagir et d'interrompre de ce fait le sentiment de continuité d'être. Face à des ruptures trop importantes, le risque pour l'enfant est l'angoisse d'annihilation. Pour Winnicott, la conflictualité psychique se situe entre le dedans et le dehors, dans ce qu'il définit comme « *une aire intermédiaire d'expérience* », un espace transitionnel. L'objet maternel « *suffisamment bon* » peut seul contenir la psyché écartelée entre les besoins du moi et les pulsions sexuelles pour maintenir une continuité d'être au bébé. (114) (115) (116)

Dans son article sur « La tendance anti-sociale », il insiste sur la distinction entre besoins pulsionnels et besoins du moi :

« On dit parfois qu'il faut qu'une mère ne réussisse pas à s'adapter aux besoins de son enfant. N'est-ce pas là une idée erronée qui repose sur une considération des besoins instinctuels, tandis que les besoins du moi sont négligés ? Certes, il faut que la mère ne réussisse pas à satisfaire les exigences instinctuelles, mais elle peut réussir totalement à ne « pas laisser tomber l'enfant » ; à pourvoir à ses besoins du moi, jusqu'au moment où l'enfant aura été capable d'introjecter une mère qui soutient le moi ».

Ainsi, s'il est besoin de frustrer les besoins du ça – et notamment métaboliser, transformer au sens de Bion – il est préférable d'assurer et de maintenir dans le même temps le holding, de s'adapter aux besoins du moi. (115) (117)

6.6. *Contenance, fonction contenante et holding :*

M. Girard, dans son intervention intitulée « *représentation de l'enfermement sur l'évolution de la maladie mentale* » fait la distinction entre fonction contenante qui implique relation à la pulsion et holding qui implique la relation au moi :

« La fonction contenante concerne la relation excitée, la réponse à l'excitation, la décharge, la projection, la pulsion ; elle s'inscrit dans une logique de réaction de la part de l'objet qui reçoit les projections, les arrête ou les contient et les restitue, transformées ; elle relève de la relation au ça et de la fonction objectale de la mère. [...] »

Le holding, le maintien procède, quant à lui, autant de l'accompagnement que d'une antécédence qui organise l'accueil ; il se doit d'être fiable, indestructible, permanent : c'est-à-dire pendant et malgré l'excitation mais aussi en dehors des moments d'excitation, même pendant les périodes de calme ou de sommeil. Il relève de la relation au moi et de la fonction

environnementale : c'est-à-dire que le holding [...] comprend toute la routine, toute la monotonie des soins de jour et de nuit qui contribuent à l'enrichissement du monde intérieur. »

L'articulation du *holding* et de la *fonction contenante* concerne alors la *contenance* :

« La contenance relèverait autant de la fonction contenante que du holding, et surtout de l'articulation permanente de ces deux fonctions ». (117)

6.7. *Contention et contenance :*

Pour établir les notions de contention et de contenance dans leurs champs conceptuels, il convient de restituer ces mots dans leur étymologie et dans leur sens au sein du langage courant. Je me référerai pour cela une seconde fois à l'intervention de M. Girard précédemment citée (117).

Contention : Ce terme désigne d'une part un procédé utilisé pour immobiliser un os fracturé ; d'autre part l'action d'immobiliser un malade mental agité.

Il est communément admis que contention dérive du latin *contentio* et du verbe *contendo*, *contendere*, de *cum* et *tendere* (tendre), développant ainsi à partir du sens propre « tendre avec force », la valeur de « lutter ».

Introduit en français au sens général de « lutte », le mot s'est spécialisé en droit avec le sens de « chicane, lutte, querelle » (1208). Le terme entre ensuite dans le vocabulaire médical : tension, fait de serrer, de maintenir (avec force), et notamment en psychiatrie avec l'immobilisation mécanique par la contention physique.

Contenir : le verbe contenir désigne le fait d'avoir une capacité, en parlant d'un récipient ; d'endiguer, de retenir, d'empêcher de s'étendre au-delà de certaine limite.

Il est emprunté (1050) au latin *contineo*, *continere*, de *cum* et *tenere*, littéralement *maintenir ensemble*, d'où « embrasser, enfermer en soi » et en particulier « réprimer, réfréner » et « enfermer, maintenir dans un lieu, dans des limites ».

Le verbe a été employé à la forme pronominale au sens de « se comporter, avoir telle attitude ». Dans le domaine du comportement, se contenir s'est restreint à la signification de

« s'empêcher de ressentir, d'exprimer quelque sentiment vif » (1080), notamment dans avoir du mal à se contenir, « à contrôler un débordement d'émotion, de colère ». Ce sens psychologique a rejoint l'idée générale de « renfermer en soi » (XII^{ème} siècle), réalisée concrètement pour « avoir une certaine capacité » (1530).

Contenance : le dérivé verbal de contenir est apparu (1080) au sens de « manière de se conduire, de se comporter » et l'a gardé. Contenance a cependant acquis le sens concret de « capacité d'un objet », en parlant d'un récipient (XVII^{ème} siècle).

Contenant : le participe présent, n'a gardé que le sens concret d' « objet qui contient, récipient ».

Contenu : le participe passé, désigne la teneur d'un acte juridique et, plus concrètement, ce que contient un récipient.

De ces sens courants du verbe contenir et de ses dérivés, notamment les dérivés concrets, nous en arrivons à leur acceptation psychanalytique inséparable de leur rapport à la projection.

On constate ainsi que le terme contention a une origine étymologique distincte du verbe contenir et est exclu de son champs lexical et conceptuel. Aussi, nos recherches n'ont pas retrouvé de texte psychanalytique faisant le lien entre la contention physique, en tant qu'acte d'immobilisation mécanique d'un patient agité, et la fonction contenante, en tant que fonction psychique.

D. Friard, dans son article « *attacher n'est pas contenir* » pose clairement la distinction entre acte de contention physique et fonction contenante. Considérant qu'une équipe de soins fait office de contenant : « *le patient vient fracasser ses angoisses contre elle [l'équipe]. Elle ne peut accueillir ce contenu, ces éléments bêta et les retraiter qu'en étant elle-même contenue, qu'en ayant à sa disposition un répertoire de contes ou de berceuses qui lui permettent d'être un contenant [...]. Ainsi donc, la pratique que nous nommons « contention » n'a-t-elle rien à voir avec la fonction conteneur, elle en signe plutôt l'échec. La question posée par la contention n'est pas de savoir quelles procédures utiliser pour que le patient puisse être attaché dans de*

bonnes conditions mais comment permettre à une équipe, et surtout à une institution, d'assurer cette fonction conteneur ». (8)

Ainsi, la fonction contenante, dans sa conception psychanalytique, ne peut être assurée dans un service de soins que par l'intervention d'un ou plusieurs soignants, infirmier ou médecin, au sein d'une institution. La contenance ne peut être l'intervention de murs seuls, ou dans le cas des contentions physiques, de sangles seules. Elle pourrait être assurée si un soignant, faisant office de contenant psychique, demeurait présent tout au long du processus de contention et pourrait ainsi accueillir et retraiter les éléments bêtas – les angoisses du patient.

Selon M. Girard : *« s'écarter des murs, c'est ne pas seulement compter sur eux pour recevoir, contenir, métaboliser et transformer les projections pulsionnelles. Que nous le formulions en termes de pare excitations ou d'écran du rêve avec Racamier, ou en termes de rêverie maternelle avec Bion, la perspective est bien celle de l'organisation topique et temporelle du travail psychique [...]. C'est donc bien le soin institutionnel, dans son ensemble et dans son déroulement vivant qui va constituer le cadre thérapeutique et non pas seulement l'institution en tant que telle ou a fortiori les murs. »* (117)

7. Aspects subjectifs :

7.1. *Vécu des patients :*

De nombreux travaux recueillant le vécu des patients ont été élaborés depuis les années 1980. Ces travaux mêlent le plus souvent point de vue de patients en isolement et point de vue de patients sous contention physique. Ils ont été réalisés au travers d'études quantitatives – notamment par le biais de questionnaires spécifiques tels que le *Coercion Experience Scale* ou encore le *Secluded and Restrained Patient's Perceptions of their Treatment* – mais aussi d'études qualitatives avec des méthodes d'analyse variées : analyse thématique, analyse phénoménologique, analyse catégorielle, etc...

L'expérience de la chambre d'isolement est très différente de celui de la contention, et il paraît difficile d'extrapoler de l'un à l'autre. Dans une première partie seront présentées les rares études qui concernent spécifiquement le vécu du patient sous contention physique. Une

deuxième partie proposera des études montrant le point de vue de patients quant à des améliorations et des alternatives aux mesures de contention et d'isolement, une recherche dans la littérature médico-scientifique n'ayant pas retrouvé d'études spécifiques à la contention traitant de cette problématique. Enfin, une troisième partie traitera de l'apport du point de vue de représentants des usagers en psychiatrie quant à l'élaboration d'améliorations et d'alternatives.

7.1.1. Vécu du patient sous contention physique :

Une revue de la littérature réalisée par Strout en 2010 répertorie les études qualitatives réalisées entre 1966 et 2009 concernant le point de vue des patients quant à leur expérience de contention physique (118). Les auteurs constatent que le nombre d'études est très limité. Ils répertorient ainsi 12 études traitant spécifiquement de cette problématique – les études concernant l'expérience mêlée des chambres d'isolement et de la contention ne sont pas incluses dans cette revue de littérature. Ces études ont été réalisées entre 1988 et 2006. Aucune autre étude n'a été retrouvée depuis 2009 traitant du vécu du patient sous contention en psychiatrie.

Parmi ces 12 études, 7 ont été réalisées dans des services de psychiatrie. Les autres ont été conduites dans des services gériatriques, médico-chirurgicaux ou de réanimation. La première de ces études à avoir été réalisée dans un service psychiatrique date de 1998. Le nombre de sujets inclus varie de 6 à 30 patients. Les méthodes d'analyse qualitative employées sont : analyse phénoménologique, analyse thématique et analyse catégorielle.

La revue de littérature de Strout identifie quatre regroupements thématiques afin de représenter les résultats de ces 12 études : l'impact psychologique négatif, la « *retraumatisation* », les perceptions de pratiques non éthiques et la sensation d'« *esprit brisé* » rapporté par les patients.

La totalité des douze études comporte la description d'un impact psychologique négatif par les participants. Les thèmes communs les plus cités comportent la colère, la peur, l'humiliation, le sentiment de déshumanisation, la démoralisation, l'impuissance, la détresse, l'embarras et le sentiment que l'intégrité de leur personne a été violée. Les auteurs de ces

études posent ainsi la question de la valeur thérapeutique de la mesure de contention compte-tenu de ces nombreuses conséquences négatives rapportées par les patients.

Certains participants ont pu rapporter des ressentis positifs, notamment la réduction de la probabilité de blessures physiques, un sentiment de sécurité, la perception d'être aidé, respecté, entouré par l'équipe soignante. Néanmoins, les auteurs constatent que ces ressentis positifs sont présents a minima par rapport aux ressentis négatifs au sein de ces études. En effet, ces ressentis positifs sont rapportés dans 3 études parmi 12, tandis que les ressentis négatifs sont retrouvés dans la totalité des douze études.

Plusieurs auteurs évoquent le thème de la *retraumatisation* comme conséquence de la contention physique. Des participants rapportent ainsi que l'expérience de contention leur rappelle des scènes de violence vécues dans leur histoire de vie, notamment des scènes de viol ou d'abus dans l'enfance.

Des participants de 6 études parmi les 12 ont pu décrire au travers de ces travaux des incidents où ils avaient la perception d'avoir été punis, abusés ou d'avoir été victimes de pratiques éthiquement non acceptables par les cliniciens durant l'expérience de contention. Ces participants rapportent ainsi des épisodes pendant lesquels ils avaient le sentiment d'être la cible de moqueries ou encore de menaces de la part de l'équipe soignante. D'autres participants ont pu évoquer leur perception que la mesure de contention avait été réalisée comme une forme de punition.

Enfin, il a été mis en évidence la perception d'impuissance, de soumission de la part des patients, comme si leur esprit avait été brisé. Certains participants décrivent ainsi la survenue progressive d'une acceptation au fur et à mesure du processus de contention, sachant que rien de ce qu'ils feraient ne pourrait les délivrer des attaches. Un patient hospitalisé dans un service de soins intensifs décrit le sentiment de devenir comme une souris durant cette expérience. Un autre patient hospitalisé dans un service de soins psychiatriques décrit la perception d'être comme un insecte ou une fourmi. Les auteurs s'étonnent de l'absence d'impact émotionnel de certains participants fréquemment attachés, comme si une habitude s'était installée avec l'utilisation fréquente de contention.

En France, une étude menée par J. Palazzolo a recueilli l'expérience de patients sous contention physique à travers une analyse qualitative (119). Cette étude ne figure pas dans la

revue de littérature de Strout car celle-ci a été publiée en langue française, or cette revue n'a inclus que les travaux publiés dans des journaux anglo-saxons. Cette étude a été réalisée au centre hospitalier de Nice en 1999 et a utilisé une méthode d'analyse phénoménologique. L'auteur met en évidence le thème du pouvoir présent dans la quasi-totalité des récits des participants, notamment dans la description de l'altercation entre le patient et l'équipe soignante ayant entraîné l'utilisation de la mesure de contrainte. Il est également mis en évidence la thématique de l'impuissance et notamment du sentiment de déshumanisation liée à cette impuissance. J. Palazzolo met enfin en exergue qu'aucun des sujets participant à l'étude n'a évoqué de sentiment de sécurité ou de réconfort. Au contraire, la plupart ont ressenti de la peur et de la vulnérabilité en lien avec le sentiment d'être incapable de se protéger si un malheur arrivait.

7.1.2. Point de vue de patients : suggestions d'alternatives et d'amélioration :

A notre connaissance, aucune étude ayant usé d'une méthodologie qualitative n'a évalué les suggestions de patients quant à des alternatives et des améliorations spécifiques à la contention physique. Néanmoins, cela a pu être réalisé pour certaines études qualitatives évaluant l'utilisation de la chambre d'isolement. Leurs résultats sont développés dans cette partie.

Certains patients suggèrent dans plusieurs études le souhait d'interactions plus fréquentes avec l'équipe infirmière et médicale, ainsi que davantage de respect de leur autonomie dans le processus de mise en chambre d'isolement (120), de prise de décision comme le choix de vêtement, de nourriture ou de boissons, du moment où ils prennent leur douche (121) (122). Les participants à ces études évoquent également la possibilité d'utiliser les toilettes, de prendre soin de leur hygiène corporelle, d'avoir des lits et des vêtements plus confortables, une sonnette pour alerter l'équipe soignante. Enfin, certains patients suggèrent l'idée de pouvoir parler de leur expérience de contrainte, de ce qu'ils ont pu ressentir à distance des faits (123).

Certains participants à ces études ont pu suggérer des alternatives à la chambre d'isolement, notamment la possibilité d'un entretien avec un membre de l'équipe soignante, la proposition

d'un traitement, une observation dans le service plus soutenue, des activités occupationnelles ou relaxantes, une meilleure explication des règles du service. (124)

7.1.3. Points de vue de représentants des usagers en psychiatrie :

Les représentants des usagers en psychiatrie se montrent intéressés par l'utilisation des contentions en France, et notamment par le recueil du point de vue des patients ayant vécu une expérience de cet ordre. Ainsi, à la conférence-débat organisée en décembre 2011 par l'Association nationale des responsables qualité en psychiatrie (ARNQ-PSY), les représentantes des usagers ont témoigné d'une montée des pratiques de contention dans les établissements psychiatriques et de leur volonté que ces pratiques soient mieux encadrées (125) (90).

Une étude de santé publique publiée en 2014 au Québec met en évidence la possibilité d'impliquer des représentants de patients à participer à un groupe de travail concernant des mesures alternatives à la contention et à l'isolement. (126)

Une représentante des usagers en psychiatrie, Emmanuelle Bourlier, membre de l'association toulousaine « *Toute voile dehors* » a accepté de nous donner son point de vue quant à l'utilisation des contentions en psychiatrie :

« On en a beaucoup parlé à « Toute voile dehors ». Certains membres de l'association ont, comme moi, vécu la contention. Rien que la semaine dernière, à la CDSP [la Commission départementale des soins psychiatriques], une jeune fille a demandé à nous voir alors qu'elle était sous contention dans une chambre d'isolement. J'ai été très sensible à sa détresse et à son sentiment d'impuissance. Elle nous a rapporté son impression d'être traitée comme un animal. Ça m'a marquée parce que je l'ai vécue également.

J'étais convaincue qu'on allait me tuer. Les blouses blanches ne me rassuraient pas, au contraire, ça m'angoissait. J'étais persuadée que l'injection intramusculaire était la piqûre létale, comme pour les condamnés à mort aux Etats-Unis. Essayez de comprendre. Lorsque quatre personnes vous tombent dessus, ça vous fait l'effet d'un immeuble qui vous tombe dessus. Les regards sont tout d'un coup froids et fermés. Je comprends, avec le recul, que c'était parce qu'ils étaient dans l'action. Il y a comme un mur froid. On a l'impression d'être puni. Il n'y a plus de chaleur qui se dégage des soignants.

On se retrouve totalement impuissant, même pour réclamer un verre d'eau. Les soignants ont l'impression que l'on réclame toujours de l'eau mais on a tout le temps soif. Mais c'est peut-être difficile pour les soignants de savoir ce qui est adapté pour le patient ou non, surtout s'il est délirant. La dernière fois que j'ai été contenue, ça a duré une heure. Mais j'ai l'impression que ça a duré vingt-quatre heures tellement j'ai eu soif. C'est essentiel d'avoir accès à une pendule. Maintenant, on surveille cet aspect à la CDSP.

On se retrouve humilié, impuissant. On a vraiment l'impression d'être puni. J'en ai discuté avec les membres de l'association qui ont été contenus, ils ont aussi ce sentiment. On ne nous dit jamais combien de temps ça va durer. En général, on ne vous parle plus quand vous êtes sous contention. Si on vous disait : « Dans deux heures, on se revoit et on réévalue les choses », ça serait plus rassurant. Parce qu'il y a une échéance. On n'est pas livré au bon vouloir des soignants. On en parle à l'association. On pense que c'est important d'être écouté, de ne pas dire : « il est attaché, il est hors-jeu », de continuer à être dans l'échange même si le patient est attaché.

Je pense qu'il y a des contentions qui sont inévitables, quand on n'est pas conscient de la maladie. Mais je pense qu'il y en a qui sont évitables. En crise, le sentiment qui domine, par-dessus l'agressivité, c'est l'angoisse. Parfois, un regard apaisant, qui prend en compte la personne, qui rassure peut avoir de bons résultats.

C'est une expérience violente, on met du temps à s'en remettre. Je pense que ce serait intéressant de revenir dessus a posteriori, à un moment où le patient serait davantage accessible à comprendre ce qu'il s'est passé. Qu'il ne reste pas sur une impression d'être un chien, un animal dangereux. Et ce serait un acte de responsabilisation de lui demander son point de vue, de pouvoir lui expliquer a posteriori le pourquoi de la contention. Ça peut parfois amorcer une alliance thérapeutique. On a du mal à avoir conscience qu'il y a d'autres personnes qui vivent la contention. On se sent très seul. On a l'impression d'être une exception. On cherche dans sa tête de quoi on a voulu nous punir.

On nous fait remplir parfois une feuille de directives anticipées. J'ai dit : chambre d'isolement, mais plus jamais la contention. Rien que de réfléchir sur les directives anticipées avec son psychiatre permet d'en parler. C'est rassurant. »

7.2. Vécu des soignants :

Une étude réalisée en France en 2013 a évalué le vécu de soignants quant à l'usage de la contention dans des services psychiatriques à Toulon et Marseille grâce à une analyse thématique. (127)

Les indications de mise sous contention sont pour les soignants majoritairement des risques auto et hétéro agressifs et des agitations. Ils évoquent également une indication en augmentation, la contention par défaut de chambre d'isolement. Plus rarement, la contention a pu être appliquée à la demande du patient. Dans un des services où les soignants ont été interrogés, un protocole tacite existe prévoyant la mise sous contention pour tout patient admis en soin sans consentement quelle que soit sa clinique pour éviter le risque de fugue.

En ce qui concerne l'impact pour le patient selon les soignants, ils constatent majoritairement une réduction de l'agressivité en cas d'agitation du patient après mise sous contention. L'anxiété était diminuée selon les infirmiers et augmentée selon les médecins. Les soignants identifiaient en majorité pour le patient qui avait vécu la contention de l'incompréhension et de la colère. Les soignants n'abordaient avec le patient le vécu qu'il avait de cette expérience que dans la moitié des cas.

La mise sous contention entraîne selon les soignants une majoration de la disponibilité et du temps passé auprès du patient. La majorité des infirmiers rapportaient une amélioration de la relation thérapeutique à distance de la contention, même si certains nuançaient leurs propos, précisant que la relation pouvait être faussement améliorée en lien avec la crainte du patient d'être de nouveau attaché. Les médecins ne rapportaient pas de changement dans la relation thérapeutique.

Concernant le vécu du soignant de l'expérience de contention, les ressentis étaient multiples selon les situations. Ceux-ci étaient majoritairement négatifs, les plus évoqués étaient les sentiments de frustration, de colère et l'absence de ressenti. Les sentiments de colère et de frustration étaient la plupart du temps en lien avec l'absence d'alternative possible à la contention. Certains soignants ont pu ressentir de la satisfaction, en lien avec la perception d'avoir fait du bon travail, de percevoir le sentiment de sécurité de la part du patient. Certains ont pu ressentir du soulagement de ne pas avoir à répondre à l'agressivité du patient.

En ce qui concerne le point de vue des soignants quant à la pratique de la contention, ils estimaient pour la majorité d'entre eux qu'il s'agissait d'un acte de soins et de sécurité.

Certains considéraient qu'il pouvait s'agir d'un acte de maltraitance selon l'utilisation qui en était faite. Plus de la moitié des soignants estiment qu'il y avait dans ces situations des solutions alternatives.

7.3. Représentations de la contention :

Une thèse de recherche en sciences de l'information et de la communication réalisée en 2010 par J. Thomas a évalué les représentations de la contention dans un pavillon d'urgences médicales et psychiatriques parmi neuf soignants, infirmiers et aides-soignants (128). L'auteur précise : « *il ne s'agit pas d'un travail sur le réel, mais d'un travail sur les constructions mentales, symboliques ou imaginaires qui se lisent dans le discours des soignants du service* », ce qui différencie les représentations des soignants du vécu des soignants face à une situation de contention bien précise, comme cela est détaillé dans la partie précédente. Cette étude, réalisée à partir d'entretiens avec les soignants et de l'analyse qualitative de ces entretiens, a pour objectif de savoir si la contention a valeur de soin dans les représentations des soignants.

Dans le discours de tous les soignants, il s'agit de la notion de sécurité qui est évoquée avant celle du soin, la contention étant définie comme une double mise en sécurité : celle du patient et celle de l'équipe soignante. Lorsqu'ils parlent de la mise en sécurité du patient, ils mettent cette notion en équivalence avec celle de protection. Lorsqu'ils évoquent la mise en sécurité de l'équipe, le vocabulaire de combat émerge du discours des soignants et il s'agit de l'idée que le patient représente un danger pour l'équipe soignante. Ainsi cohabitent deux visions du patient : celui qu'on protège et celui dont on se protège.

Dans la suite du discours des soignants, la contention est considérée comme ayant une portée thérapeutique. Ainsi est évoquée l'idée de cadre contenant, de la contention comme alternative à d'autres soins comme la contention chimique. Toutefois, les soignants y introduisent des nuances et des critères d'évaluation pour mesurer la portée thérapeutique des contentions. Pour l'auteur : « *la contention est envisagée pleinement comme un soin dès lors qu'elle est décontextualisée de toute situation clinique particulière* ». Ainsi, la portée thérapeutique varie suivant la pathologie du patient et la nature de la demande du patient. Dans les représentations des soignants, la contention est considérée comme un soin à part entière pour les patients psychotiques. Néanmoins, pour les patients alcooliques, la

contention n'est pas considérée comme un soin mais plutôt comme une sanction. « *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.* » Dans le même ordre d'idée, la nature de la demande sert aussi aux soignants à se construire des représentations pour discuter de la valeur thérapeutique de la contention. Ainsi, certains infirmiers estiment que l'opportunité de la contention ne se discute pas dès lors que le patient la demande.

Les soignants estiment également qu'une contention peut être considérée comme un soin si elle ne se réduit pas à elle-même et s'inscrit dans un projet de soin global. L'idée que le patient soit informé de ce que représente la contention est estimée comme un gage de qualité, la communication et l'information venant apporter du sens à l'acte de contention. Ainsi, les soignants reconnaissent une vertu thérapeutique à mettre en sens l'acte de contention. Toutefois, tout en reconnaissant que cette information soit nécessaire, les soignants estiment que les conditions de travail ne permettent pas de la délivrer.

Enfin, selon l'auteur, il s'agit de la portée thérapeutique de la contention qui conforte le soignant dans son identité de soignant, qui se distingue alors d'un agent de police ou un surveillant pénitentiaire appliquant des mesures de contrainte.

8. Problématique :

Notre recherche s'intéresse à la contention physique, et notamment à l'objectif recherché lors de son utilisation : s'agit-il d'une mesure thérapeutique ou d'une mesure de protection ? Quel bénéfice pour les patients ? Quelles alternatives ou améliorations possibles ?

Ce débat est présent depuis l'Antiquité, entre Soranos d'Ephèse puis Caelius Aurelianus qui vouaient la contention à des fins de protection du patient et Celse qui prônait les vertus thérapeutiques des mesures de force envers les patients, et notamment de la contention physique. Cette opposition est restée vive au cours de l'histoire. Au XIX^{ème} siècle, au sein des asiles anglais, la vertu thérapeutique est violemment critiquée par Hill, puis Conelly qui la suppriment de leurs établissements et sont à l'origine du *no restraint*.

Aujourd'hui, cette opposition revient au cœur de l'actualité. La législation de certains pays, tels l'Allemagne ou le Canada, s'est prononcée sur le statut de la contention physique en tant que mesure de protection, et a ainsi inscrit les différentes modalités de sa mise en œuvre au sein même des textes de loi du pays. La France, tout au contraire, ne mentionne pas l'utilisation de la contention dans les services de soins au sein de sa législation, laissant le clinicien libre de juger de l'indication, du délai et de sa mise en œuvre. Depuis peu cependant, certains parlementaires, tel le député Denys Robiliard, s'étonnent d'une recrudescence de la pratique de la contention en France, de l'absence de registre administratif encadrant sa prescription malgré les différentes recommandations d'organismes européens et internationaux.

Les rares études médico-scientifiques existantes ne permettent pas de prouver l'efficacité thérapeutique de la contention physique en psychiatrie. Les essais comparatifs randomisés ne permettent de prouver une supériorité de la mesure de contention sur d'autres mesures moins coercitives dans la gestion de l'agitation, telles que la sédation médicamenteuse ou l'utilisation de la chambre d'isolement. La revue Cochrane, réputée pour le sérieux méthodologique de ces revues de littérature, recommande de ne pas user de la contention physique du fait de l'absence de preuves statistiques de son efficacité et de l'existence de nombreux effets secondaires délétères, parfois responsables de décès. Enfin, une revue de la littérature psychanalytique n'a pas permis d'étayer l'hypothèse d'une fonction thérapeutique de la contention physique,

La distinction entre objectif thérapeutique et objectif de protection a son importance, notamment dans la réflexion éthique que doit entraîner le choix de son utilisation en psychiatrie. Celle-ci entraîne un conflit entre les différents principes bioéthiques d'autonomie, de bienveillance, de non-malveillance et d'équité sociale, et la question de l'objectif attendu de cette mesure devient alors inhérente à son utilisation dans une démarche éthiquement acceptable, du fait de la violation de ces principes, du fait des effets nocifs engendrés.

Ainsi, si des études recueillant le point de vue des patients ont pu mettre en évidence un vécu globalement négatif de la contention et assez peu de ressentis d'apaisement et de sécurité, les soignants considèrent majoritairement la contention à la fois comme une mesure de sécurité et une mesure thérapeutique.

De plus, la majorité des études qualitatives recueillant le point de vue des patients a évalué jusqu'alors à la fois les mesures de chambre d'isolement et les mesures de contention. Rares sont les travaux spécifiques à l'utilisation de la contention physique en psychiatrie. Aucun d'entre eux ne recueille le point de vue des patients quant à la suggestion d'alternatives et d'améliorations de la contention.

Au terme de cette problématique, l'hypothèse générale de cette recherche est la suivante : **le point de vue des patients peut contribuer à avancer dans la problématique de la contention physique comme acte thérapeutique et/ou acte de protection. Ainsi, nous proposons de réaliser une étude qualitative analysant le discours de patients ayant vécu une expérience de contention physique devant le très faible nombre de travaux réalisés sur ce sujet. Nous proposons de recueillir la description de leurs ressentis au cours de la contention physique, à l'instar des études précédentes, mais aussi leur perception de la relation avec le soignant tout au long du processus de cette mesure. En outre, nous proposons de recueillir le point de vue des patients quant à des améliorations et alternatives possibles à la contention physique, sujet n'ayant à notre connaissance pas fait l'objet d'étude antérieure.**

Deuxième partie : matériel et méthode

1. Objectifs de l'étude :

1.1. *Objectif principal :*

- Etudier le discours de patients ayant vécu une expérience de contention mécanique dans un service de psychiatrie a posteriori de leur expérience en se focalisant sur la description de leurs ressentis et leur perception de la relation avec le soignant.

1.2. *Objectifs secondaires :*

- Recueillir l'avis de patients ayant vécu une expérience de contention mécanique en ce qui concerne les alternatives et améliorations possibles.
- Rechercher des symptômes de stress post traumatique en lien avec la contention mécanique.

2. La recherche qualitative :

2.1. *Intérêt de la méthodologie de type qualitative :*

Dans cette évaluation du vécu des patients sous contention physique, nous avons privilégié une approche qualitative, accordant une place centrale au discours des sujets car elle permet de : « *rechercher les significations des actions auprès des acteurs concernés.* » (129)

L'analyse qualitative s'enracine dans le courant épistémologique de l'approche compréhensive. L'approche compréhensive est un positionnement intellectuel qui postule l'hétérogénéité entre les faits humains ou sociaux et les faits des sciences naturelles et physiques. 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'à 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. (130)

L'analyse qualitative prend appui sur le langage et est ainsi traversée de toute part par le sens : importation de sens, recherche de sens, production de sens. Le sens peut être défini comme l'expérience humaine – réelle ou imaginée – à laquelle peut être rapporté un énoncé qui en permet la compréhension. Tout événement significatif à l'intérieur d'un champ de conscience est nommé, transposé, relié, et éventuellement communiqué. Pour exister, un événement doit être lu : tout d'abord par la personne qui l'expérimente, ensuite par la personne qui raconte – et ce, même s'il s'agit de la même personne, car vivre un événement et le raconter sont deux activités distinctes – puis, dans le cadre d'une recherche, par la personne qui l'analyse, enfin par la personne à qui l'analyse est destinée. Il importe par conséquent d'être attentif au fait que l'analyse parle bien souvent autant de l'analyste, de sa société et de sa culture que du phénomène analysé.

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 :*

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 patients. En effet, toute question fermée est par définition orientée. Si on demande par exemple à un participant qui a un vécu globalement négatif de la contention s'il a éprouvé de la tristesse, le patient 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 la tristesse qui ne seront pas nécessairement présents dans le questionnaire. A fortiori, le patient 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 patient. 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, 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. *Choix de la grille d'entretien :*

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

- Description de la situation ayant conduit à la mise sous contention physique puis de la mise sous contention en elle-même, et notamment description des ressentis et pensées du patient au cours de la situation.
- Description des ressentis et pensées tout au long du processus de contention.
- Description des rapports entre le patient et l'équipe soignante tout au long du processus de contention.
- Proposition d'alternatives de prise en charge à l'utilisation de la contention physique dans la situation précise que rapporte le patient.

- Proposition de mesures visant à améliorer le vécu du patient tout au long du processus de contention.

2.4. *Passation des entretiens :*

Il est demandé au patient d'exprimer son expérience de la contention mécanique selon les cinq différents axes. Il est précisé au patient 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 que sa prise en charge ne différerait en aucun point selon le type de réponses que le patient apportera.

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

Les données sont recueillies avec un dictaphone, avec l'accord du patient, afin de faciliter les échanges et de favoriser le discours spontané du patient 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. *Sites de recrutement des patients :*

- Unités d'admission et de long séjour du Centre Hospitalier Gérard Marchant ;
- Unités d'admission UF3 et UF4 de psychiatrie et psychologie médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse Purpan ;

- Service des urgences psychiatriques et de psychiatrie de l'adulte du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse Purpan.

3.2. *Population de l'étude :*

3.2.1. *Critères d'inclusion :*

- Patient hospitalisé en hospitalisation libre ou sans consentement ;
- âgé de 18 à 65 ans ;
- ayant vécu une expérience de contention mécanique ;
- en phase de stabilisation clinique, présentant un score à la *Clinical Global Impression* amélioration de 1 ou 2 (« *très amélioré* » ou « *fortement amélioré* »).

3.2.2. *Critères de non inclusion :*

- Communication impossible (barrière de langage, retard mental, pathologie neurologique, processus démentiel) ;
- Patient sous tutelle ;
- Refus de l'étude.

3.2.3. *Période d'inclusion :*

La période d'inclusion des patients s'est étendue du 1^{er} Avril 2014 au 31 Mai 2014. 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 20 et 30 patients comme dans la plupart des études précitées sur le sujet, ce qui correspondait selon nos hypothèses à deux mois d'inclusion.

3.3. *Présentation des différents instruments de mesure et de recueil de données :*

3.3.1. *Recueil des données cliniques :*

Le recueil des données cliniques est réalisé avec le clinicien qui suit le patient et avec le dossier du patient. Celui-ci se déroule avant la passation de l'entretien semi-directif car il conditionne en partie l'inclusion du patient dans l'étude, notamment par rapport au score de la *Clinical Global Impression*. Ce recueil des données cliniques comporte :

- Le diagnostic : Le manuel de référence pour l'enregistrement des troubles est le DSM IV-TR.
- Une échelle d'évaluation de la sévérité du trouble : la *Clinical Global Impression* (CGI).

Elle consiste en 3 échelles d'impression globale. La première impression globale concerne la gravité de la maladie. Il est demandé au médecin référent de coter la gravité de la maladie en fonction de son expérience clinique globale avec le patient. L'échelle est cotée de 0 à 7 :

- Un score de 0 correspond à « *absence d'évaluation* » ;
- Un score de 1 correspond à un état « *normal* » ;
- Un score de 2 correspond à un état « *à la limite de la normale* » ;
- Un score de 3 correspond à un patient « *légèrement malade* » ;
- Un score de 4 correspond à un patient « *modérément malade* » ;
- Un score de 5 correspond à un patient « *manifestement malade* » ;
- Un score de 6 correspond à un patient « *gravement malade* » ;
- Un score de 7 correspond à un patient « *parmi les patients les plus malades* ».

La deuxième impression clinique concerne l'amélioration globale. Elle propose au médecin référent d'évaluer l'amélioration globale du patient par comparaison à son état lors de l'admission dans le service. Comme précédemment, cette impression globale comporte sept degrés quantifiés :

- Un score de 0 correspond à un état clinique « *non évalué* » ;
- Un score de 1 correspond à un état clinique « *très fortement amélioré* » ;
- Un score de 2 correspond à un état clinique « *fortement amélioré* » ;
- Un score de 3 correspond à un état clinique « *légèrement amélioré* » ;

- Un score de 4 correspond à « *pas de changement* » ;
- Un score de 5 correspond à un état clinique « *légèrement aggravé* » ;
- Un score de 6 correspond à un état clinique « *fortement aggravé* » ;
- Un score de 7 correspond à un état clinique « *très fortement aggravé* » ;

La troisième impression porte sur l'index thérapeutique. Elle n'est pas abordée dans cette étude.

3.3.2. Recueil des données sociodémographiques :

Il se réalise auprès du patient, 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 ;
- Le niveau d'éducation ;
- Le statut professionnel ;
- Le statut marital ;
- Le mode d'hébergement ;
- La présence d'une curatelle.

3.3.3. Déroulement de la contention mécanique :

Ces données sont recueillies auprès du patient après l'entretien semi-directif afin de ne pas influencer sur celui-ci. Les données comportent les questions suivantes :

- Combien de temps a duré la contention mécanique ?
..... Heures
- La contention mécanique a été mise en place il y a combien de temps ?
..... jours

- Dans quelle type de chambre ont été mises en place les contentions mécaniques ?
 - Chambre d'isolement
 - Chambre normale
 - Autre :

- Aviez-vous déjà été contenu mécaniquement auparavant ?
 - Oui Non

- Avez-vous déjà été témoin de la mise en place de contentions mécaniques pour un autre patient ?
 - Oui Non

- Vous a-t-on donné beaucoup de médicaments pour vous faire dormir lors de la contention mécanique ?
 - Oui Non

- Avez-vous reçu le traitement en injection intra musculaire ?
 - Oui Non

3.3.4. *Vécu traumatique : la Post-traumatic Checklist Scale (PCLS) :*

L'échelle PCLS permet d'évaluer la sévérité d'un stress post traumatique. L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer l'intensité des symptômes de stress post traumatique selon les critères diagnostiques du DSM IV. L'échelle est présentée en **Figure 2**.

La PCLS est composée de 17 items. Le sujet évalue l'intensité de chaque item par rapport à l'évènement traumatique au cours du dernier mois de 1 : « *pas du tout* » à 5 : « *très souvent* ». Le score total représente la somme totale obtenue à chacun des 17 items. Il est d'autant plus élevé que la sévérité du syndrome de stress post traumatique est importante. Le seuil de positivité de l'échelle PCLS est fixé à 44 dans la littérature. Le score minimal est 17 et maximal 85. Trois sous échelles peuvent être recherchées :

- Dimension de répétition (somme des items de 1 à 5) ;
- Dimension d'évitement (somme des items de 6 à 12) ;
- Dimension d'hyperactivité neurovégétative (somme des items de 13 à 17).

La version anglaise a été validée dans plusieurs études (131). La version française a été validée chez des sujets ayant subi un évènement traumatique (132) (133).

Elle est réalisée auprès du patient après l'entretien semi-directif afin de ne pas influencer sur celui-ci.

Figure 2 : Echelle PCLS

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5
	Score total () () () () ()				

3.4. *Schéma général d'inclusion des patients :*

L'évaluateur principal de l'étude s'est rendu régulièrement dans les différents sites de recrutement tout au long de la période d'inclusion et en cas d'appel d'un référent médical lorsqu'un patient répondait a priori aux critères d'inclusion.

L'évaluateur n'était pas impliqué médicalement dans le suivi des patients inclus.

Les patients correspondant potentiellement aux critères d'inclusion de l'étude ont été sélectionnés par les médecins de l'unité, puis adressés à l'évaluateur qui vérifie les critères d'inclusion et de non inclusion. Dans un second temps, l'évaluateur a informé le patient du déroulement et des objectifs de l'étude puis a recueilli son consentement écrit.

Le recueil des données du patient s'effectue en quatre temps :

- Entretien semi-dirigé : il est réalisé dans un premier temps pour que la suite du recueil de données, de nature directive, n'influe pas sur la qualité de l'entretien.
- Recueil des données sociodémographiques.
- Déroulement de la contention mécanique qui fait l'objet de l'entretien semi-dirigé.
- Echelle PCLS.

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

4. Traitement des données :

4.1. *Analyse du contenu :*

L'analyse de contenu 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* » (129). Dans l'analyse de contenu, l'objet d'étude est un discours produit, avec son aspect individuel et de mise en acte du langage. Le but de l'étude est de découvrir le sens au-delà de la parole.

Au sein de cette recherche, nous utiliserons une analyse thématique. Il s'agit de la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec la problématique de recherche. 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 usée dans cette recherche est celle décrite par Laurence Bardin dans son ouvrage : « *Analyse de contenu* » (130), ainsi que par P. Paillé et A. Mucchielli dans leur ouvrage : « *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* » (134).

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 thématisation, de l'explication du choix de certains outils de codage. L'analyse des données a suivi les cinq étapes suivantes :

4.1.1. La préparation du matériel :

Il s'agit de la transcription écrite du corpus à partir des données enregistrées par le biais du dictaphone.

4.1.2. La lecture flottante du corpus :

Cela consiste à se mettre en contact avec les documents de l'analyse, en laissant venir à soi certaines impressions et orientations. C'est lors de cette étape que sont élaborées des hypothèses pré-analyse qui orienteront la suite de l'analyse.

4.1.3. Le codage :

Il s'agit de la transformation effectuée par des règles précises – en l'occurrence, la thématisation – des données brutes du texte et qui permet d'aboutir à une représentation du

contenu. 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 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 série d'entretien de plusieurs patients. Le choix de l'unité de contexte s'est donc porté sur l'entretien d'un même patient.

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 patients différents est comptabilisée.

4.1.4. L'élaboration d'un relevé des thèmes :

Il s'agit du document contenant la liste linéaire des thèmes de chacun des entretiens. C'est au cours de ce processus que les thèmes seront progressivement ventilés 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. L'élaboration d'un arbre thématique :

L'arbre thématique est la schématisation rassemblant, lors de l'élaboration des différents relevés de thèmes au fur et à mesure du codage des entretiens, l'ensemble des regroupements thématiques sous la forme de subdivisions entre des troncs et des branches : typologie, types et sous-types ; thèmes fédérateurs et sous-thèmes ; etc.

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.

4.2. Analyse lexicale informatisée :

Dans un second temps, une analyse lexicale du corpus a été réalisée. L'outil d'assistance choisi est Tropes. Ce logiciel trouve son origine dans les travaux du psycholinguiste Rodolphe Ghiglione, lui-même influencé par Erving Goffman et Jaakko Hintikka, sur l'analyse automatique des contenus et plus particulièrement sur l'analyse cognitivo-discursive (135). Pour lui, les enjeux de la communication sont définis par le fait que tout locuteur est inscrit dans un système de communication : il ne parle pas seul. Sa parole, qui n'est que l'expression d'un « *monde possible* » propre au locuteur, se trouve donc confronté à l'autre, qui possède ses propres « *mondes possibles* ». La communication est donc un affrontement permanent, son fondement ne peut être qu'argumentatif. Dans ce contexte, les opérateurs syntaxiques jouent un rôle fondamental, car ils sont les armes de l'affrontement, les éléments qui inscrivent la présence et la personnalité du locuteur dans le discours. Ils sont donc des éléments centraux de la théorie de R. Ghiglione. Ainsi, ce dernier distingue trois types de mots : les référents noyaux (RN), qui « *nomment les objets du monde* », les verbes qui inscrivent les RN dans l'univers proposé, et les autres catégories de mots, définies en négatif comme n'étant ni RN ni verbe. Il s'agit entre autre des adjectifs, des modalisateurs, des connecteurs, tous les mots qui inscrivent le locuteur dans le discours et qui permettent de

moduler le sens de ce qui est dit. Le sens se construit donc par l'articulation des ces trois types de mots au sein de l'unité minimale du sens qu'est la proposition.

En effet, Tropes est fondé sur le principe de l'analyse propositionnelle : le discours est découpé en propositions, considérées comme des micro-univers qui concentrent un sens simple et autonome. Il fonde son analyse sur un découpage du texte en propositions, qui s'appuie sur un examen de la ponctuation ainsi que sur l'analyse de la syntaxe. Une proposition contient au minimum un actant (qui fait l'action), un acté (qui la subit) et un verbe (qui l'accomplit). Il s'agit du schéma de la phrase simple : sujet, verbe, complément. Ce modèle minimal s'étend avec l'ajout de compléments. Dans chaque proposition, on retrouve donc des référents-noyaux, mis en relation par des verbes, définis par des adjectifs, intégrés à l'argumentation par les modalisateurs, les connecteurs et les pronoms. Le logiciel propose une organisation de ces RN qui est déjà un premier stade d'analyse sémantique. Pour effectuer ce traitement, il utilise un dictionnaire des équivalents sémantiques, qui est une sorte de thésaurus de la langue française. Ce thésaurus est à la base du travail de TROPES, dans ce que les éditeurs du logiciel appellent le « moteur d'analyse linguistique ». (136)

Tropes s'inscrit dans une démarche de sémantique pragmatique. En plus de proposer un thésaurus général de la langue française, il permet à l'analyste de construire ses propres thésaurus. Chaque analyse s'inscrivant dans un contexte particulier, la construction d'un thésaurus personnalisé permet d'assigner aux mots une signification unique, propre au contexte de l'analyse.

Troisième partie : Présentation des résultats

1. Présentation de la population :

29 patients ont été inclus entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mai 2014 et ont pu participer à l'étude.

Il est à noter que dix patients ont refusé d'y participer.

Les participants ont été recrutés au sein des différents lieux d'inclusion de l'étude suivant la répartition suivante résumée dans le **tableau 1** :

- Quatre patients au pavillon Antonin Artaud, unité d'admission du centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM) ;
- Quatre patients au pavillon Camille Claudel, unité d'admission du CHGM ;
- Deux patients au pavillon Miguel de Cervantès, unité d'admission du CHGM ;
- Deux patients au pavillon Vincent Van Gogh, unité d'admission du CHGM ;
- Deux patients au pavillon Paul Verlaine, unité d'admission du CHGM ;
- Un patient au pavillon Ilya Prigogine, unité d'admission du CHGM ;
- Deux patients au pavillon Gérard de Nerval, unité d'admission du CHGM ;
- Deux patients au pavillon d'admission des jeunes adultes, CHGM ;
- Un patient au pavillon Guy de Maupassant, unité de suite du CHGM ;
- Trois patients à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), aile A, CHGM ;
- Deux patients à l'UHSA, aile B, CHGM ;
- Deux patients à l'UF4, unité d'admission du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Purpan ;
- Deux patients au pavillon Laporte, service des urgences psychiatriques du CHU Purpan.

Tableau 1 : Répartition des patients selon les différents sites de recrutement

	n	%
Centre Hospitalier Gérard Marchant		
Pavillon Antonin Artaud – Unité d’admission	4	13,8
Pavillon Camille Claudel – Unité d’admission	4	13,8
Pavillon Miguel de Cervantès – Unité d’admission	2	6,9
Pavillon Vincent Van Gogh – Unité d’admission	2	6,9
Pavillon Paul Verlaine – Unité d’admission	2	6,9
Pavillon Ilya Prigogine – Unité d’admission	1	3,4
Pavillon Gérard de Nerval – Unité d’admission	2	6,9
Pavillon d’admission pour jeunes adultes	2	6,9
Pavillon Guy de Maupassant – Unité de suite	1	3,4
Unité Hospitalière Spécialement Aménagée – Aile A	3	10,3
Unité Hospitalière Spécialement Aménagée – Aile B	2	6,9
Centre Hospitalier Universitaire de Purpan		
UF4 – Unité d’admission	2	6,9
Pavillon Laporte – Service des urgences psychiatriques	2	6,9

1.1. *Caractéristiques sociodémographiques :*

Les caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le **tableau 2**.

La population des participants comporte 22 hommes et sept femmes.

Les âges sont compris entre 21 et 63 ans. La moyenne est de 35,5 ans. La médiane est de 39 ans.

Au moment de leur inclusion, trois patients étaient hospitalisés librement, 12 admis à la demande d’un représentant de l’état, 13 admis à la demande d’un tiers et un en mesure de péril imminent.

14 des patients comportaient une mesure de protection de type curatelle simple ou renforcée.

Concernant le niveau d’éducation de la population incluse, un participant a arrêté sa scolarité en primaire, cinq dans le secondaire, 15 au lycée et huit ont poursuivi leur scolarité dans les études supérieures.

En ce qui concerne l’activité professionnelle des participants, neuf patients n’avaient pas de profession, 13 étaient en situation d’invalidité ou percevaient l’Allocation Adulte Handicapée, cinq étaient salariés et deux étudiants.

Le statut marital des participants comportait trois patients en concubinage, 22 patients célibataires, deux patients divorcés et deux patients mariés.

Concernant leur hébergement, 25 patients vivaient à leur domicile tandis que quatre habitaient dans un appartement thérapeutique ou au sein d'une autre structure à modalité thérapeutique.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

	n	%
Sexe		
Homme	22	75,8
Femme	7	24,1
Mode d'hospitalisation		
Hospitalisation libre	3	10,3
Hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat	12	41,4
Hospitalisation à la demande d'un tiers	13	44,8
Hospitalisation en péril imminent	1	3,4
Mesure de protection		
Curatelle simple ou renforcée	14	48,3
Niveau d'éducation		
Primaire	1	3,4
Secondaire	5	17,2
Lycée	15	51,7
Etudes supérieures	8	27,6
Activité professionnelle		
Sans emploi	9	31,0
Invalidité ou perception de l'Allocation Adultes Handicapés	13	44,8
Salarié	5	17,2
Etudiant	2	6,9
Statut marital		
Concubinage	3	10,3
Célibataire	22	75,9
Divorcé	2	6,9
Marié	2	6,9

1.2. *Caractéristiques cliniques :*

Parmi les 29 patients inclus, 21 patients (72,4 %) ont un diagnostic de schizophrénie et autres troubles psychotiques : neuf patients ont un diagnostic de schizophrénie paranoïde, deux patients de schizophrénie indifférenciée, six patients de trouble schizo-affectif, trois patients

de trouble psychotique bref et un patient de trouble psychotique induit par une substance. Parmi les huit autres patients, quatre ont un diagnostic de trouble bipolaire, trois de trouble de la personnalité de type borderline et un de trouble de la personnalité non spécifié. Ces résultats sont résumés dans le **tableau 3**.

En ce qui concerne l'échelle CGI gravité, trois patients étaient considérés par le clinicien comme « *modérément malades* », 11 patients comme « *manifestement malades* », 12 patients comme « *gravement malades* » et trois patients comme « *parmi les patients les plus malades* ».

Pour l'échelle CGI amélioration, huit patients étaient considérés par le clinicien comme « *très fortement améliorés* » et 21 patients comme « *fortement améliorés* ».

Tableau 3 : diagnostics des patients

	n	%
Schizophrénie et autres troubles psychotiques		
Schizophrénie paranoïde	9	31,0
Schizophrénie indifférenciée	2	6,9
Trouble schizo-affectif	6	20,7
Trouble psychotique bref	3	10,3
Trouble psychotique induit par une substance	1	3,4
Trouble bipolaire	4	13,8
Trouble de la personnalité		
Trouble de la personnalité de type borderline	3	10,3
Trouble de la personnalité non spécifié	1	3,4

1.3. *Données du déroulement de la contention physique :*

La durée de la contention physique s'étendait, d'après les patients, d'une demi-heure à 30 jours. La moyenne était de 69,5 heures et la médiane de 12 heures.

L'expérience de contention décrite par les participants lors de l'étude qualitative datait de deux jours à 20 ans auparavant. La moyenne était de 730 jours, soit environ deux années. La médiane était de trois mois.

21 des participants avaient été attachés dans une chambre d'isolement, sept dans une chambre normale, un dans un autre type de dispositif, en l'occurrence une salle d'attente.

Pour 15 des participants, il s'agissait de leur première expérience de contention. Neuf patients avaient en revanche déjà été témoins de l'utilisation de la contention pour un autre patient.

22 patients estimaient qu'on leur avait donné beaucoup de médicaments pendant la contention. Pour 17 patients, celui-ci avait été administré par injection intramusculaire.

2. Résultats de l'échelle PCLS :

Le score moyen de la population de l'étude est de 31,8. Les scores s'étendent de 17 à 60.

Parmi les 29 patients, sept patients (24,1 % de la population de l'étude) présentent des symptômes de stress post-traumatique dont l'intensité (PCL>44) est compatible avec un Trouble de Stress Post Traumatique.

Il s'agit de deux femmes et cinq hommes, dont les scores s'étendent de 45 à 60, pour une moyenne à 51,7. Les diagnostics de ces patients sont : schizophrénie paranoïde pour deux d'entre eux, trouble schizo-affectif pour deux d'entre eux, trouble de la personnalité borderline pour deux d'entre eux et trouble bipolaire pour un d'entre eux.

Les services dans lesquels ces patients ont vécu la contention physique selon leurs entretiens respectifs sont : UHSA pour trois d'entre eux, urgences pour deux d'entre eux, UMD pour l'un d'entre eux et clinique psychiatrique pour l'un d'entre eux.

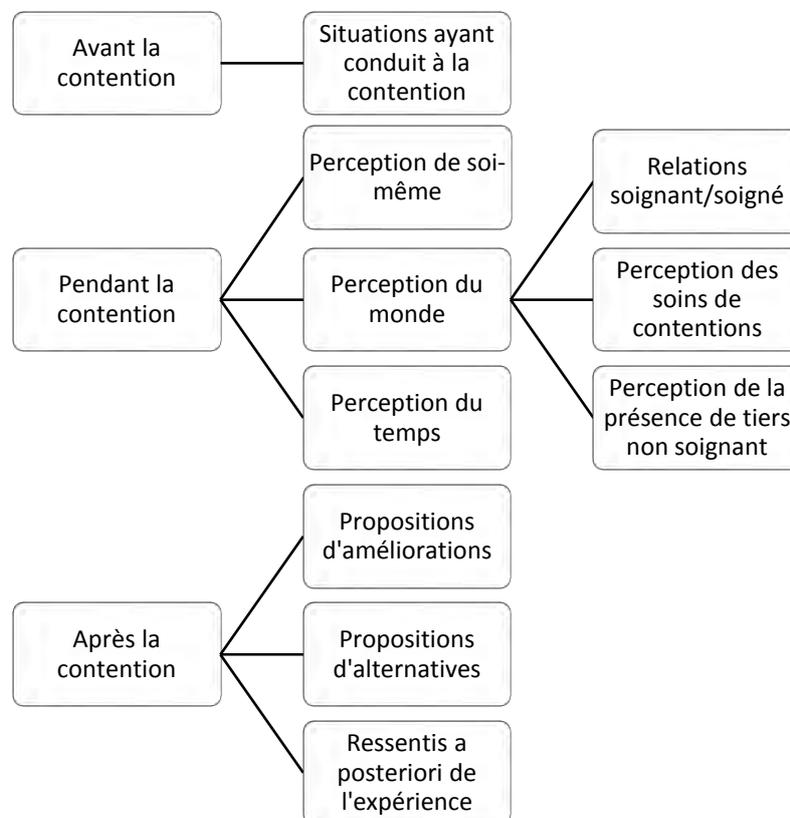
3. Résultats de l'analyse thématique des entretiens :

Les 29 entretiens retranscrits sur lesquels s'est basée l'analyse thématique sont disponibles dans leur intégralité en **annexe**.

Les différentes catégories de l'arbre thématique ont été développées au fur et à mesure de l'analyse et de l'élaboration du relevé des différents thèmes et regroupement thématiques lors du codage des entretiens. L'arbre thématique schématique est disponible en **figure 3**.

Le premier niveau de catégorisation s'est développé sur un mode diachronique : avant, pendant et après la contention. La catégorie *avant la contention* correspond aux regroupements thématiques en lien avec la situation qui a conduit à mettre en place les contentions. La catégorie *pendant la contention* comporte tous les regroupements thématiques de la pose des contentions jusqu'à leur ablation. La catégorie *après la contention* concerne principalement les suggestions d'amélioration ou d'alternatives de la part des participants.

Figure 3 : Arbre thématique schématique



3.1. Avant la contention :

3.1.1. Situation ayant conduit à la mise en place de la contention physique :

Pour huit des participants, la contention a été mise en place suite à un comportement agressif ou violent de leur part, majoritairement à l'encontre des soignants. Cette agressivité pouvait être verbale ou physique.

Certains de ces patients contextualisent leur état d'agressivité dans une situation de rapport de force avec le soignant.

« Je n'étais pas bien et j'étais méchant, vulgaire, agressif. Tout ça pour montrer vis-à-vis des gens que je fréquentais dans le service que je n'avais peur de rien et je me suis retrouvé attaché. » Entretien 04

« J'ai demandé à un infirmier si je pouvais prendre le traitement après le petit-déjeuner. Il a refusé. Je l'ai pris mal. J'ai cru qu'il me voulait du mal. J'ai tout jeté. [...] C'était l'infirmier à qui j'avais mis un coup de boule. De là, ils m'ont tous attaché. » Entretien 08

« Il y a un soir où je n'ai pas voulu prendre le traitement parce qu'ils m'ont réveillé pour me dire qu'ils me donnaient le traitement qui allait me permettre de dormir. Et pour moi, ça faisait trop. [...] j'ai balancé le verre qui contenait le traitement. C'est-à-dire que je l'ai échappé des mains de l'infirmier. Et après je lui ai mis un coup de poing. » Entretien 25

Une patiente évoque avoir été mise sous contention du fait de velléités de passage à l'acte auto-agressif.

« Je me cognais la tête contre la fenêtre et je ne voulais pas être prise en charge. Je ne voulais pas écouter les soignants. A ce moment-là, ils se sont mis à quatre pour me prendre. »
Entretien 21

Pour quatre patients, il s'agit du risque de fugue qui a motivé la contention.

« J'ai voulu sortir. Les infirmiers m'ont pris, m'ont attrapé et m'ont rattaché sur le lit. »
Entretien 01

« J'étais aux urgences. Je m'étais présenté de mon plein gré. J'ai eu un entretien avec l'infirmier. [...] J'ai vu un psychiatre qui m'a dit qu'il voulait me garder. Moi j'ai refusé. Et je commençais à partir avec mon sac. Ils ont appelé la sécurité. Ils m'ont pris de force et m'ont amené dans la chambre d'iso. Ils m'ont contentonné et piqué. » Entretien 18

Trois patients évoquent la crise clastique et la détérioration de matériel comme motif.

« Le bureau était ouvert. C'était l'ordinateur qui régissait tout l'UMD [...] J'ai pris la machine et je l'ai cassée par terre. J'ai rendu mes clés et mon briquet, sachant très bien que j'allais entrer en chambre. Les infirmiers m'ont pris mes clés et mon briquet et m'ont accompagné en chambre d'isolement. Ils m'ont attaché et m'ont shooté une fois toutes les six heures. »

Entretien 05

« Ils m'ont attaché parce que j'ai cassé la sonnette et la fenêtre. Ils ont trouvé que ce n'était pas logique. » Entretien 06

Pour quatre autres patients, il s'agit d'un état d'agitation qui a motivé les contentions. Là encore, certains participants évoquent un rapport de force avec le soignant, et notamment une situation de refus : refus d'un traitement, d'un soin, de partir d'un service ou au contraire de réintégrer un service.

« C'est arrivé aussi alors que j'avais une sonde nasogastrique. Et pour m'empêcher de l'arracher, ils m'avaient attaché les mains au lit. » Entretien 21

« Comme je ne me sentais pas prêt pour retourner en maison d'arrêt, j'ai résisté. Ils ont été obligés d'intervenir. Ce sont les surveillants et les infirmiers qui m'ont attaché. » Entretien 11

« J'étais chez moi, tranquille. J'étais même en vacances. Tout d'un coup, j'entends sonner à la porte. C'était l'infirmier du CMP. Soi-disant, il voulait me parler. Moi, je ne voulais pas. Au bout de dix minutes, j'ai ouvert la porte et lui, il a bloqué la porte. Et j'ai vu les policiers arriver. Je n'ai rien compris. Ils m'ont attaché les mains. Pas avec une paire de menottes, mais des sortes de sangles. Après, on m'a emmené à l'hôpital. » Entretien 12

Pour deux patients, ce sont des difficultés à dormir qui ont motivé les contentions.

« La dernière fois, j'ai été mise sous contention pendant mon sommeil. Je pense que je devais trop bouger pendant la nuit, être trop agitée. Quand je me suis réveillée, j'ai vu que j'étais attachée. » Entretien 09

« Je n'arrivais pas à trouver le sommeil, donc ils m'ont attaché au lit pour qu'en quelque sorte je puisse m'endormir. Je pense que c'est pour ça. » Entretien 29

Certains patients déclarent ne pas se souvenir du motif de la contention. Pour d'autres, il n'y avait pas de motif à la mise sous contention.

« C'est juste comme ça que j'ai été attaché au lit. C'était juste parce que je revenais des urgences. Je n'étais pas attaché aux urgences. Par contre, j'étais attaché à G. pour rien. »

Entretien 15

« J'ai commis un homicide en 2010 et j'ai été interrogé par la gendarmerie et envoyé à l'hôpital R. où ils m'ont gardé quarante-cinq jours avant que j'aille en UMD. J'ai été mis sous contention pendant une trentaine de jours. Ça a été immédiat. En fait, je dormais et on m'a posé les contentions absolument injustifiées, dans le sens où je n'étais pas du tout agressif. J'étais très calme et je pense que ça a été totalement injustifié. » Entretien 27

3.1.2. Circonstances de la contention :

Pour 14 des participants, la contention a eu lieu dans un service d'admission hospitalier et pour 10 participants, aux urgences. Pour les autres patients, la contention s'est déroulée dans une ambulance, dans une unité pour malades difficiles ou dans une clinique.

La situation est survenue dès l'arrivée dans le service de soins pour huit des patients, au cours du séjour pour 14 d'entre eux et à la fin du séjour pour un participant.

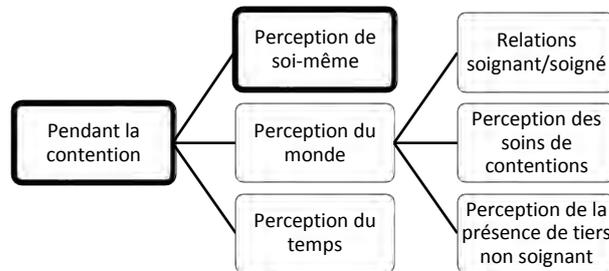
Pour trois patients, la contention a été maintenue pendant le transfert entre deux unités de soins : pour l'un d'entre eux, entre la clinique psychiatrique et les urgences ; pour un autre participant, entre les urgences et le service hospitalier d'admission ; enfin, pour un participant, la contention a été maintenue lors du transfert dans un service de médecine car le patient présentait une embolie pulmonaire.

3.2. Pendant la contention :

Le deuxième niveau de catégorisation implique la rubrique *pendant la contention* et consiste en trois niveaux de perception de la situation : perception de soi-même, perception du monde – et notamment perception des autres, au sens large – et perception du temps. Cette

subdivision est inspirée d'A. Beck et sa vision cognitive de la symptomatologie de l'épisode dépressif. (137)

3.2.1. Perception de soi-même :



Dans cette partie seront développés les différents ressentis des patients. Il est à noter que ces ressentis sont dans la grande majorité des ressentis négatifs.

Une première partie évoquera ces ressentis lors de la situation précise de la pose des contentions. Les autres parties détailleront les ressentis des participants tout au long de la contention, tout d'abord le vécu positif, puis le vécu négatif selon différents regroupements thématiques identifiés au fur et à mesure des entretiens.

Cette partie traite de ce que le patient a ressenti par rapport à la situation de contention en elle-même. Son vécu du rapport soignant/soigné, du rapport avec d'autres personnes non soignantes, de la contention en tant que soin seront traités dans la partie *Perception du monde*.

3.2.1.1. Emotions/pensées lors de la pose des contentions :

Les émotions les plus évoquées par les participants dans la situation de pose des contentions sont dans la grande majorité des émotions négatives : colère, haine, mépris, peur et angoisse, tristesse.

Cinq patients évoquent un sentiment de colère et d'énervement lors de la pose des contentions. Ce sentiment de colère est souvent mis en lien avec la perception de non-légitimité de la contention.

« J'ai ressenti beaucoup de colère. Je trouvais que ce n'était pas quelque chose qu'il fallait faire. » Entretien 21

« J'étais énervé parce qu'au début, je n'avais rien fait pour ça. Ils sont arrivés, ils m'ont dit : « asseyez-vous » et je me suis allongé. Ils m'ont attaché. » Entretien 29

Pour six participants, la pose de la contention a entraîné un sentiment de haine, de mépris envers les soignants.

« J'avais la haine. Je leur ai craché dessus. Je les ai insultés de tous les noms. De la haine. De la rage. » Entretien 07

« De là, ils m'ont tous attaché. Ils m'ont tous attrapé. Je leur crachais dessus. J'avais la haine parce que je savais ce qu'ils allaient me faire, ils allaient m'attacher de nouveau. » Entretien 08

« De la haine envers les psychiatres. J'aurais voulu qu'ils subissent ce que j'ai subi, que lui, à son tour, on l'attache. » Entretien 18

Une patiente a pu exprimer son incompréhension face à cette situation, comparant la pose des contentions à un viol.

« Il y a quatre à cinq hommes qui arrivent en trombe. Ils m'attrapent. Ils me saisissent. Et là, je me suis dit : « Mais qu'est-ce que j'ai fait ? » C'était très violent. Très brutal. Déjà, avoir ces mains d'hommes sur moi. Vous comprenez ? C'est comme un viol. [...] Saisie par ces hommes. Contenue par ces hommes. Pour moi, c'était un viol. » Entretien 16

Un seul patient exprime ne pas avoir ressenti d'émotions négatives mais avoir au contraire accepté cette mesure.

« J'acceptais cette mesure de protection calmement et sereinement, sachant que ça n'allait pas durer ad vitam aeternam. » Entretien 27

3.2.1.2. *Ressentis positifs au cours de la contention :*

Tandis que des ressentis négatifs sont évoqués dans la totalité des entretiens, des ressentis positifs en lien avec la contention sont exprimés par 16 patients. Deux regroupements thématiques ont été identifiés : les ressentis positifs en lien avec l'ablation d'une ou plusieurs sangles, exprimés par sept patients, et les ressentis positifs en lien avec la contention en elle-même, exprimés par neuf patients.

Certains patients ont pu exprimer un sentiment de calme. Pour la majorité de ces participants, ce sentiment est apparu dans un second temps de la contention.

« Je me suis calmé. J'étais de meilleure composition que la veille. J'ai récupéré mon état normal. J'étais plus aimable, moins caractériel. » Entretien 01

D'autres patients ont exprimé un vécu positif dans la perception d'une légitimité de l'acte de contention.

« Je pense que d'un côté, ça m'a fait du bien. Ça m'a fait réfléchir. » Entretien 04

« Il n'y avait pas autre chose sauf attacher. Parce que je n'étais pas normal. [...] Il n'y avait que m'attacher et s'occuper de moi. Et essayer de me soigner le cerveau. Il n'y avait pas autre chose. Je suis content parce qu'ils m'ont attaché. Parce que je n'étais pas dans mon état normal. »
Entretien 14

Pour un patient, cette mesure lui a permis de prendre conscience de ses troubles.

« Ça permet peut-être de prendre conscience de son état, c'est positif. Il faut se remettre en question lorsqu'on est en isolement et qu'on est attaché. Accepter de reprendre les traitements, essayer d'imaginer comment va être l'avenir, ce qu'on va faire. » Entretien 01

Enfin, certains participants évoquent un ressenti positif en exprimant ce que la contention n'est pas.

« Je pense que c'était supportable quand même. Ce n'était pas violent. C'était supportable. »
Entretien 10

« Je ne pense pas qu'il faille le prendre pour un acte avilissant. » Entretien 27

Sept patients ont exprimé un vécu positif au moment de l'ablation d'une partie ou de la totalité de la contention.

« Par contre, j'ai été décontentionné et j'ai pu marcher librement. Ça donne un grand bol d'air frais. » Entretien 25

« J'étais libre. Je pouvais au moins bouger quelques membres. [...] J'étais content. Ils me détachaient un bras, puis ils me détachaient l'autre. Ça me faisait du bien parce que le muscle était attaché pendant quatre jours. Juste un va et viens avec mon bras, ça me faisait du bien. »
Entretien 08

« J'ai ressenti de l'air frais, du bien-être, du soulagement. D'avoir plus de liberté. » Entretien 01

3.2.1.3. Non apaisement par la contention :

Certains patients évoquent la perception que la pose de la contention peut augmenter l'angoisse ou l'agressivité qui avait motivé son utilisation.

« L'accumulation de stress, si on n'arrive pas à trouver le moyen de déstresser le patient assez rapidement, peut le mener à refaire un acte de violence. Et si ce ne sera pas envers les infirmiers, ce sera envers lui-même. » Entretien 25

« Il ne faut pas utiliser ces méthodes-là parce que ça ne fait qu'augmenter l'agitation du patient. » Entretien 21

« Pour moi, ce n'est pas une solution. Ça fait plus de mal qu'autre chose. » Entretien 18

« Dans quel cas on met les contentions ? En pratique, je ne peux pas dire que c'est pour calmer quelqu'un. Parce que moi, ça ne me calme pas. » Entretien 23

« C'est l'inconvénient lorsque vous êtes tout le temps allongé et contentionné, vous ne pouvez pas vous lever debout, marcher, faire circuler le sang. Et tout ça, ça pose problème parce que ça crée justement un stress. Donc, ça contribue à un état anxieux, plus stressé en permanence. »
Entretien 25

Pour un participant, il s'agit de l'ablation de la contention qui est apaisante, et non la contention en elle-même.

« Je sais que quand on me les enlève, je me sens mieux. Mais est-ce que ce n'est pas pervers de faire du mal pour que l'autre soit mieux quand on les enlève ? C'est un peu pervers quand même. » Entretien 23

3.2.1.4. *Thématique d'impuissance :*

Il s'agit de la thématique la plus fréquemment évoquée par les participants de l'étude. 25 patients en font mention dans leurs entretiens.

L'impuissance est citée par les patients par la perte des multiples capacités que la mesure de contention a entraînée. Cette perte peut être évoquée de manière générale, globale :

« Dans ces moment-là, on ne peut rien faire. On attend que ça passe. » Entretien 18

« Je ne pouvais rien faire. J'attendais. Je voulais qu'on me débarrasse de ces contentions. »
Entretien 21

« Une fois que l'on est attaché, il n'y a rien de plus dur. De ne plus pouvoir bouger. »
Entretien 07

« C'est comme si j'avais mon esprit qui voulait s'évader. C'est-à-dire qu'il veut marcher, il veut boire, il veut faire quelque chose, et on est empêché. Ça engrange en moi une sorte de claustrophobie. Et si elle n'est pas maîtrisée, ça peut entraîner des crises. » Entretien 23

Cette perte de capacité a pu être évoquée également de manière plus précise : incapacité à se gratter, à se tourner, à boire, à se couvrir pour ne pas avoir froid, à se moucher, à alerter les soignants.

« Si mon cou me démangeait, par exemple, je ne pouvais pas le gratter. » Entretien 15

« J'avais du mal à respirer. Je n'avais pas la possibilité de me moucher et j'avais le nez bouché. »
Entretien 17

« Je sais qu'à des moments, je voulais me tourner et je n'arrivais pas à me tourner. J'étais attaché sur le dos. Et moi, je n'arrive pas à dormir sur le dos. » Entretien 05

« Je trouvais ça stupide qu'ils m'attachent et qu'en plus je ne puisse pas me mouvoir pour me couvrir confortablement, déjà qu'il faisait froid. » Entretien 20

« On ne peut rien faire. Pour aller aux toilettes, il faut sonner. Et vous ne pouvez pas sonner parce qu'il n'y a pas de bip. » Entretien 24

Cette perte de capacité est évoquée par de nombreux patients avec un sentiment d'impuissance. De nombreuses métaphores ont été utilisées par les participants pour décrire ce sentiment d'impuissance. Celle qui est revenue le plus fréquemment est la métaphore de la prison.

« Qu'on soit couché, debout ou assis, rester toujours dans la même position, ça donne l'impression d'être emprisonné, un peu comme avec des menottes. » Entretien 25

« Parce que quand on est attaché, on dirait qu'on est emprisonné. Emprisonné parce qu'on est attaché et emprisonné dans la tête. Psychologiquement. On est emprisonné de partout. »
Entretien 18

« C'est quelque chose d'horrible parce qu'on n'a pas le libre mouvement de ce qu'on veut faire. On est attaché comme un vulgaire pantin. » Entretien 15

« C'est comme si je vous mettais dans du ciment. Ça vous ferait plaisir ? J'imagine que non aussi. Parce qu'on ne peut pas bouger dans le ciment. C'est très désagréable ça. Les pieds, ça encore, ça va. Ce sont les mains le pire. » Entretien 23

« J'étais bloqué et ça ne me faisait pas de bien, parce que j'aimais la liberté, de pouvoir bouger comme j'ai envie. Franchement, je ne souhaite à personne de vivre ça. Parce que c'est quand même dur physiquement, d'être attaché, de ne pas pouvoir bouger. Cent pour cent incapable de bouger. C'est dur. » Entretien 19

En parallèle de la perte de capacité motrice, 12 participants ont pu évoquer leur perte d'autonomie dans des gestes de la vie quotidienne, tels que réaliser ses besoins, boire, manger.

« On ne peut pas aller à la selle, on a l'impression d'être sans pouvoir dans cette situation. »
Entretien 03

« J'ai ressenti comme si j'étais un chien. Je ne pouvais même pas bouger les bras. Un chien. Pour pisser, il fallait que je m'aide de mon autre bras, que je mette les fesses comme ça et que je prenne l'urinoir pour pisser dedans. Je n'ai appelé personne car je n'avais pas de sonnette. »
Entretien 08

« Quand vous prenez des cachets ici, vous avez tout le temps la gorge sèche. Et j'avais souvent soif, et donc je ne pouvais pas demander de l'eau pour boire. » Entretien 24

La perte d'autonomie par rapport aux besoins a été la plus citée et vécue la plus négativement.

« Et ils m'ont fait faire les besoins dans un seau. C'est de la maltraitance. » Entretien 29

« Un élément important dans la gêne occasionnée par le fait qu'on ne puisse pas librement aller aux toilettes et qu'on soit obligé de pisser dans un urinoir. Encore plus gênant, enfin dérangeant, c'est pour aller à la selle. Pareil, on ne peut pas. Il faut appeler les infirmiers et faire ça dans ce qu'on appelle un pot. En ce qui me concerne, ça m'a gravement dérangé d'être obligé de faire ça dans un urinoir ou dans le pot. Derrière une porte qui se trouve juste à deux mètres, il y a des toilettes normales. [...] C'est un peu comme si on me mettait en situation où j'étais une personne handicapée au point que je ne puisse pas me gérer moi-même au niveau de ces besoins-là. On se sent un peu humilié. » Entretien 25

3.2.1.5. Thématique de solitude :

Huit patients ont exprimé avoir une perception négative de la contention en lien avec un sentiment de solitude.

« Je criais. Je n'en pouvais plus de rester seul. Je restais seul plusieurs heures, la nuit. Ça a été dur. Je criais, je pleurais. » Entretien 01

« Vous êtes seul. Vous êtes attaché. Il n'y a plus personne. Vous êtes démuné. Vous n'avez plus de bras. Vous ne pouvez plus bouger. Vous n'avez plus les jambes. Vous êtes sur le dos. Il n'y a plus personne. Le silence. L'éternité. Jusqu'à ce qu'à un moment, vous vous dites : « On m'a oublié » ». Entretien 16

« L'impression d'une grande solitude et d'abandon. Une solitude où on est impuissant devant personne. Livrée à soi-même. » Entretien 26

« Si je suis tout seul contentonné dans la cellule, je n'aime pas. Ça me fait mal. » Entretien 23

3.2.1.6. Thématiques délirantes :

Le regroupement thématique *délire* a été scindé en deux parties : les thématiques délirantes ayant à voir avec le rapport avec les soignants et les thématiques en lien direct ou indirect avec la contention physique. Les premières seront traitées dans la partie soignant/soigné.

Sept patients ont évoqué des idées délirantes en lien avec la contention physique. Les thèmes délirants sont variés : crucifixion, idées de référence, thématique mystique, fantastique, etc.

« Je me disais : « Qu'est-ce que j'ai fait au Seigneur pour en arriver là ? Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? » [...] Je pensais que Dieu m'en voulait. J'étais dans une bouffée délirante. [...] Les bras écartés, je me sentais comme Jésus. Ça ne veut rien dire pour vous. J'étais attaché et tout le monde me voulait du mal. » Entretien 08

« Je pensais que j'étais toute seule sur Terre, des fois. Que j'étais rescapée dans un bunker. » Entretien 26

« J'avais l'impression d'être dans un film. Qu'on m'attache. Au plafond, il y avait une caméra. Comme dans le film Saw. Vous voyez ce que je veux dire ? Le film où ils attachent les gens, où ils doivent faire des missions. Sauf que moi, là, je n'avais pas de mission. Ma mission, c'était d'attendre, de m'endormir, et d'attendre le lendemain. » Entretien 18

3.2.1.7. Perceptions physiques désagréables :

Les perceptions physiques rapportées par les participants ont été de plusieurs natures, principalement des difficultés de sommeil, des douleurs et des difficultés à respirer. 21 patients ont évoqué des perceptions physiques désagréables.

Sept patients expriment avoir ressenti des difficultés à respirer durant la contention physique, les termes utilisés pour exprimer ces difficultés ont pu être : suffoquer, étouffer, se noyer.

« J'avais du mal à respirer. Elles ne savaient pas qu'elles me faisaient du mal mais elles m'ont contenue. Je ne pouvais pas bouger. » Entretien 26

« On m'a mis sur un lit avec une sangle sur la poitrine qui m'étouffait d'ailleurs [...] je n'arrivais plus à respirer. La sangle était trop serrée. Je commençais à être étouffé." Entretien 02

« Je n'ai appelé personne car je n'avais pas la sonnette. J'étais obligé de gueuler : « S'il vous plait ! S'il vous plait ! Je suffoque ! » Parce que je croyais que je suffoquais. Mais c'étaient les contentions qui me faisaient suffoquer. [...] Moi, je me sentais suffoquer. Dans ma tête, je me disais que j'allais mourir » Entretien 08

Six patients évoquent des douleurs en lien avec la contention.

« Ça s'est mal passé. Ils m'ont contenu, ils m'ont fait mal. » Entretien 07

« Sans compter les douleurs. Ils ont serré énormément. C'était très douloureux d'avoir été sanglée. » Entretien 22

« Je mangeais la tête à moitié courbée, et ça me posait un petit problème au niveau des cervicales à un moment. Avec ce qui s'appelait le Largactil là-bas, le traitement neuroleptique qui avait des effets secondaires qui favorisaient, par exemple, le fait d'avoir la tête un peu courbée. Et je me suis retrouvé, à la place d'avoir la tête droite, d'avoir la tête courbée à peu près tout le temps. Du coup, ça me faisait mal aux cervicales gauches. » Entretien 25

Des difficultés à dormir sont évoquées par sept participants. Les raisons exprimées étaient majoritairement la position inconfortable, des douleurs ou l'impossibilité de se gratter.

« Quand c'est trop verrouillé au niveau de la cervicale, c'est difficile de trouver en forçant avec les muscles le bon mouvement de tête. Et de ce fait, on peut encore plus tirer sur la cervicale et c'est douloureux. Donc ça empêche de dormir correctement. On n'est pas assez stable pour dormir. » Entretien 25

« Je sais qu'à des moments, je voulais me tourner et je n'arrivais pas à me tourner. J'étais attaché sur le dos. Et moi, je n'arrive pas à dormir sur le dos. » Entretien 05

« Ils m'ont attaché les deux pieds et les deux mains. Il n'y avait pas de mou. Et dormir comme ça pendant quatre jours, ça a été dur. » Entretien 08

« D'abord, j'ai très mal dormi parce que je ne pouvais pas me gratter. » Entretien 17

Certains patients ont évoqué la survenue d'effets indésirables physiques en lien avec la contention.

« Pendant que je vais rester contentonné, le sang va coaguler à certains endroits et, du coup, ça peut faire développer un caillot de sang. Et c'est comme ça que j'ai eu mon embolie pulmonaire. C'est à cause de la contention. [...] On peut dire que le seul moment où j'ai pu dormir correctement, c'est quand j'étais dans le coma parce que j'avais mon embolie

pulmonaire et la saturation en oxygène était tombée en-dessous de cinquante pour cent. »

Entretien 25

« A la fin, les infirmiers ne m'avaient pas mis le truc pour pisser. L'urinoir. Je me suis pissé dessus. Je suis resté presque trois heures dans ma pisse [...] ça m'a fait des champignons. »

Entretien 08

« On ne peut pas bouger. Les contentions sont assez fortes, ça fait gonfler les pieds, les jambes. » Entretien 01

D'autres patients s'étonnent de la température inadéquate de la pièce et ont pu évoquer des sensations de froid, ou au contraire de chaleur.

« Quand la couverture tombe, on a froid. On ne peut pas se la remettre. » Entretien 08

« La première nuit, je n'avais qu'une couverture, je me les suis pelé. » Entretien 24

« J'avais très chaud, il n'y avait pas de ventilation dans la chambre. Il faisait trente-huit dehors. Je n'avais pas d'eau. » Entretien 22

De nombreuses autres sensations physiques désagréables ont été rapportées par les participants : sensation douloureuse de soif, tachycardie, fatigue, malaise, impatience physique, démangeaisons.

« J'avais très soif quand j'étais attachée. J'ai bu beaucoup. J'avais très soif. Parce que j'étais déshydratée déjà avant de venir. La soif, c'est dur. » Entretien 26

« Je ne sais pas pourquoi, mais ça nous fatigue. J'ai la tension qui baisse » Entretien 23

3.2.1.8. Vécu traumatique :

Certains patients évoquent leur expérience de contention en parlant de traumatisme.

« C'était un vrai cauchemar dans ma tête. On me piquait et on venait régulièrement me réveiller pour me piquer. Je considère que ce que j'ai vécu là-bas, ça a été la preuve d'une très grande sauvagerie envers moi. Je ressens ça encore comme un traumatisme. [...] J'espère que des gens

l'entendront, le fait d'être attaché de cette manière, c'est un profond traumatisme que je ressens. Que je ressens dix ans après, encore au fond de moi. » Entretien 05

« C'est très dur à vivre. C'est un traumatisme. J'y repense. » Entretien 12

« Dans ma condition de non-voyante, personne ne peut s'imaginer comment on peut ressentir le fait d'être contentonné quand on ne voit pas ce qu'on a autour des poignets, ce qu'on a autour des chevilles. C'est très traumatique. » Entretien 21

3.2.1.9. Perception de leur état :

Neuf patients évoquent avoir perçu leur état agressif, violent, dangereux ou agité.

« C'est vrai qu'il y a des violences et qu'on essaie vite de se venger au niveau des infirmiers. » Entretien 29

« C'est vrai qu'on est dangereux, c'est vrai qu'on est insultant. » Entretien 22

« J'avais un peu d'agressivité. Je suis assez méchant et agressif. » Entretien 06

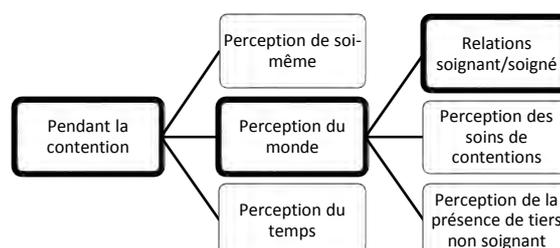
Au contraire, 13 participants disent ne pas percevoir cet état.

« Je ne suis pas quelqu'un de violent. Je n'ai jamais donné de coup de couteau. Je ne suis pas connu de la police pour avoir donné de coup de couteau. Je n'ai jamais agressé. » Entretien 04

« Je n'étais pas agité. Ce truc blanc qui pendait m'emmerdait. Je l'ai arraché. J'étais très lucide. » Entretien 02

« Moi, je venais juste expliquer mon mal-être. Je ne demandais pas à être attachée, ni à prendre des médicaments. Je venais juste expliquer ce qu'il se passait. Je n'étais pas énervée, je n'étais dangereuse pour personne. » Entretien 13

3.2.2. Perception du monde : relation soignant/soigné :



La relation avec les soignants fait partie prenante de l'utilisation de la contention physique et représente une large part du discours des participants de l'étude.

De manière globale, les différents entretiens des patients montrent que 18 d'entre eux considèrent avoir eu de bons rapports avec les infirmiers tout au long de la contention, et 12 de bons rapports avec les médecins. A contrario, 10 patients estiment avoir eu de mauvais rapports avec les infirmiers et sept de mauvais rapports avec les médecins. Certains patients rapportent ne pas avoir de souvenir de leurs rapports avec les infirmiers, pour trois d'entre eux, et avec les médecins, pour quatre d'entre eux.

Bien entendu, il s'agit de chiffres représentant l'aspect global des entretiens. Le plus souvent, un entretien comporte des aspects à la fois positifs et négatifs de la relation soignant/soigné.

La catégorie *relations soignant/soigné* est scindée en deux sous-catégories afin de mieux appréhender les regroupements thématiques :

- comment les soignants agissaient dans la relation selon la perception qu'en a le patient ;
- comment le patient percevait le soignant et agissait dans la relation.

3.2.2.1. *Comportements des soignants selon la perception du patient :*

3.2.2.1.1. Vécu positif du comportement des soignants :

11 patients ont pu exprimer dans leur entretien une perception positive de la manière dont les soignants se comportaient avec eux.

Certains patients considéraient que les soignants étaient compétents dans leur travail auprès des patients.

« J'ai pris conscience que j'étais malade et qu'il fallait me soigner. L'infirmier a été très compétent là-dedans. » Entretien 01

« Avec les infirmiers, ça s'est très bien passé. Je suis poli avec eux. Ils restent polis avec moi. [...] Les infirmiers passaient régulièrement. Ils font bien leur travail. Je n'ai rien à dire sur eux. Ils sont très bien. » Entretien 07

D'autres patients évoquent l'humanité, la gentillesse des soignants.

« Elle me regardait avec un regard d'amour. Pas parce qu'elle était amoureuse de moi mais elle n'aurait pas voulu que la situation se fasse. Beaucoup d'humanité. » Entretien 07

« Ils venaient gentiment. Ils changeaient le lit » Entretien 03

« Ils ont été très gentils, très humains. » Entretien 01

Enfin, certains patients estiment avoir été entourés, rassurés par les soignants.

« Je me sentais entouré. Il y avait M. J., un bon docteur, que je remercie. » Entretien 04

« J'ai eu l'hallucination d'un monstre, j'ai cru réellement qu'il y en avait un. Alors j'ai eu très peur. Et là, je ne savais pas quoi faire. Et quand les infirmiers venaient, ça me rassurait. »
Entretien 26

3.2.2.1.2. Thématique de non-humanité :

Il s'agit d'une thématique très présente dans les entretiens des patients. 11 participants en font mention. Cette thématique fait référence à l'impression des patients de ne pas être considéré comme des êtres humains par les soignants.

« Quand le plateau venait, et que les contentions étaient mal mises, je le foutais en l'air. Je leur disais : « Ramassez, bande de chiens ! Vous me prenez pour un chien, vous m'avez attaché comme un chien, et bien nettoyez comme des chiens ! » » Entretien 08

« Je me suis senti comme un animal. Attaché comme un animal. Je leur ai dit : « Je ne suis pas un chien pour que vous m'attachiez comme ça. » Ce sont les chiens, les animaux qu'on attache. Les êtres humains, on ne les attache pas comme ça. » Entretien 10

« Ils arrivent, ils viennent vers vous à une vitesse pas possible, ils prennent les sangles. Je ne sais pas si vous avez déjà vu un porc être tué, à qui on enlève le poil. C'est un petit peu ça. On vous tourne, on vous prend comme un ballot. On ne vous prend plus du tout comme un être humain. » Entretien 22

« Il y a des infirmiers ou des docteurs, rien que pour leur envie ou la jalousie, ils nous attachent et ils nous traitent comme des chiens. Je n'ai même pas eu le droit de boire de l'eau. »
Entretien 29

En parallèle de cette thématique de non-humanité, les participants utilisent parfois des métaphores animalières afin de décrire leurs ressentis pendant la contention.

« Il y en a qui vont dans de grandes fêtes de foie gras. Il y a des volailles attachées. Ça me faisait un petit peu penser à ça, à la façon dont on est attaché. » Entretien 25

« On n'est pas obligé d'arriver avec quatre vigiles, comme un morceau de bœuf qu'on transporte » Entretien 22

« Même pour les vaches ou pour les brebis, on met de la musique pour le lait. Je pense que pour les gens, c'est pareil. Ecouter de la musique ou avoir une image, ça permet de se calmer. »
Entretien 06

3.2.2.1.3. Thématique de domination – soumission :

Il s'agit de thèmes dans lesquels le patient se sent soumis, impuissant vis-à-vis du soignant. Ainsi, le patient peut avoir l'impression qu'aucun choix sur sa personne ne lui est laissé, ou encore que le soignant souhaite dominer le rapport soignant/soigné. Huit patients évoquent cette thématique.

« Quand on est attaché, ça leur permet de dire que c'est eux les chefs. » Entretien 29

« C'est eux qui décidaient de tout. Ils pouvaient décider, par exemple, de me contentionner. Je me suis senti impuissant face à toute cette animosité. [...] J'acceptais ce qu'ils me faisaient. De toute manière, on n'a pas le choix. » Entretien 15

« Et là, on m'a sanglée immédiatement avec une espèce de hargne, une espèce de surpuissance. Je me suis sentie toute petite. [...] Je me sentais amoindrie. [...] Je n'avais strictement aucun choix. Et puis cette surpuissance des autres par rapport à moi. » Entretien 22

« A mon avis, ils voulaient dominer la situation » Entretien 03

3.2.2.1.4. Thématique de non-respect – humiliation :

Certains patients se plaignent au cours des entretiens d'être victime d'irrespect de la part des soignants, voire d'humiliation. Certains avaient notamment la perception qu'ils étaient la cible de moquerie de la part des soignants. Dix participants à l'étude ont évoqué cette thématique.

« Ils rigolaient. Il y a une sorte de moquerie. [...] Il y en a qui disent qu'ils n'aiment pas ça mais je les vois sourire. Il y a beaucoup de manque de respect. » Entretien 29

« Je les entendais se vanter que j'étais un cas psychologique comme dans les années je ne sais plus combien. Ça ne me plaisait pas trop. J'étais en colère. Je n'ai pas trouvé ça honnête. »
Entretien 01

« J'ai été humilié. Je me suis dit : « Tiens, on m'attache les mains comme si j'étais un prisonnier. » Entretien 12

« On pourrait le faire en laissant la personne digne de ce qu'elle est et non pas en la dégradant. C'est déjà assez pénible d'être sanglé, en plus on la dégrade verbalement. » Entretien 22

Certains participants font le lien entre perception d'humiliation, d'irrespect et perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

« Et ils m'ont fait faire des besoins dans un seau. C'est de la maltraitance. » Entretien 29

« C'est un peu comme si on me mettait en situation où j'étais une personne handicapée au point que je ne puisse pas me gérer moi-même au niveau de ces besoins-là. On se sent un peu humilié. Un sentiment d'humiliation. » Entretien 25

« Même pour aller aux toilettes. On m'a donné une bassine pour... Mais ça a été humiliant, aussi. Je me croyais pire qu'en prison » Entretien 12

3.2.2.1.5. Thématique de punition – sanction :

Sept des participants à l'étude ont évoqué des thèmes en rapport avec une perception de punition, de sanction. Certains patients avaient l'impression que la justification de la contention était de les punir. Ces patients ont ainsi pu exprimer la sensation d'être puni à cause d'une faute qu'ils auraient commise, et d'être considérés comme des criminels, des prisonniers. D'autres patients avaient cette perception à travers les visites, les soins que

réalisaient les soignants, ceux-ci étant conditionnés par leurs actes et possiblement sanctionnées.

« Comme si c'était pour me punir, comme si j'étais une petite fille. Pour me punir de quelque chose d'énorme que j'avais fait. [...] Quand vous êtes maniaque en général, et quand vous êtes sanglée en particulier, on n'arrête pas de vous traiter comme un chien, comme si c'était de votre faute. C'est vrai qu'on est pénible, c'est vrai qu'on peut être dangereux, c'est vrai qu'on est insultant. [...] C'est une sanction incroyable. On vous crie après. On vous crie tout le temps après comme si vous étiez un prisonnier. C'est une dégradation. Une dégradation totale. Une injustice. Ce n'est pas du tout à la mesure de ce que vous avez fait. C'est vraiment pire. »
Entretien 22

« Je me détestais ce jour-là. Je me disais : « Ce n'est pas moi. Qu'est-ce que j'ai fait ? Ce n'est pas moi. Je n'ai rien fait pour mériter une telle punition. » Parce qu'on peut appeler ça une punition. » Entretien 11

« Votre seul ami qui peut vous donner à boire, c'est l'infirmier. A ce moment-là, il faut être gentil avec l'infirmier. Si on devenait méchants, ils fermentaient la porte et vous laisseraient quatre heures à l'intérieur. Ça a toujours une logique. » Entretien 06

« Pour moi, c'était une punition, alors que je n'avais rien fait. C'était de l'injustice totale. Le psychiatre voulait me garder. Moi, j'ai refusé. En fait, il n'a pas aimé mon refus. Il aurait voulu que je coopère avec lui, de mon plein gré. » Entretien 18

3.2.2.1.6. Thématique d'abandon – rejet :

Neuf patients ont évoqué le sentiment d'être rejeté, abandonné, délaissé par l'équipe soignante au cours de la contention physique.

« Je me suis senti seul au monde. Je me suis senti comme si j'étais rejeté. Je me suis senti seul et abandonné. Rejeté par tout. Rejeté par la société. Rejeté par toutes les personnes qui m'avaient contentonné. » Entretien 15

« Ils vous attachent et, après, ils partent. Ils vous laissent tout seul. Ils vous laissent avec vous-même. Vous, vous ne savez pas s'ils vont revenir, s'ils vont vous oublier. » Entretien 18

« Quand j'appelais, personne ne répondait. Je me sentais seule au milieu de tout. Très seule. Enormément seule. » Entretien 26

« *Le silence. L'éternité. Jusqu'à ce qu'à un moment vous vous dites : « On m'a oublié. » »*

Entretien 16

3.2.2.1.7. Thématique de violence – jouissance :

Sept patients se sont plaints d'être victime de conduites violentes, verbalement ou physiquement, de la part des soignants. Les termes utilisés par les participants peuvent faire mention d'un plaisir de la part des soignants à user de violence.

« *Il n'y avait que de la violence de leur part. Ils te dépossèdent de tes habits. Une fois que tu es en pyjama, ils te disent de t'allonger et ils sautent sur toi pour t'attacher. »* Entretien 17

« *J'avais l'impression qu'on s'acharnait sur moi. »* Entretien 18

« *Ils étaient trois pour me mettre des sangles. Ils ont tiré et tiré, chacun à chaque membre. Ils éprouvaient une certaine jouissance à le faire. [...] Je les voyais avec un sentiment de contentement, un sourire de contentement. »* Entretien 22

« *Ils ont besoin de se défouler. Après, il y en a qui disent qu'ils n'aiment pas ça mais je les vois sourire. [...] Ils nous font mal au bras, ils nous tirent, ils nous poussent, ils nous bloquent, ils nous attachent et après, ils nous serrent fort, ils nous insultent : « Tiens, tu vas rester là pendant longtemps. Tiens, la piqûre. Tiens, cela. » C'est vrai qu'il y a de la violence et qu'on essaie vite de se venger au niveau des infirmiers. On essaie de les taper un peu. Parce qu'ils nous font la même chose. »* Entretien 29

3.2.2.1.8. Perception de l'état du patient par les soignants :

Lors des entretiens, certains patients s'étonnaient du décalage entre ce que les soignants leur renvoyaient de leur état et ce qu'ils en percevaient eux-mêmes.

« *Un peu de colère peut-être. Parce que je n'allais rien faire à l'infirmier. J'étais non-violent. Mais ils ne l'ont pas perçu. »* Entretien 20

« *Eux, voyant que j'avais arraché un bidule, étaient persuadés que j'étais gravement malade. Or, j'étais très lucide. »* Entretien 02

« Je n'étais pas agité. Juste, j'ai pris mon sac, je commençais à marcher vers la sortie et j'ai vu que la porte était fermée, et voilà. Après, ils m'ont attaché parce qu'ils ont eu peur de je ne sais pas quoi. Je ne sais pas de quoi ils ont eu peur. » Entretien 18

« C'est beaucoup de souffrance d'être attaché, ne pas pouvoir bouger. On a soif. On ne peut pas lutter. On crie. On hurle. On nous prend pour des fous parce qu'on gueule mais, en fait, on est attaché. » Entretien 29

3.2.2.1.9. Perception des soins de contention par le soignant :

Certains patients se mettent au cours des entretiens à la place des soignants et tentent de se représenter comment ceux-ci considèrent l'utilisation de la contention. Les thèmes qui reviennent le plus fréquemment sont la difficulté des soignants à user de la contention, l'absence d'autres solutions à leur portée, une volonté de protection du patient.

« C'est une attaque, c'est vif pour le personnel. C'est souvent qu'ils souffrent plus que moi. »
Entretien 26

« C'est un métier qui n'est pas facile. Il y a des patients qui ne sont pas faciles. Si en plus, nous, on est agressif avec eux, ce n'est pas évident. » Entretien 24

« Il y avait des dames qui m'immobilisaient avec des messieurs. Ils n'étaient pas très heureux, ça se voyait. Ils n'aimaient pas faire ça. » Entretien 02

« Malheureusement, vous n'avez pas trouvé jusqu'à aujourd'hui un autre moyen de pallier à ça lorsque les patients sont trop agités. On ne peut pas faire autrement que de les attacher. »
Entretien 09

« Peut-être ont-ils peur qu'on se suicide. Ils ont peur qu'on se fasse des problèmes, qu'on se suicide à la suite de ça, comme on est dans un état second. » Entretien 01

3.2.2.2. *Ressentis et comportement du patient envers les soignants :*

3.2.2.2.1. Emotions/pensées positives envers le soignant :

Cinq patients évoquent des émotions et pensées positives envers le soignant, essentiellement en termes de confiance, reconnaissance, de non ressentiment envers eux.

« On ne veut pas être attaché, alors on se débat pour ne pas être attaché. On n'en veut pas aux infirmiers. » Entretien 26

« C'était dans une situation tellement anormale par rapport à mon personnage que je n'ai eu aucune haine par rapport à la personne qui m'a mis sous contention » Entretien 27

« C'était tellement difficile que ça a permis de tisser des liens particuliers avec certains infirmiers. Tisser des liens thérapeutiques de malade à infirmier. C'est très positif. Je leur suis reconnaissant. » Entretien 01

3.2.2.2.2. Emotions/pensées négatives envers le soignant :

A contrario, dix patients expriment avoir ressenti des émotions, des pensées négatives envers les soignants. Cela a pu être évoqué en termes de haine, de mépris envers les soignants.

« Je me suis sentie très mal. Je n'ai pas aimé. Il y avait de la haine par rapport au corps médical. » Entretien 09

« Hate. Le mot le plus fort pour exprimer la haine en anglais. Hate. Pour ceux qui m'attachaient. » Entretien 17

« Je me disais : « Je les aurai. Je les aurai. » Et puis, j'ai commencé à essayer d'ouvrir les sangles, mais il n'y avait pas moyen de les ouvrir. Je poussais dans tous les sens. Il n'y avait strictement rien à faire. Je les haïssais à un point. D'ailleurs, j'ai continué à les haïr après et je ne leur ai plus jamais parlé. » Entretien 22

« Quand vous êtes attaché, vous ressentez de la haine, de la violence, du mépris. » Entretien 24

Une patiente exprime avoir perdu la confiance envers les soignants.

« Ça a pris du temps car je n'avais plus confiance en eux. Ils avaient perdu ma confiance. » Entretien 03

3.2.2.2.3. Thématiques délirantes :

Sept patients expriment des idées délirantes ayant pour sujet les soignants lors de la contention physique. Ces idées peuvent être critiquées ou non au moment de l'entretien. Plusieurs patients évoquent des thématiques persécutoires.

« J'avais l'impression qu'ils me voulaient du mal. Les infirmiers, les IRIS. Je n'étais pas bien du tout. C'était un délire à ne pas refaire. » Entretien 04

« De temps en temps, ils viennent, ils nous regardent, ils nous guettent. C'est de la perversion. Vu qu'ils nous donnent des médicaments qui font dormir, on ne sait pas ce qu'ils font après. En fait, ils nous violent psychologiquement. Au lieu de nous aider, ils nous rentrent dedans, ils profitent des raisons qui sont présentes, ils essaient de récupérer nos personnalités. »
Entretien 29

D'autres évoquent des thématiques sexuelles.

« J'entendais des voix d'infirmières. Elles me disaient comme quoi si je voulais faire l'amour avec une infirmière, il fallait que je fasse un truc qui était en rapport avec l'hôpital. Il fallait que je reste sur place et que je l'attende. Et moi, je suis parti et je n'ai pas eu de nouvelles. »
Entretien 19

Enfin, des idées délirantes à thématique mystique sont évoquées.

« Dès que j'ai vu qu'il allait fermer la porte, je me suis vite mis en isolement. Ils ont essayé de me tenir. Dans ma tête, ceux qui essayaient de me tenir, c'était le Diable. » Entretien 08

« Mais il y a des gens que je vois méchant. Je voyais des gens d'une bonne image et des gens, je les voyais comme des diables. J'ai vu des diables, des cauchemars. » Entretien 14

3.2.2.2.4. Craintes du patient vis-à-vis des soignants :

Certains patients ont pu craindre que les soignants les oublient dans la chambre d'isolement, de ne pas pouvoir les alerter en cas de problème.

« Imaginez qu'on m'oublie dans une salle où j'ai été contentonné. Il suffit juste d'un oubli. La porte est fermée. Si je commence à crier, je vais m'agiter. Il faut se contrôler. [...] Mais c'est très dangereux ça. Parce qu'il suffit qu'il y ait un oubli. Je peux faire une crise cardiaque. Je m'agite,

je crie, sueurs froides, tatata. C'est la crainte. Je crains à nouveau les contentions. C'est comme un appel au secours. Et rien qu'y penser, ça me fait la chair de poule. » Entretien 23

« J'étais assez inquiète parce que je respirais mal et je ne sais pas ce qu'il pouvait m'arriver, puisque personne ne venait me voir, et je ne pouvais pas sonner. » Entretien 22

« Ils vous attachent et, après, ils partent. Ils vous laissent tout seul. Ils vous laissent avec vous-même. Vous, vous ne savez pas s'ils vont revenir, s'ils vont vous oublier, s'ils ne vont pas vous oublier. Vous ne savez rien. » Entretien 18

Certains patients craignent quant à eux d'être victime de maltraitance de la part des soignants.

« Mais si je suis donné à une personne mal intégrée, une personne qui a une haine contre moi, qui travaille dans la société clinique et qui veut me faire du mal. C'est possible qu'il me laisse attacher des heures et des heures. » Entretien 23

Certains patients, au contraire, craignent de passer à l'acte sur les soignants.

« Mais, ce qui m'embête, ce sont les dommages collatéraux. J'ai peur de lâcher trois ans de colère sur une personne. Je sais que je suis capable de le faire. Mon niveau de colère, je le connais. Et la capacité de passer de normal à homicide, il n'y a pas grand-chose. » Entretien 06

D'autres patients appréhendent que les soignants leur donnent trop de traitement, posent une durée de contention trop longue.

« Est-ce qu'ils vont me mettre sous cachet ou sous perfusion ? Est-ce que j'allais être shooté plusieurs jours comme je l'avais été une fois. [...] J'avais peur de ne pas être conscient de moi-même, de ne pas pouvoir marcher, de ne pas pouvoir... C'était ma première crainte. J'avais peur de rester beaucoup plus longtemps ici que prévu. » Entretien 24

3.2.2.2.5. Comportement positif du patient vis-à-vis des soignants :

De nombreux patients, seize d'entre eux, évoquent leurs comportements positifs vis-à-vis des soignants. La majorité exprime cela par l'absence de violence, d'agressivité qu'ils ont manifestée tout au long de la contention ou dans un second temps.

« J'ai toujours été très sociable. Je ne me suis jamais battu avec personne. Je n'ai jamais frappé personne, ni un infirmier, ni un patient. Ça se passait bien. » Entretien 05

« Ça s'est bien passé parce que j'étais calme. Je n'étais pas agressive avec eux. J'étais calme. »

Entretien 09

« Je n'ai jamais été agressif physiquement avec eux. Je ne les ai pas tapés, je ne les ai pas touchés. » Entretien 24

« Moi, je ne me suis pas débattu. Il y en a beaucoup qui se débattent dès le début. Je ne me suis pas débattu pendant la contention. » Entretien 25

D'autres participants évoquent leur coopération avec les soignants.

« Ça s'est toujours bien passé. Parce que j'étais coopérant. Avec les médecins, ça s'est toujours bien passé. J'acceptais ce qu'ils me faisaient. » Entretien 15

« Au bout d'un moment, ils m'ont détaché pour que je prenne quelque chose, mais, de moi-même, je me suis fait de nouveau attacher. J'ai regagné leur confiance, en quelque sorte. »

Entretien 08

« Ce sont les surveillants qui m'ont attaché, avec les infirmiers. J'ai donné mes bras en me laissant faire. » Entretien 04

« Je me suis laissé faire parce que je me suis dit que plus ils savaient qu'ils m'avaient bien contentonné, plus ils allaient me les enlever. » Entretien 23

Certains patients présentent leurs excuses aux soignants de leur comportement qu'ils ont pu avoir à leur rencontre.

« C'était un coup de folie, d'énervement. J'ai présenté mes excuses ensuite. Je leur ai demandé pardon. » Entretien 04

« Il y a deux infirmiers qui se sont beaucoup occupés de moi. Ça s'est un peu mal passé. Après, je me suis excusé, ça a été mieux. » Entretien 24

Un patient remarque qu'au cours de la contention, ses rapports se sont améliorés avec les soignants et il a pu être dans l'humour avec eux.

« A la fin, on a rigolé avec les infirmiers. Je leur disais : « Put your hands up ! Put your hands up ! » » Entretien 08

3.2.2.2.6. Comportement négatif du patient vis-à-vis des soignants :

De nombreux entretiens, 15 au total, évoquent les comportements négatifs du patient envers les soignants. Les thèmes les plus fréquents, cités par 12 patients, représentent l'agressivité physique, d'une part, et l'agressivité verbale d'autre part.

Ces comportements d'agressivité sont justifiés par certains participants par un rapport de force avec l'équipe soignante.

« On voulait me faire boire un médicament. Je n'ai pas voulu et par la force, on m'a mis la piqûre. Et là, j'ai eu G. en face de moi et je l'insultais. Parce que je n'étais pas malade. »

Entretien 12

D'autres patients expliquent ces comportements dans un souci d'échapper à une situation angoissante.

« Je sais que je me suis débattue une fois. Et c'était vraiment le catch. C'était vraiment la défense pour ne pas être attaché car ça fait une impression d'être attachée, une souffrance d'être attachée qui fait très mal. » (pleurs) « On ne veut pas être attachée, alors on se débat pour ne pas être attachée. On n'en veut pas aux infirmiers. » Entretien 26

« Là, je me suis débattue comme un beau diable. J'ai mordu. [...] Je me débattais. J'avais l'impression qu'il fallait que j'échappe au viol. Tout ça va très vite. Vous êtes brutalisée, brutalisée. Vous vous défendez. Alors, j'ai mordu. » Entretien 16

Pour certains participants, c'est dans une volonté de vengeance, voire de sentiment de persécution.

« Je les ai insultés. Je les ai traités de tous les noms. Il fallait qu'ils écopent pour ce qu'ils me faisaient écoper. Voilà, c'était : « Salauds », « Fils de pute ». [...] Je les ai appelés « Couilles molles » parce que, justement, ils avaient profité d'être plus puissants que moi, plus forts que moi pour me sangler. » Entretien 22

« J'ai commencé à mettre des coups de pied, des coups de main parce que, pour moi, même un chien, on ne l'attache pas. La liberté est égale pour tout le monde [...] Je fais toujours payer au centuple le mal que l'on me fait. J'ai réussi à mettre une droite à un des infirmiers. »

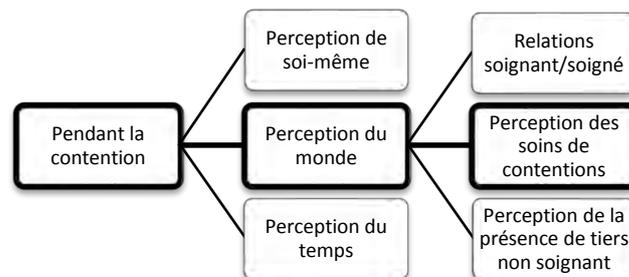
Entretien 06

« Dans ma tête, ceux qui essayaient de me tenir, c'était le Diable. C'était l'infirmier à qui j'avais mis un coup de boule. De là, ils m'ont tous attaché. Ils m'ont tous attrapé. Je leur crachais dessus. » Entretien 08

Pour une patiente, c'est le sentiment d'incompréhension qui prédominait dans ce comportement agressif.

« Quand on est jeune, qu'on a seize ans, et qu'on se fait attacher, on ne comprends rien à ce qu'il nous arrive. Ça s'est mal passé avec les infirmiers. Je les ai insultés de tous les noms de pigeons, d'oiseaux, de tous les noms qui pouvaient exister. » Entretien 09

3.2.3. Perception du monde : perception des soins de contention :



3.2.3.1. Perception de l'indication des soins de contention :

Parmi les 29 participants de l'étude, sept patients ne perçoivent pas l'indication de la mise sous contention. Certains évoquent leur incompréhension à leur utilisation.

« A mon avis, ils voulaient dominer la situation. C'est compliqué pour eux car je n'étais pas agressive du tout, et je ne voulais pas être agressive avec eux. Je n'ai vraiment pas compris, encore aujourd'hui, pourquoi ils l'ont fait. Je me suis allongée et je me suis laissé attacher. [...] Surtout que je ne suis pas quelqu'un d'agressif, je n'ai pas compris. Si on me demandait encore aujourd'hui pourquoi ils ont fait ça, je ne saurais pas quoi dire. » Entretien 03

« En fait, c'est juste comme ça que j'ai été attaché au lit. C'était juste parce que je revenais des urgences. Je n'étais pas attaché aux urgences. Par contre, j'étais attaché à G. pour rien. » Entretien 15

« Et puis un jour, c'était le soir, où je me disais : « Qu'est-ce que je fous là ? C'est Noël, qu'est-ce que je fais ici ? » Je frappe à la salle où il y avait une infirmière. Il était visiblement un peu

tard. Et, visiblement, je la dérangeais. Elle était la vitre. Et puis, j'insiste. Il n'y a pas mal à ça quand même. Et là, qu'est-ce qui arrive ? En trombe. Il y a quatre à cinq hommes qui arrivent en trombe. Ils m'attrapent. Ils me saisissent. Et là, je me suis dit : « mais qu'est-ce que j'ai fait ? » » Entretien 16

D'autres participants déclarent ne pas avoir de souvenir de la situation.

« Je ne sais pas parce que je n'étais pas conscient. On peut dire que je n'étais pas conscient pendant trois mois. Je me suis levé une journée et je me suis retrouvé en isolement. Je ne sais pas où je suis. » Entretien 14

D'autres encore évoquent des motifs en décalage avec l'indication d'une telle mesure.

« Je n'arrivais pas à trouver le sommeil, donc ils m'ont attaché au lit pour, en quelque sorte, je puisse m'endormir. » Entretien 29

3.2.3.2. Perception de la justification des soins de contention :

21 des participants expriment la perception que l'utilisation de la contention n'était pas justifiée dans leur situation précise. Certains d'entre eux mettent en lien cette perception avec un sentiment d'injustice.

« Ça a été la seule fois où on a été obligé de m'attacher durant mon parcours psychiatrique. C'était dû à une injustice. » Entretien 05

« Pour moi, c'était une punition alors que je n'avais rien fait. C'était de l'injustice totale. » Entretien 18

Pour une patiente, l'utilisation de la contention est démesurée par rapport à sa situation.

« La petitesse de ce que j'ai fait, c'était complètement démesuré. » Entretien 22

Pour un autre patient, son état ne justifiait pas une telle mesure.

« Comment on peut laisser faire ça à des gens ? Je trouvais ça dur. Parce que je ne suis quand même pas si malade pour qu'ils me prennent comme ça. » Entretien 01

Au contraire, pour six patients, l'utilisation de la contention était justifiée.

« Quelque part, ils ont fait ça pour me maintenir en vie » Entretien 21

« Encore aujourd'hui, si je devais retourner en contention, ça ne me dérangerait pas. Je sais que c'est pour mon bien » Entretien 06

« Moi, ça va. Je vois que c'est pour mon bien, que ce n'est pas pour mon mal. Si ça avait été pour mon mal, je me serais échappé. » Entretien 23

Cette justification pouvait résider dans une volonté de protection du patient.

« Mais je devais être attachée pour ne pas me faire mal ou faire mal aux autres. Ça, je le comprenais. » Entretien 26

Une patiente dit avoir pris conscience de la justification de la contention dans un second temps.

« Le lendemain, lorsqu'on en a reparlé avec les infirmiers, j'ai compris que c'était pour mon bien. » Entretien 09

Pour certains patients, la justification de la contention est en lien avec le fait de la mériter ou non.

« Pour un patient comme moi qui a tout fait pour avoir les contentions, c'est mérité. »
Entretien 06

« Je dirais avec le recul que si le mec a été contenu, c'est qu'il l'a cherché. » Entretien 09

3.2.3.3. Perception des indications de la contention d'ordre général :

Tandis que la majorité des participants considèrent que la contention n'a pas été justifiée dans leur situation, certains patients donnent leur opinion quant aux indications optimales de l'utilisation de cette mesure en psychiatrie.

Certains patients réservent cette mesure aux patients présentant une dangerosité, un risque agressif pour autrui.

« Il faut voir s'il y a une raison aussi. Si le mec a tué quelqu'un, on peut l'attacher. »
Entretien 19

« Je ne le conçois que pour les gens dangereux. Les autres personnes ne devraient pas avoir de contention. » Entretien 03

« Face à une personne qui peut être dangereuse, et qui présente des signes d'agitation extrême, voire de menace, bien évidemment la contention s'impose. » Entretien 02

Pour d'autres patients, il s'agit de l'état d'agitation du patient qui détermine l'indication.

« Il faut le faire en cas d'extrême agitation. Quand le patient est vraiment agité, c'est en dernier recours. » Entretien 21

« C'est une sorte de solution pour certaines personnes. Les personnes qui sont vraiment agitées. » Entretien 18

L'indication peut être également le risque de passage à l'acte auto-agressif.

« Mais une personne qui se fait du mal, elle s'est coupée avec un rasoir et a voulu se tuer, il faut l'attacher. Les contentions, c'est une sorte de solution. » Entretien 18

Pour une patiente, le motif de la contention doit être la sanction.

« Il faut quand même que ce soit une sanction. Il faut quand même que l'on vous sanctionne pour ce que vous avez fait. » Entretien 22

3.2.3.4. Réflexion autour de la légitimité de l'utilisation de la contention :

Certains patients posent la question de la place de la contention dans le soin, de la légitimité de son utilisation.

« Ce n'est pas juste attacher les gens. C'est les priver de leur liberté totale. » Entretien 15

« Ils nous amènent en chambre d'isolement, ils nous enferment, ils nous attachent, ils nous mettent des piqûres. C'est injuste. Ils n'ont pas le droit de faire ça. [...] J'ai été contenu aux urgences et ça mérite de porter plainte. » Entretien 29

« Je me disais, c'est impossible de laisser quelqu'un dans cet état-là. Je trouvais que c'était de la torture. Comment peut-on laisser faire ça à des gens ? » Entretien 01

« On n'a pas le droit de vous traiter comme ça. » Entretien 22

3.2.3.5. Perception du traitement médicamenteux lors de la contention :

Le traitement médicamenteux est un sujet fréquemment rapporté par les participants, et cela de manière spontanée car cette question n'était pas évoquée dans les différents axes de l'entretien semi-structuré.

Onze patients rapportent un vécu négatif du traitement médicamenteux. Cela peut être en lien avec l'effet sédatif mal supporté, avec les effets indésirables.

« Ils m'ont attaché et m'ont shooté une fois toutes les six heures. Je me rappelle de ces quarante-huit heures comme dans un brouillard. [...] On aurait simplement pu arrêter de me shooter avec des produits qui produisent des effets indésirables indescriptibles, tellement c'est douloureux pour l'âme et le psychisme. » Entretien 05

« Parce que le traitement, ça fait aussi mal. On est très, très fatigué. Plus de force. On a l'impression, une fois qu'on a pris les gouttes, qu'on est à la fin de notre vie, qu'on va mourir, qu'on a un cancer de quelque chose. » Entretien 18

« Ils m'ont fait une piqûre. Et là, j'ai vu ma tête s'arrêter. Et comme si j'étais une pierre. Mon corps qui se figeait et je me sentais partir, mourir. » Entretien 29

Le vécu négatif peut être en lien avec l'acte de l'injection en lui-même.

« On m'a piqué. On m'a donné une piqûre alors que je n'en voulais pas. Pour moi, c'était comme un viol. Je l'ai ressenti comme si c'était un viol. » Entretien 07

Trois patients évoquent un vécu positif du traitement médicamenteux lors de la contention.

« Ils ont eu l'intelligence de me faire immédiatement la piqûre. Vous la connaissez comme moi. Cette piqûre, bien évidemment, m'a fait dormir et je me suis réveillé à l'hôpital V. dans d'excellentes conditions. [...] On m'a détaché juste après la piqûre. » Entretien 02

« Si on met un traitement quand on est contentonné, c'est pour supporter d'être attaché. [...] C'est pour le bien de la personne si on lui donne des cachets, la contention. Pour que ça passe plus vite. Et plus ça passe vite et mieux c'est. » Entretien 18

3.2.3.6. Perception du matériel de contention :

La thématique du matériel de contention est un sujet largement abordé lors des entretiens, 20 patients en font mention.

Certains participants donnent leur avis sur les sangles et le système de fermeture des contentions. Six patients se plaignent des liens trop serrés.

« Pour la contention en elle-même, le plus dur est le serrage. Ils n'ont pas l'impression de serrer. » Entretien 06

« Ils ont serré énormément. C'était très douloureux d'avoir été sanglée, avec des liens qui sont quand même très épais et très larges. » Entretien 22

« On m'a mis sur un lit avec une sangle sur la poitrine [...]. La sangle était trop serrée. Je commençais à être étouffé. » Entretien 02

Certains patients s'étonnent d'avoir pu se libérer eux-mêmes des liens, et même d'être parvenu à fuguer.

« Je voulais aller aux toilettes. Je me suis détaché une main et j'ai fait pipi à côté. »
Entretien 04

« Je me suis jouée des sangles et je les ai ouvertes régulièrement, l'une après l'autre. Il y avait trois sortes de sangle différentes et je les ai ouvertes. C'était un plaisir. Une espèce de vengeance énorme. » Entretien 22

« Vu que j'ai fugué dans la nuit, j'ai pu me détacher tout seul de ce que j'étais attaché. Je n'étais attaché que d'un bras et d'un pied. En diagonal. » Entretien 20

Un patient se plaint du système de fermeture qui pose des difficultés à l'équipe soignante puisque lent à mettre en place.

« Les soignants, on ne s'en occupe pas trop. Eux qui n'ont pas de colère envers moi, qui ne me connaissent même pas, c'est un calvaire. C'est plutôt de ce côté qu'il faudrait voir. On peut créer des matériaux plus adaptés pour les infirmiers, pour que ça aille très vite. » Entretien 06

Certains patients apprécient d'être libérés d'une ou plusieurs sangles afin de gagner de l'autonomie.

« La nuit, ils m'ont enlevé une main. Ça permet de faire pipi dans l'objet. » Entretien 01

« Au bout de trois heures, ils sont venus m'enlever une main pour que je puisse fumer. »
Entretien 06

« Au bout d'un moment, ils m'avaient juste attaché le pied droit et la main gauche. J'étais libre. Je pouvais au moins bouger quelques membres. » Entretien 08

« Après, ils nous détachaient quand même. Pour qu'on puisse se doucher [...]. Ils nous détachaient pour aller aux toilettes. » Entretien 13

Pour quelques-uns des participants, certains objets élémentaires pouvaient manquer dans la chambre. Cela peut concerner les besoins élémentaires.

« C'est assez dur de manger dans ces conditions. On fait ce qu'on peut avec une fourchette. Parce que, évidemment, quand on est contentonné, c'est pour une situation de violence particulière, donc il y aura pendant le repas des outils qu'il n'y aura pas. Il y aura la fourchette en plastique, des choses comme ça. Et ce n'est pas évident de manger avec une seule main. »
Entretien 25

« Je n'avais pas d'eau, pas à manger. Oui, c'est difficile. Et toute une nuit dans le noir sans manger et sans boire. J'étais laissée comme un vagabond dans le caniveau. » Entretien 22

« A la fin, les infirmiers ne m'avaient pas mis le truc pour pisser. L'urinoir. Je me suis pissé dessus. Je suis resté presque trois heures dans ma pisse. » Entretien 08

D'autres se plaignent de l'absence de sonnette et de l'impossibilité d'alerter les soignants.

« Je n'ai appelé personne car je n'avais pas de sonnette. J'étais obligé de gueuler : « s'il vous plait ! S'il vous plait ! Je suffoque ! » Parce que je croyais que je suffoquais. » Entretien 08

« Quand on est sanglé, ce qui serait sympa, c'est d'avoir la possibilité d'une sonnette. Ça, ce n'est pas possible non plus. Quand on veut aller aux toilettes par exemple, ou des choses comme ça. Quand on a des problèmes pulmonaires. Moi, j'étais assez inquiète parce que je respirais mal et je ne sais pas ce qu'il pouvait m'arriver, puisque personne ne venait me voir, et que je ne pouvais pas sonner. » Entretien 22

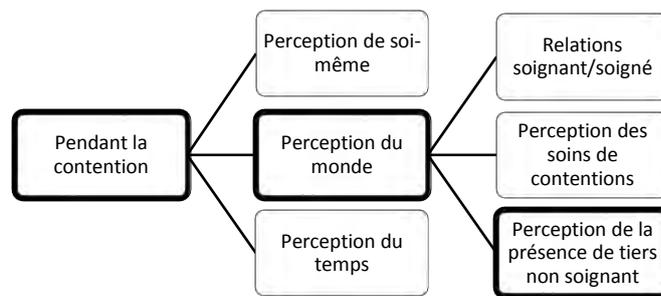
« Pour aller aux toilettes, il faut sonner. Et vous ne pouvez pas sonner parce qu'il n'y a pas le bip. » Entretien 24

Pour d'autres enfin, il s'agit de l'absence de pendule qui est difficile à supporter.

« Ça s'est passé calmement parce que si vous n'êtes pas calme, il passe encore du temps. Vous êtes dans une salle où il n'y a pas d'horloge, où il n'y a rien. » Entretien 06

« Finalement, il y a quelqu'un qui daigne venir, au bout d'une éternité. On ne sait pas quand, puisqu'on n'a pas de montre. » Entretien 16

3.2.4. Perception du monde : perception de la présence de tiers non soignant :



Neuf patients ont évoqué la présence de tiers non soignants lors d'une phase ou d'une autre de la contention. Lors de la pose des contentions, trois patients relèvent la présence d'agents de l'Administration Pénitentiaire – dans la situation particulière où leur expérience s'est déroulée dans une Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) – deux patients relèvent la présence de force de l'ordre, police ou gendarmerie, et trois patients la présence d'agents de sécurité.

L'intervention de l'Administration Pénitentiaire est vécue négativement par trois des participants.

« Ce sont les surveillants qui m'ont attaché, avec les infirmiers. J'ai donné mes bras en me laissant faire. Et les surveillants m'ont écrasé, m'ont étouffé avec un coussin pour ne pas que je respire. » Entretien 04

« Ça s'est mal passé. Ils m'ont contenu, ils m'ont fait mal. La pénitentiaire. » Entretien 07

« Ils étaient quatre. Ils ont réussi à me plaquer contre le sol. Ils m'ont appuyé sur la tête avec leurs bottes. Ils m'ont écrasé la tête contre le sol. J'ai saigné du visage. Ils m'ont plié en deux et ont réussi à m'attacher au lit [...] Ils m'ont tabassé. Ce n'est plus moi qui décidais. J'étais entre leurs mains et ils faisaient ce qu'ils voulaient. Je leur disais : « Arrêtez ! Arrêtez ! C'est bon, je vous tends les mains. Mettez-moi les menottes. Arrêtez ! » On me disait : « C'est trop tard. Vous auriez dû réfléchir avant. » Ils me mettaient des coups, jusqu'à ce que je sois K.O. pour pouvoir m'attacher. » Entretien 11

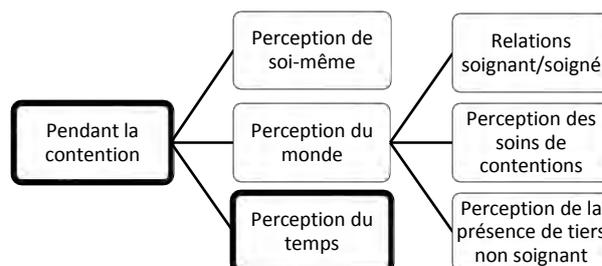
Pour un de ces patients, le vécu était d'autant plus négatif que l'équipe soignante était présente.

« Ils m'ont donné des coups dans le ventre, dans la tête, devant les infirmières. Je me suis dit que je voyais les vrais visages des infirmières. Elles sont gentilles, polies avec nous. Je me suis dit qu'elles faisaient semblant d'être bien avec nous. Quand il faut intervenir, elles n'ont pas de pitié. Elles étaient là. Elles ne disaient pas au surveillant de ne pas me taper. » Entretien 11

Une patiente rapporte un épisode où une éducatrice, extérieure au service, est venue lui rendre visite alors qu'elle était sous contention.

« Je me souviendrai toujours lorsque mon éducatrice est venue me voir. A ce moment-là, j'avais honte d'être dans cette situation-là. [...] Elle est venue me voir. J'avais un drap sur moi, heureusement. Mais les médecins l'avaient informée que j'étais contentionnée et que je n'avais pas droit aux visites. Elle est juste passée cinq minutes, en coup de vent. J'avais un drap sur moi mais elle a vu que j'étais contentionnée. » Entretien 21

3.2.5. Perception du temps :



Certains participants évoquent une altération de la perception du temps, notamment un sentiment de distension temporelle, de perte de repère.

« Il n’y a plus rien. Le temps n’existe plus. Je vais attendre je ne sais pas quoi finalement, parce qu’on est dans le noir. Il n’y a plus ni jour, ni nuit. C’est très déboussolant. [...] Il n’y a pas de temps. Ça, c’est le pire. Parce que ça vous rend fou. Cette absence de temps, d’heures, de minutes. Il n’y a plus rien. On ne peut pas s’accrocher à une seconde, à un tic-tac, à rien. A rien du tout. Même juste entendre le petit bruit, vous voyez, d’une montre. Il y a toujours un petit ftftft qui fait un petit mouvement, une petite vie quand même. Une petite notion de temps. Et bien là, il n’y en a plus. » Entretien 16

« C’est très chiant de ne pas savoir l’heure. [...] Pour situer une demi-heure, pour moi ça faisait une heure et demi qu’on m’avait attaché. Alors que ça faisait une demi-heure. Je crois que c’est ça qui fait plus mal que le fait d’être attaché. Car, lorsqu’on est attaché, on sait que l’infirmier va revenir. Mais quand vous ne savez pas à quel moment il va venir, ce n’est pas terrible. »
Entretien 06

« Comme s’ils arrivaient à gérer le temps. [...] Ils m’ont dit : « mais non, ça ne fait qu’un jour que tu es là. » Ça faisait une semaine. Donc ils me mentent. » Entretien 29

Certains patients évoquent un vécu négatif de ne pas connaître la durée durant laquelle ils vont être attachés. Certains expriment l’impression que cette durée va être longue.

« On est attaché et on a l’impression qu’on ne va plus nous détacher, qu’on va rester attaché très, très longtemps. » Entretien 18

« Je n’avais pas d’idée de temps. On sait qu’on est attaché mais on ne sait pas combien de temps on va vous attacher. » Entretien 06

« Je n’avais jamais été sanglée. Je me disais : « Mon Dieu, combien de temps ils vont me laisser ? » » Entretien 22

D’autres patients, au contraire, se sentait rassuré de savoir que la contention serait limitée dans le temps.

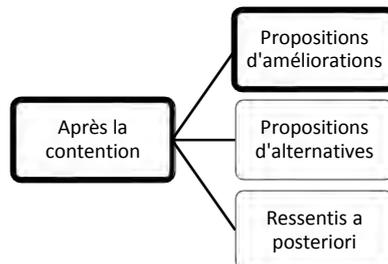
« Je savais qu’ils allaient me détacher, ils n’allaient pas me laisser attacher à vie. »
Entretien 10

« Ça me soulageait de penser que le lendemain, j'allais être libre. Savoir que c'était temporaire. » Entretien 15

« J'acceptais cette mesure de protection calmement et sereinement, sachant que ça n'allait pas durer éternellement. » Entretien 27

3.3. Après la contention :

3.3.1. Suggestions d'amélioration :



Lorsque la question est posée aux participants, 19 d'entre eux pensent qu'il y a des améliorations possibles dans l'utilisation de la contention physique. Pour ceux d'entre eux qui n'en proposent pas, les raisons invoquées sont principalement de deux ordres : ils ne savent pas répondre à la question ou ils pensent qu'il n'y a pas d'amélioration possible car il ne faut pas utiliser la contention en psychiatrie.

3.3.1.1. Ablation de sangle :

Cinq patients évoquent la question de l'ablation des sangles comme voie d'amélioration.

Cela peut consister en l'ablation d'une ou deux sangles afin de regagner de l'autonomie.

« Mais des fois, j'aurais préféré qu'ils me défassent les deux mains pour que je puisse manger normalement » Entretien 25

« Aux urgences, je parle des urgences parce que c'était la meilleure contention, ils avaient attaché le pied droit et la main gauche. Evidemment, je ne pouvais rien faire mais j'arrivais à faire certaines choses. Est-ce que, eux aussi, n'auraient pas pu faire ça ? » Entretien 08

L'ablation de la contention peut être également complète, de manière temporaire, surveillée par l'équipe soignante.

« S'il y a des infirmiers qui sont costauds et de garde, que les personnes puissent être décontentionnées et marcher un peu de temps en temps. [...] J'aurais préféré aussi que les infirmiers, même s'ils devaient rester là à me surveiller, me défassent les contentions pour que je puisse au moins aller à la selle. » Entretien 25

« Je pense que les contentions auraient pu être enlevées la nuit et remises la journée. »
Entretien 08

3.3.1.2. Amélioration du système de contention :

Huit patients proposent des améliorations quant au système de contention : sangle, système de fermeture, etc.

Certains patients suggèrent que la contention soit plus ample, afin d'avoir davantage d'autonomie.

« Laisser plus de mou. J'avais peut-être dix centimètres de mou. Ils auraient pu me laisser un mètre. » Entretien 08

« Si on ne peut pas être décontentionné, prévoir des contentions assez longues pour qu'il puisse marcher un peu ou se mettre en position debout. » Entretien 25

D'autres patients suggèrent que les sangles soient plus lâches.

« Et un bracelet qui comprime moins. Qui fasse moins le mec qui est attrapé. Parce que ça entraîne des douleurs psychiques. » Entretien 23

Un patient suggère de changer de système de fermeture.

« Peut-être le système mécanique qui prend beaucoup de temps, qui ne marche pas toujours bien. Ce système d'aimant qui ne marche pas très bien. Un système plus technologique qui prendrait moins de temps. » Entretien 27

3.3.1.3. Repères temporels :

Cinq participants évoquent la question des repères temporels dans l'amélioration de la mesure de contention.

Certains patients proposent qu'une pendule soit visible par le patient.

« Donner des repères temporels aux patients. Leur donner une montre ou une horloge. Avoir le rythme normal. Soleil, pluie, ciel gris. Une fenêtre ouverte. Le climat, le temps. Voir s'il pleut. Que le regard puisse voir que la vie existe à l'extérieur. » Entretien 16

D'autres suggèrent qu'une information sur la nature temporaire de la contention soit délivrée au patient.

« Donner un délai : vous allez sortir d'isolement dans pas longtemps. Dans une heure le temps que le docteur arrive. Vous restez là. Le docteur vous fera sortir. Vous allez vous calmer. Donner un délai sûr. » Entretien 04

« Expliquer à la personne avant de l'attacher que c'est temporaire. » Entretien 09

3.3.1.4. Accessibilité à une autonomie :

Certains patients suggèrent que la nourriture, l'eau soient davantage accessibles.

« Lui apporter de l'eau, les soins, les choses de première nécessité. » Entretien 09

D'autres de pouvoir accéder à une activité, tels que fumer, regarder la télévision, écouter de la musique.

« Pour améliorer les contentions, à la rigueur, ils pourraient mettre de la musique ou un téléviseur mural. [...] Ecouter de la musique ou avoir une image, ça permet de se calmer. On se dit qu'on n'est pas tout seul. » Entretien 06

« Fumer une cigarette dans le jardin ou dans la chambre. Voir ce qu'on peut faire pour lui. Un truc serein, propre, gentil. » Entretien 04

Certains participants proposent de mettre une sonnette à disposition des patients afin d'alerter les soignants.

« Et puis, quand on est sanglé, ce qui serait sympa, c'est d'avoir la possibilité d'avoir une sonnette. [...] Quand on veut aller aux toilettes par exemple, ou des choses comme ça. »

Entretien 22

« Il faudrait faire en sorte que le patient ait une sonnette pour appeler. Parce que là, si je ne gueulais pas, personne ne venait. » Entretien 08

3.3.1.5. Environnement de la chambre :

Certains patients suggèrent que la température de la chambre soit adéquate.

« Un peu mieux chauffée. Je ne demande pas qu'il fasse vingt-cinq degrés. Mais au moins vingt degrés. La première nuit, je n'avais qu'une couverture, je me les suis pelé. » Entretien 24

« Me donner une chambre. [...] Qui soit au chaud. Parce qu'il faisait super froid. Je n'avais qu'un drap. » Entretien 20

Une patiente propose la possibilité de mettre une lumière dans la chambre.

« Par exemple, si c'est la nuit, vous mettez une petite lumière, au lieu de vous laisser dans le noir, pour les gens comme moi qui ont une phobie du noir. » Entretien 22

La même patiente propose également de pouvoir être en position semi-assise.

« Au moins monter le corps pour ne pas avoir la tête en bas. C'est extrêmement douloureux d'être comme ça. Ne pas être complètement à plat. Pouvoir soulever son corps, ne serait-ce que pour avoir l'impression d'être un homme. » Entretien 22

3.3.1.6. Rapports soignant/soigné :

Onze patients suggèrent que des voies d'amélioration peuvent être trouvées dans les rapports des soignants envers le patient.

Neuf patients pensent qu'une amélioration dans le dialogue instauré avec le patient est nécessaire.

« Plus de visites pour la personne, pour la mettre en confiance. Qu'elle se deffarouche. Qu'elle se mette en confiance. Parler avec elle, se mettre à sa place. » Entretien 03

« S'ils ne dort pas, qu'ils rentrent me demander quelque chose. Communiquer. Qu'il y ait quelque chose de vivant. Pas d'éteint. » Entretien 26

« Qu'il y ait un dialogue qui s'instaure tout au long de la contention. Quelqu'un, qui a vu la scène, un infirmier ou un aide-soignant, qui a participé à la contention, essaie d'instaurer le dialogue avec le patient. Pendant la mise des contentions et tout au long des contentions. » Entretien 21

Certains patients insistent sur la délivrance d'information que peuvent apporter les soignants durant la contention.

« Expliquer à la personne avant de l'attacher que c'est temporaire, pourquoi on le fait et combien de temps ça va durer. Pourquoi, comment et combien de temps. Ça permet à la personne de se dire : « je vais être attachée tant de temps, c'est pour telle raison. » ça lui permet d'être moins stressée, de moins bouger, de mieux comprendre les choses. [...] ça sera plus dans l'explication de chaque chose que l'on fait avec le patient. » Entretien 09

Un patient propose de pouvoir parler de son expérience de contention a posteriori.

« Ça fait du bien d'en parler à quelqu'un. Parce que je n'en avais jamais parlé. Ça me fait du bien. Ça pourrait être une bonne idée, quand on est attaché, de pouvoir en parler plus tard avec quelqu'un. » Entretien 11

Neuf patients proposent des améliorations dans les visites, les soins physiques que leur apporte l'équipe soignante.

Certains participants suggèrent des visites plus régulières et plus fréquentes des infirmiers.

« On aurait pu venir plus souvent. Je criais, je n'en pouvais plus de rester seul. » Entretien 01

« Qu'on vienne régulièrement me voir, qu'on ne me laisse pas pendant des heures toute seule à broyer du noir. » Entretien 22

« Venir voir plus souvent. Toutes les demi-heures pour voir s'il n'y a pas besoin d'aller aux toilettes, voir si je m'étais calmé et si on pouvait enlever une sur les deux. » Entretien 24

Des participants souhaiteraient que la pose de la contention se réalise dans de meilleures conditions.

« Faire les choses lentement. Parce que pour moi, les choses ont été faites vite, ça m'a serré les poignets et les chevilles. Je ne trouvais pas ça agréable. Il faut faire les choses lentement dans ces cas-là. Ça veut dire qu'il y a une personne qui maintient le patient sur le lit, pendant que les deux autres personnes la contentionnent. Mais il faut que ce soit fait dans de bonnes conditions et il faut que ce soit fait lentement. » Entretien 21

Une patiente suggère d'éviter d'avoir des contacts physiques avec le patient.

« Surtout, ne pas me toucher. [...] Quand on est attaché, on est très sensible au toucher. Et si on nous touche trop, ça nous énerve trop. Ça nous agace. C'est pénible. » Entretien 26

Une autre patiente propose la mise en place de formations pour les soignants.

« Peut-être qu'il y a des infirmiers qui sont peu expérimentés. Parce que ça s'acquiert avec de l'expérience. Si on est un jeune infirmier et qu'on voit une personne qui est dans une très grande agitation et qu'on contentionne, je dis que ça fait partie de la formation des infirmiers. Il faut qu'il y ait une formation spécifique ou des mises en situation. Savoir reconnaître les signes pour éviter de contentionner une personne. » Entretien 21

3.3.1.7. Soins médicamenteux :

Six patients évoquent spontanément une modification du traitement médicamenteux dans l'amélioration de leur vécu de la contention.

Quatre patients sont favorables à l'utilisation du traitement sédatif. Certains d'entre eux restent cependant nuancés dans leurs propos.

« La piqûre, qui est l'extrême de ce que font les médecins, peut être aussi une bonne chose, en même temps que la contention. Mais il faut être lucide. » Entretien 02

« Si on met un traitement quand on est contentionné, c'est pour supporter d'être attaché. »
Entretien 18

« Lui donner des traitements. Soit par injection, soit par la voie orale. Des traitements apaisants. Dans un premier temps, dans le but d'apaiser, pour éviter qu'il soit agité dans tous les sens. » Entretien 21

Deux patients, au contraire, souhaiteraient que le traitement sédatif soit diminué.

« Des traitements adaptés à la pathologie. [...] Pas trop de piqûres. » Entretien 26

« Pas de surdosage de médicament. Parce que c'est trop. [...] Et puis, ce n'est pas bon pour les neurones, tous ces médicaments. » Entretien 13

3.3.2. Suggestions d'alternative à l'utilisation de contention :

26 patients pensent qu'il existe des solutions alternatives à l'utilisation de la contention. Quant aux autres participants, un d'entre eux pense qu'il n'y avait pas d'autre solution à la contention et deux n'expriment pas d'avis sur cette question.

« Il n'y avait pas autre chose sauf attacher. Parce que je n'étais pas normal. Il n'y avait que ça. Il n'y avait que m'attacher et s'occuper de moi. Et essayer de me soigner le cerveau. »
Entretien 14

3.3.2.1. Alternatives matérielles :

Les alternatives matérielles sont évoquées par le plus grand nombre de patients, quatorze participants. Dix d'entre eux proposent la mise en place d'une chambre fermée.

« On m'aurait enfermé, j'aurais dormi. » Entretien 01

« Ça peut être un confinement dans la chambre. Manger dans la chambre. Rester seul. »
Entretien 04

« On aurait pu m'enfermer en chambre. Juste enfermer. » Entretien 07

« Je pense que derrière une porte fermée, ça suffit. Il ne faut pas en plus des contentions. »
Entretien 28

Certains patients suggèrent que les soignants auraient pu leur proposer en alternative une chambre. Il s'agit essentiellement de patients attachés aux urgences.

« Une nuit aux urgences, dans le service fermé, pour parler de tout et de rien. Dans une chambre normale, pas dans une chambre d'isolement. » Entretien 13

« Me donner une chambre. Parce qu'ils ne m'ont pas donné de chambre. » Entretien 20

« Sincèrement, on n'avait pas à me mettre sous contention. On aurait pu me laisser dans la chambre, comme je l'étais. » Entretien 27

3.3.2.2. Alternatives par l'instauration d'un dialogue :

Neuf patients proposent comme alternative l'instauration d'un dialogue avec l'équipe soignante. Pour certains, il s'agit de comprendre la raison de l'agressivité du patient.

« Parler avec un infirmier pour expliquer mon cas, mon attitude : comment ça s'est passé, pourquoi j'ai agressé, pourquoi je lui ai craché dessus, pourquoi j'ai cassé une table, pourquoi j'ai cassé un carreau, pourquoi j'ai cassé la télévision, admettons. » Entretien 04

« On aurait pu me proposer de parler déjà. De me demander pourquoi j'ai eu cet accès de rage, de colère. » Entretien 28

Pour d'autres, il s'agit de mettre en confiance le patient.

« Parler au malade. Voir ses réactions et ne pas mettre les contentions lorsqu'il ne faudrait pas les mettre. [...] Mettre en confiance la personne avec le soignant. Que la personne soignée s'implique plus dans la discussion et puisse rentrer en confiance. Que les médecins arrivent à mettre les malades en confiance et qu'il y ait un échange depuis le début. Depuis le tout début. Dès que la personne entre à l'hôpital. » Entretien 03

Certains participants insistent sur la compréhension du soignant envers le patient.

« Voilà par quoi il faut remplacer la contention. L'amitié et la compréhension. La bienveillance. » Entretien 17

Des patients suggèrent de pouvoir être assisté d'un proche dans ces situations.

« Parler avec la personne. Demander qui veut l'assister. » Entretien 23

« Essayer de discuter avec moi et ma famille. Parce qu'on a discuté avec moi, mais sans ma famille. Sans le consentement de ma famille à chaque fois. Ils discutaient, eux, avec ma famille mais moi, je n'ai jamais pu discuter avec ma famille et les docteurs. [...] Puisque ma famille aurait pu me calmer : « calme-toi, ça ne sert à rien. Ils vont t'attacher. Arrête de faire des conneries. » » Entretien 24

3.3.2.3. Alternatives médicamenteuses :

Neuf patients évoquent le traitement sédatif en alternative de l'utilisation de la contention.

« Ils m'ont piqué, comme un chien. Mais pour me calmer aussi. Est-ce que ça n'aurait pas suffi ? Est-ce que le fait de me sédater n'aurait pas suffi à me calmer ? Pourquoi est-ce qu'ils m'ont sédaté et m'ont en plus attaché ? » Entretien 08

« Il y avait une solution meilleure que celle-là, juste qu'ils me donnent un traitement qui me sédate, qui me fait dormir et je n'aurais pas été attaché. » Entretien 18

Certains patients évoquent l'idée de laisser le choix au patient entre traitement et contention.

« Proposer au malade s'il veut les cachets ou l'attachement ou la piqûre. Eventuellement, s'il peut répondre. S'il ne peut pas répondre, on l'attache. Mais, s'il peut répondre à ça, lui laisser une chance. » Entretien 26

« Il faudrait proposer un traitement qui est quand même assez fort. Et proposer ce traitement ou la contention. » Entretien 29

3.3.2.4. Alternatives par accès à des activités occupationnelles, de détente :

Certains patients évoquent de proposer au patient de réaliser une activité, en alternative de la contention.

« De la musique. Et des livres à lire. » Entretien 17

« L'homme peut trouver une solution pour contenir une personne au lieu de l'attacher comme ça. [...] Regarder une vidéo. Faire une partie d'échec. [...] Un bain. Pour me détendre. » Entretien 23

« Un bain. Un bain qui détend. » Entretien 26

3.3.3. Ressentis de la contention a posteriori de l'expérience :

Six patients pensent que la contention a eu des conséquences négatives a posteriori, comme des émotions négatives persistantes.

« Tout à l'heure, j'ai vu les infirmiers sortir les contentions pour les laver et les ranger. Ça m'a fait trembler. J'en tremble encore de les revoir. Je me sens traumatisé. » Entretien 08

« Quand on nous attache, ça laisse des séquelles à vie. On n'oublie jamais ce moment-là. [...] ça m'arrive des fois d'y penser. » Entretien 18

« Chaque fois que j'y repense, je suis en colère. Je suis en colère contre tout le monde. » Entretien 11

« J'espère que des gens l'entendront, le fait d'être attaché de cette manière, c'est un profond traumatisme que je ressens. Que je ressens, dix ans après, encore au fond de moi. » Entretien 05

De nombreux patients terminent spontanément leur entretien par ce qu'ils attendent, espèrent d'une meilleure utilisation de la contention.

« J'aimerais que les choses changent, qu'ils comprennent mon malheur et qu'ils diminuent la contention. » Entretien 03

« Au début, je ne voulais pas parler de cette expérience de contention, que c'est un fardeau. Chacun sa merde. Mais il faut arranger les choses. Il faut améliorer les choses. Si on peut aider un prochain patient contenu, je peux faire quelque chose grâce à ça. » Entretien 08

« J'aime beaucoup participer à cette enquête parce que j'y ai pensé pendant que j'étais en contention. Je pensais aux autres qui pouvaient ressentir la même chose et qui avaient moins de chance que moi. C'est-à-dire ceux qui restent plus longtemps en contention et ceux qui n'ont pas la force mentale pour résister, ceux qui ont des accès de rage sur les civières ou les lits. » Entretien 28

« J'espère que personne ne se fera contensionner à vie. » Entretien 23

« Je ne conseille à personne de subir ce que j'ai subi. » Entretien 19

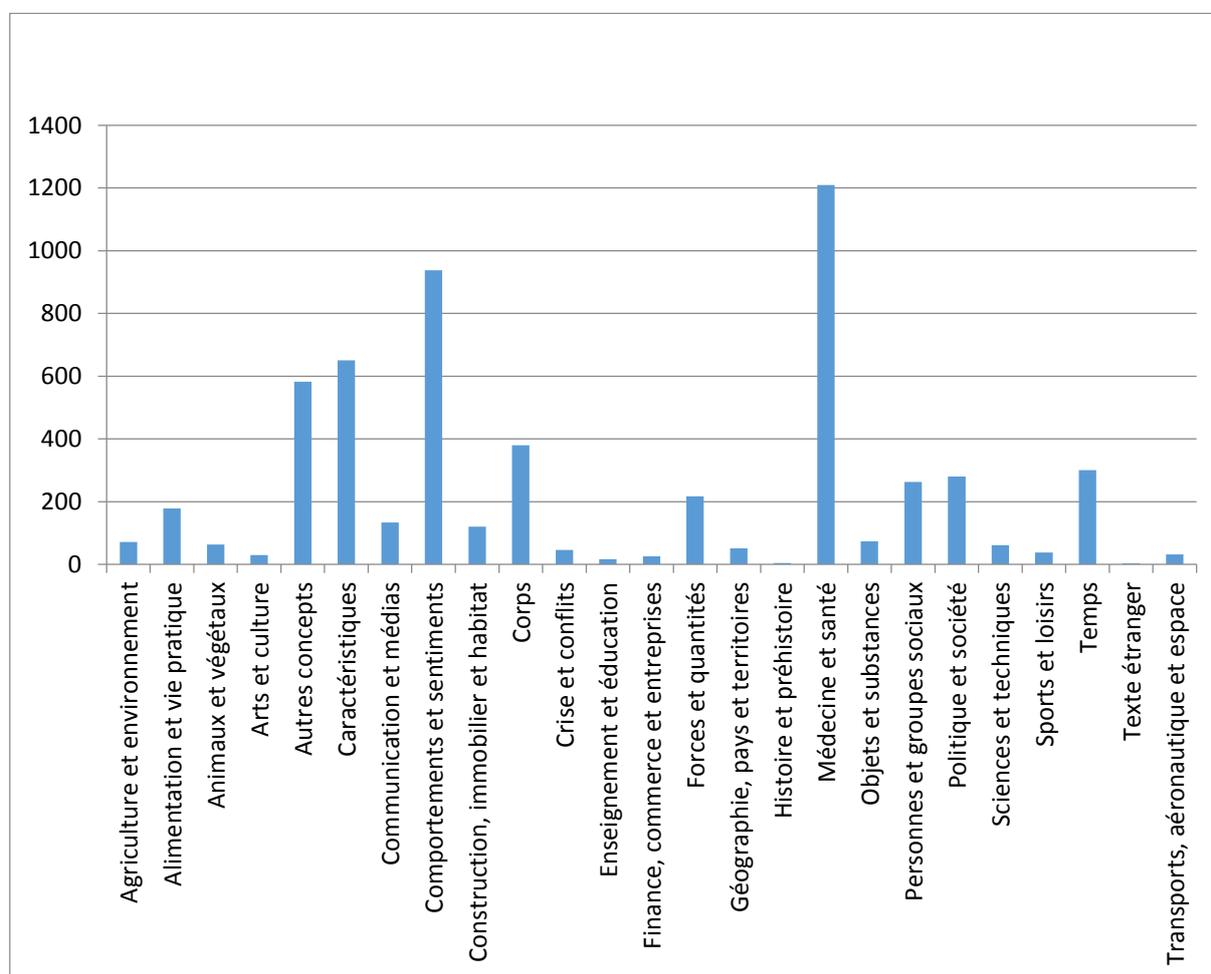
« J'espère que ce rendez-vous portera ses fruits. » Entretien 07

3.4. Résultat de l'analyse sémantique informatisée :

Le logiciel TROPES a été utilisé pour réaliser une analyse sémantique du corpus d'entretiens, essentiellement pour calculer l'occurrence parmi les différentes classes d'équivalents en rapport avec les résultats de l'analyse thématique. Les classes d'équivalents regroupent les références (noms communs ou noms propres) qui apparaissent fréquemment dans le texte et qui possèdent une signification voisine.

En **figure 4** sont représentées les grandes classes d'équivalents présentes dans le corpus.

Figure 4 : Fréquence des classes d'équivalents du corpus



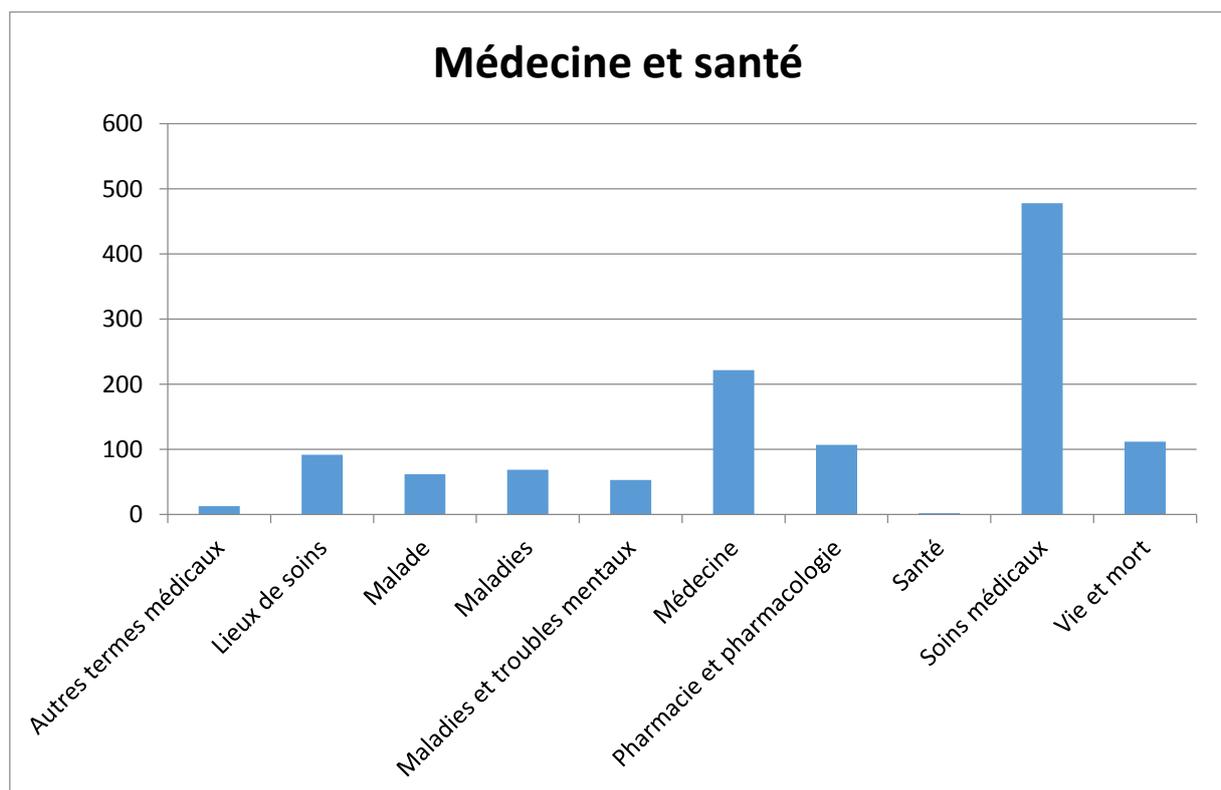
Les classes d'équivalents les plus représentés sont ainsi les catégories *Médecine et santé* et *Comportements et sentiments*. Cette dernière classe sera la plus développée car la plus en rapport avec l'objectif de notre étude qui est de décrire le vécu, et tout particulièrement les ressentis, des patients quant à la contention physique.

La classe *Médecine et santé* sera évoquée tout d'abord afin de donner un aperçu du poids des différents composants de cette classe dans le discours des patients.

3.4.1. Médecine et santé :

L'analyse a retrouvé 1210 mots en rapport avec la classe *médecine et santé*. Ces résultats sont résumés dans la **figure 5**.

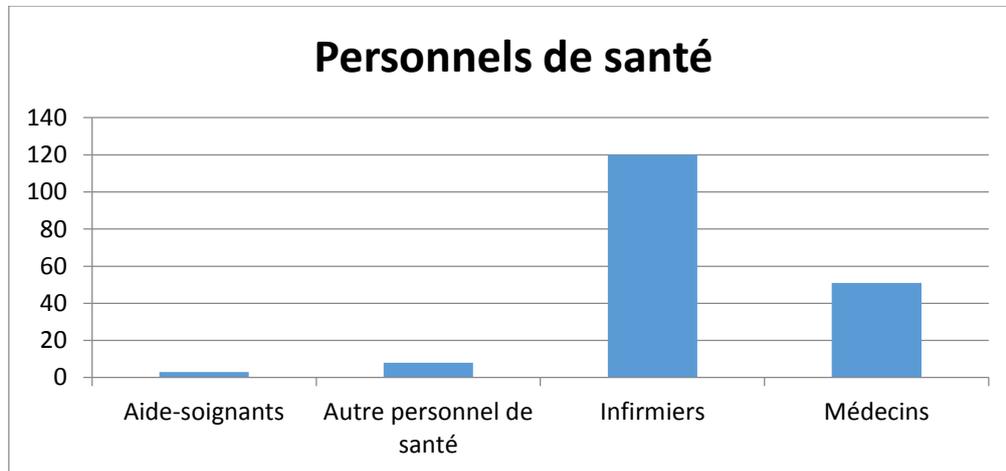
Figure 5 : Fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *médecine et santé*



La classe la plus représentée dans cette catégorie est bien évidemment la classe *Soins médicaux* incluant les mots et leurs dérivés *contention* et *attachement* représentant 420 occurrences dans le texte.

La classe *médecine* est représentée par 222 occurrences dans le corpus, essentiellement par le *personnel de santé* pour 182 occurrences. Les infirmiers représentent la classe de personnel de santé la plus citée par les patients. Ces résultats sont résumés sur la **figure 6**.

Figure 6 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *personnels de santé*

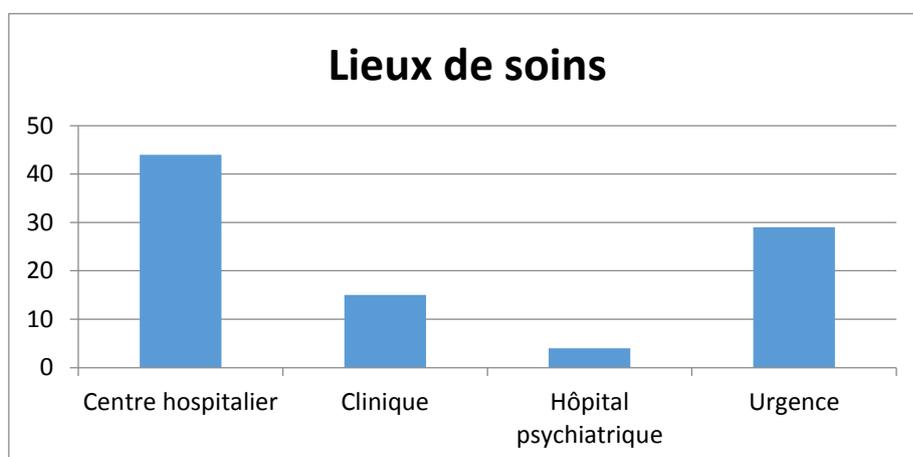


La classe *vie et mort* représente 112 occurrences : 74 pour la classe *vie* et ses dérivés *vivre*, *vécu* ; 38 pour la classe *mort* par les termes *mort*, *mourir*, *suicide* et *tuer*.

La classe *pharmacie et pharmacologie* représente 107 occurrences et correspond essentiellement à l'évocation par les patients des traitements médicamenteux.

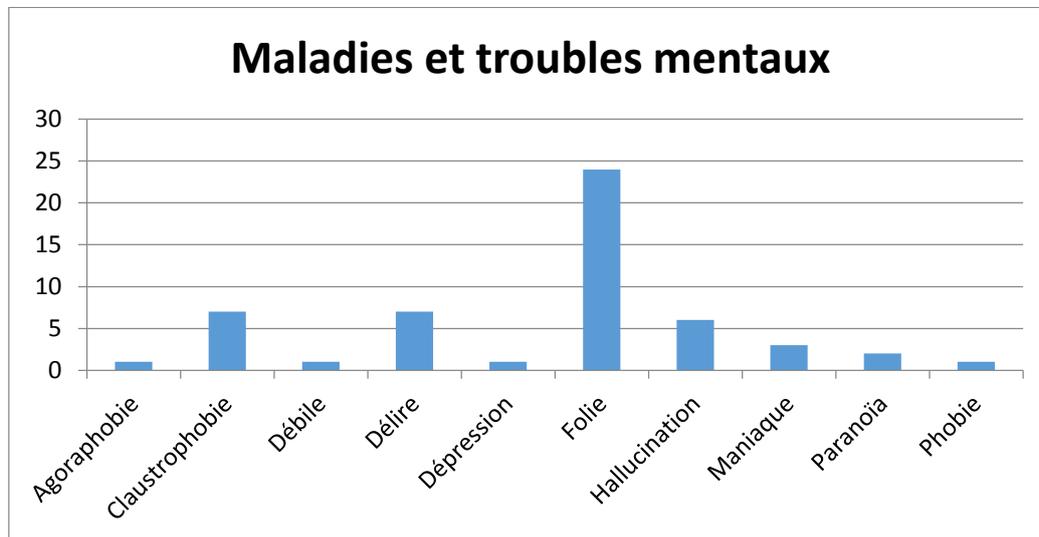
La classe *lieux de soins* représente 94 occurrences : 48 en référence à l'*hôpital*, 29 aux *urgences* et 15 au terme *clinique*. Elle est résumée dans la **figure 7**

Figure 7 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *lieux de soins*



Les maladies et troubles mentaux représentent 53 occurrences, résumées dans la **figure 8**. Le terme le plus employé par les patients est *folie* et son dérivé *fou* parmi 24 occurrences.

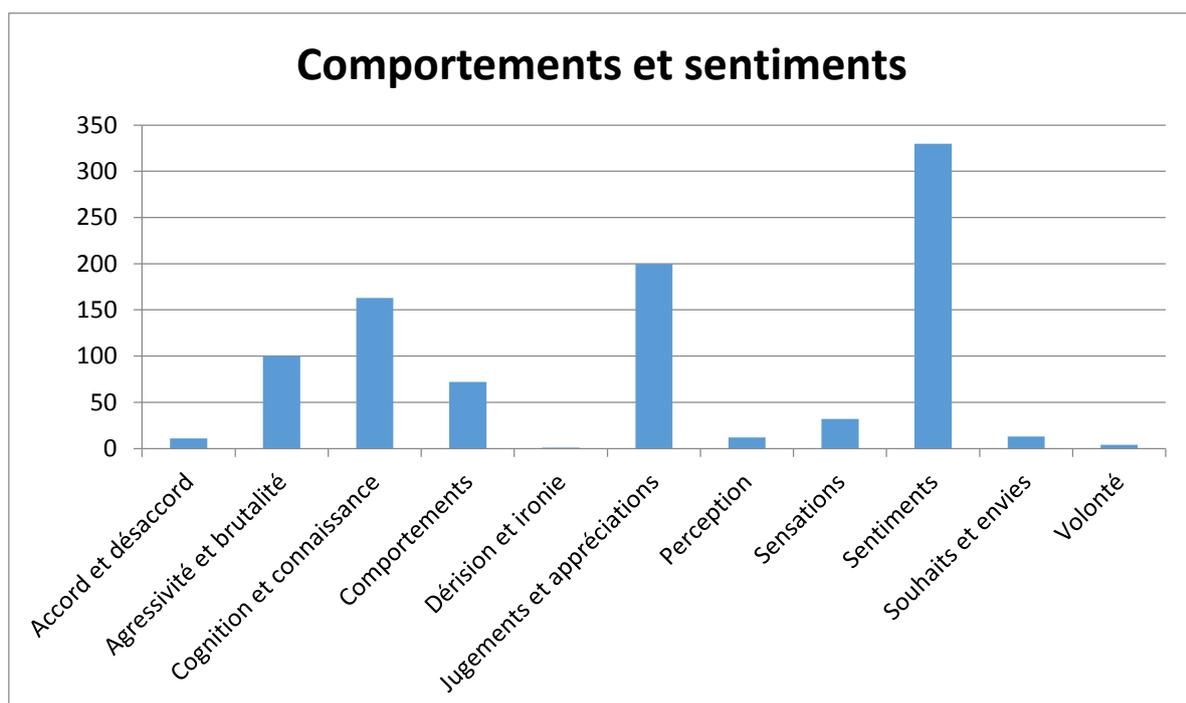
Figure 8 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *maladies et troubles mentaux*



3.4.2. Comportements et sentiments :

Il s'agit de la seconde classe la plus citée dans le corpus, elle comporte 938 occurrences. Elle est représentée dans la **figure 9**.

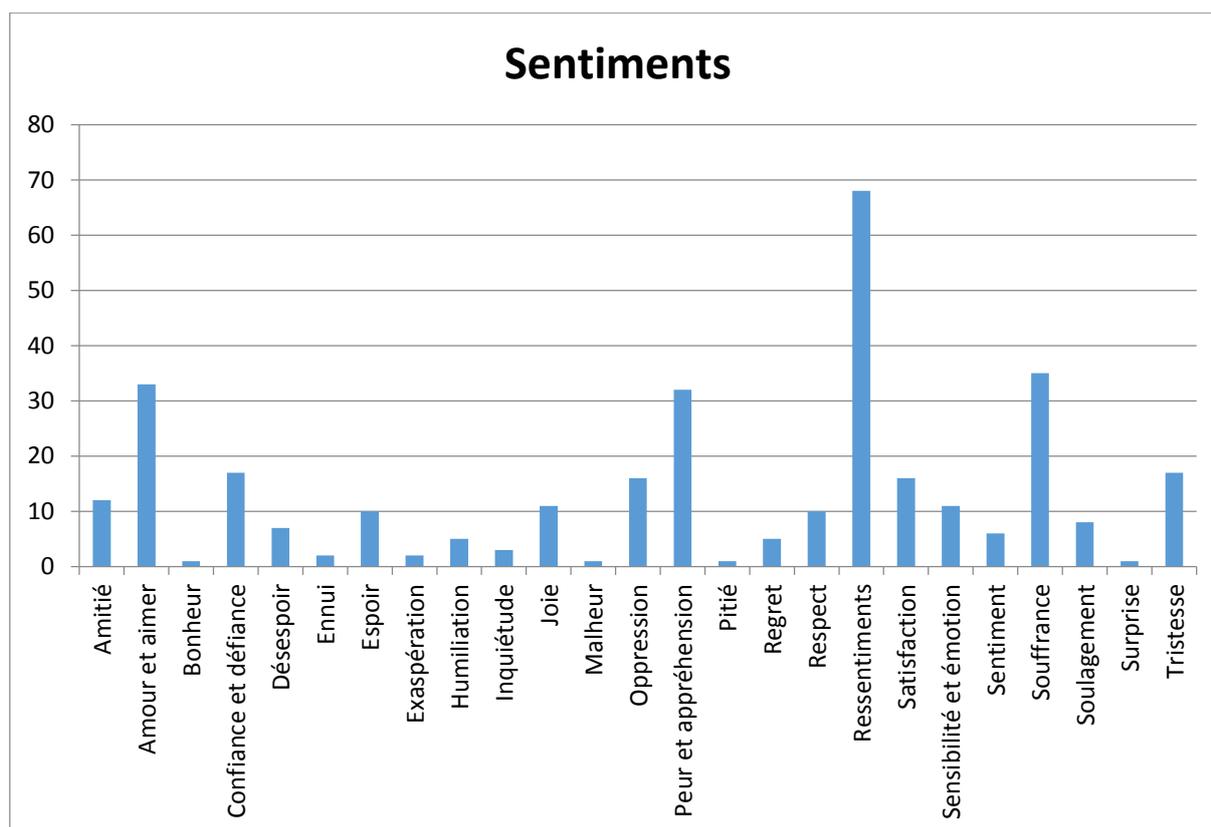
Figure 9 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *comportements et sentiments*



Les classes les plus représentées sont les classes *sentiments, jugements et appréciations, cognition et connaissance, agressivité et brutalité et comportements*.

La classe *sentiments* comporte 330 occurrences et est représentée par la **figure 10**.

Figure 10 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *sentiments*



La classe *sentiments* peut être présentée selon si les sentiments sont positifs ou négatifs.

Les sentiments positifs représentent 97 occurrences et concernent les classes suivantes :

- *Amour/aimer* (33 occurrences) : il s'agit essentiellement du terme *aimer*, mentionné dans ce que le patient voudrait changer dans la contention physique ou mentionné à la négation pour exprimer son ressenti de la contention.

« *J'aimerais que ça change, qu'ils comprennent mon malheur, qu'ils diminuent la contention.* »

« *Je n'avais pas aimé du tout parce que c'était la première fois* »

« *Je n'aime pas être contentonné.* »

- *Confiance* (17 occurrences) : le terme est cité essentiellement dans deux cas : pour exprimer le lien soignant/soigné et pour suggérer des améliorations au sujet de ce lien relationnel.

« *J'ai regagné leur confiance en quelque sorte.* »

« *J'ai confiance en la médecine.* »

« *Mettre en confiance la personne avec le soignant.* »

« *Que les médecins arrivent à mettre les malades en confiance.* »

- *Satisfaction* (16 occurrences) qui englobent les termes *jouissance*, *plaisir*, *bien-être*, *contentement*. Il s'agit essentiellement d'un terme utilisé pour les patients pour exprimer le sentiment des soignants.

« *Ils éprouvaient une certaine jouissance à le faire.* »

« *Je les voyais avec un sourire de contentement.* »

« *et ils sont tout contents.* »

- *Amitié* (12 occurrences) : ce terme peut concerner d'autres patients ou parfois les soignants.

« *Votre seul ami qui peut vous donner à boire, c'est l'infirmier.* »

« *J'ai beaucoup d'amis qui ont souffert des contentions* »

- *Joie* (11 occurrences) : englobe les termes *rire* et *sourire*. Les termes ne proviennent pas de thématique commune dans le texte.

- *Espoir* (10 occurrences) : il s'agit du verbe *espérer* pour exprimer essentiellement un désir de changement.

« *J'espère que ce rendez-vous portera ses fruits.* »

« *J'espère qu'on ne m'attachera plus jamais.* »

- *Soulagement* (8 occurrences) : le terme est notamment mis en lien avec l'ablation des contentions.

« *J'ai ressenti du bien-être, de l'air frais, du soulagement* »

« *ça me soulageait de penser que le lendemain, j'allais être libre.* »

Les sentiments négatifs concernent 189 occurrences. Il s'agit essentiellement des ressentis des patients par rapport à la contention physique en elle-même, en dehors de la classe *ressentiments* qui concerne plutôt les relations avec l'équipe soignante :

- *Ressentiments* (68 occurrences) : englobent les termes *colère, détester, haine*. Ce sentiment est essentiellement en lien avec l'équipe soignante.

« *J'étais en colère parce qu'on ne me laissait pas faire ma vie.* »

« *J'avais la haine. Je leur ai craché dessus.* »

« *Il y avait de la haine par rapport au corps médical.* »

- *Souffrance* (35 occurrences) : englobe également le terme *douleur*.

« *J'avais le regard fixe dans ma douleur.* »

« *Ils ne se rendent pas compte de la souffrance.* »

« *Les contentions ont été une telle souffrance.* »

- *Peur et appréhension* (32 occurrences).

« *Je crains à nouveau les contentions.* »

« *J'ai toujours peur de ça.* »

« *Mais j'ai toujours peur de cet endroit.* »

- *Tristesse* (17 occurrences).

« *Beaucoup de tristesse. On se sent impuissant.* »

« *Il y avait de la tristesse, de l'angoisse, du stress.* »

- *Oppression* (16 occurrences).

« *ça a engendré en moi un sentiment d'oppression subit.* »

« *ça m'opprime parce que j'aime bien avoir ma liberté de mouvement.* »

- *Désespoir* (7 occurrences) : englobe également les termes *malheur, détresse*.

« *De la détresse parce qu'on est attaché, on ne peut rien faire.* »

Les sentiments *humiliation* (5 occurrences), *regrets* (5 occurrences) et *inquiétude* (3 occurrences) sont présents a minima dans le corpus.

La classe *jugements et appréciations* comporte 200 occurrences, en majorité des *jugements de valeur* (170 occurrences). Les jugements de valeur négatifs concernent 89 occurrences et comportent les classes *mal, bête, désagréable, faible, horrible, injuste, pire, terrible, dégueulasse, diabolique, embêtant, glauque, incroyable, insupportable, inquiétant, malsain, mauvais, sale* et *vulgaire*. Ils sont représentés dans la **figure 11**.

Figure 11 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *jugements de valeur négatifs*

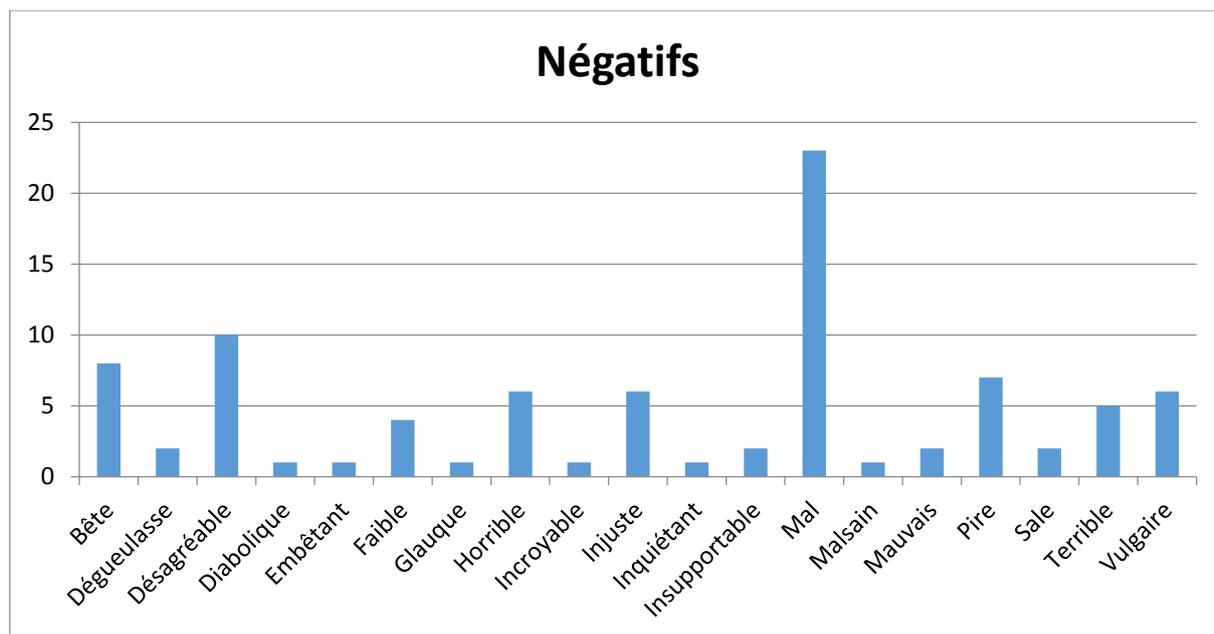
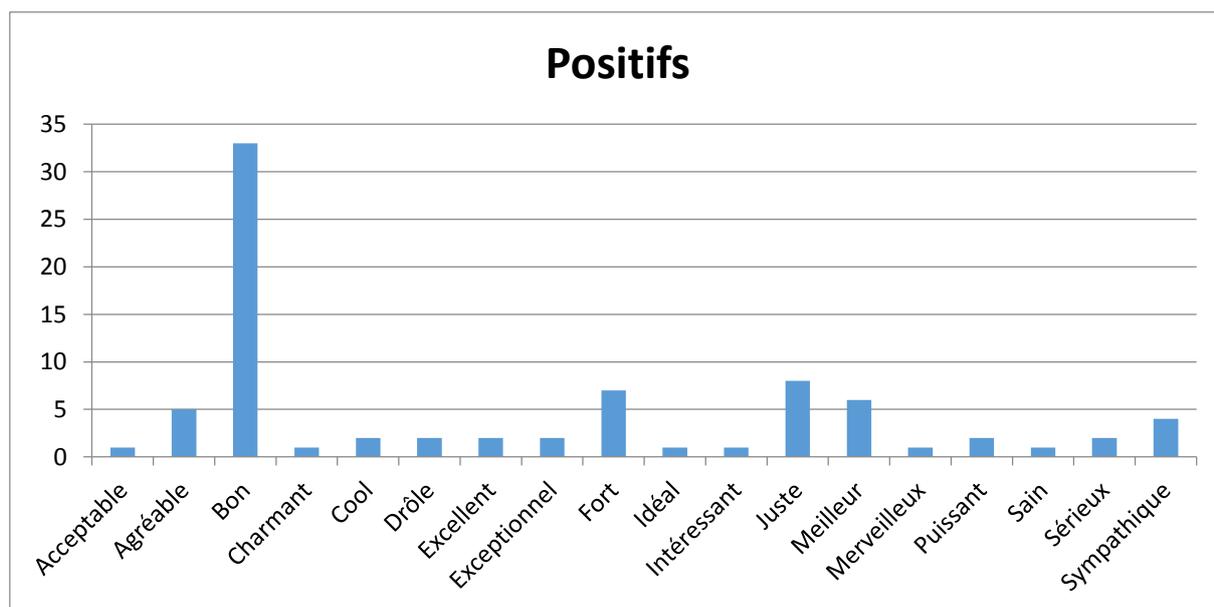


Figure 12 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *jugements de valeur positifs*



Les jugements de valeur positifs concernent 81 occurrences et comportent les classes *Acceptable, agréable, bon, charmant, cool, drôle, excellent, exceptionnel, fort, idéal, intéressant, juste, meilleur merveilleux, puissant, sain, sérieux, sympathique*. Ils sont représentés dans la **figure 12**.

La classe *cognition et connaissance* est composé majoritairement de la classe *intelligence* (72 occurrences). Il s'agit essentiellement du verbe *comprendre* (48 occurrences) et des termes *lucidité, bon sens*.

« Je n'y comprenais rien. J'ai mordu un des types qui était venu. »

« Je ne comprenais pas pourquoi on attachait un malade. »

La classe *agressivité et brutalité* représente 100 occurrences, majoritairement de la classe *agressivité et violence* (**figure 13**), elle-même essentiellement constituée des termes *agressivité, agression, violence, brutalité* (**figure 14**)

« C'était comme une agression avec les gendarmes, les policiers, le personnel hospitalier. »

« Je n'étais pas agressive du tout et je ne voulais pas être agressive avec eux. »

« Dans certains cas, ils sont d'une grande violence. »

Figure 13 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *agressivité et brutalité*

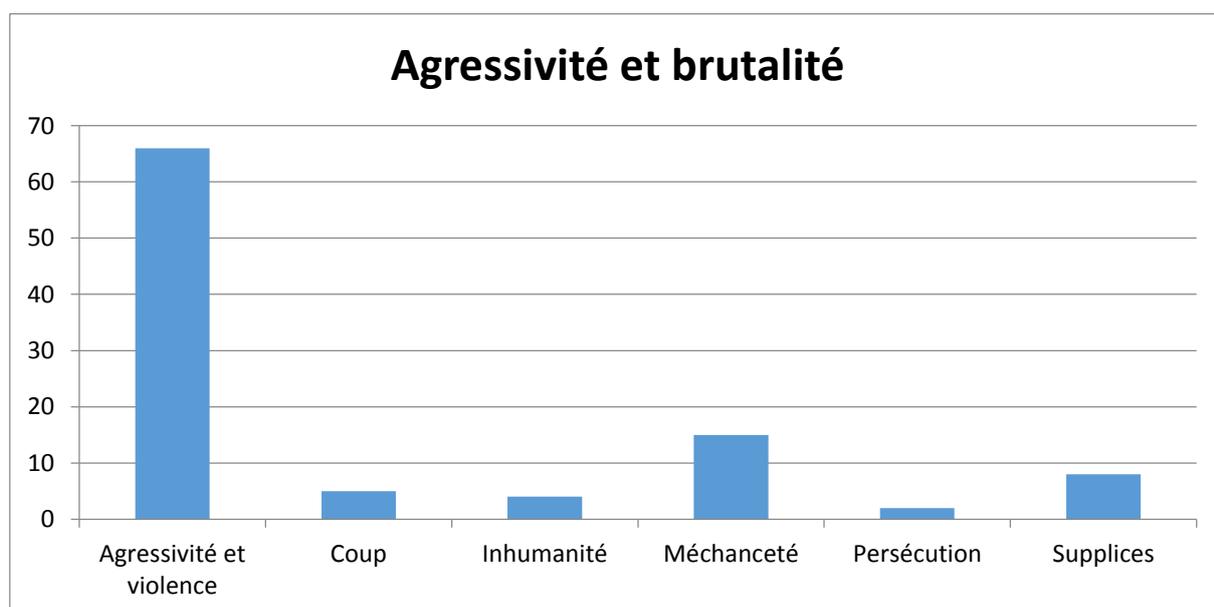
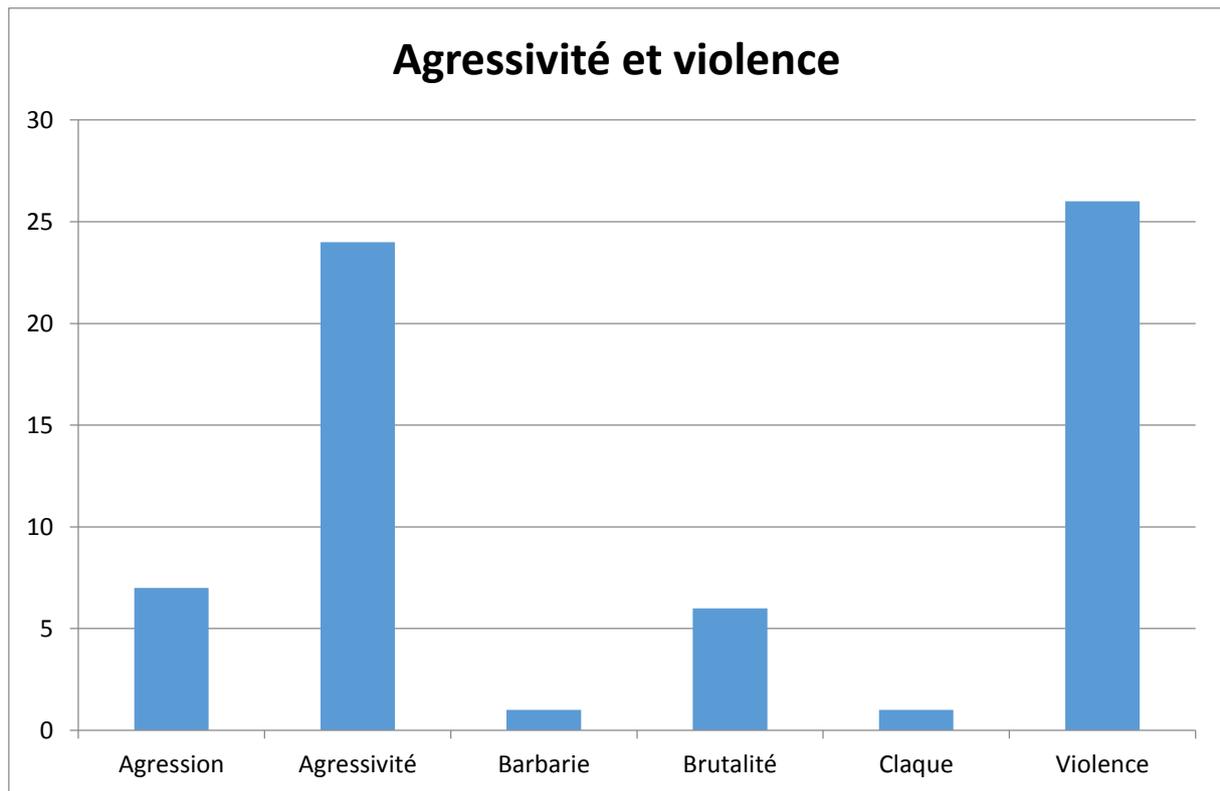


Figure 14 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *agressivité et violence*



La classe *comportements* (72 occurrences), représentée dans la **figure 15**, comporte majoritairement les classes :

- *générosité et gentillesse* (15 occurrences) : il s'agit essentiellement des termes *gentils*, *bienveillance* usés par le patient pour décrire le comportement des soignants.

« Ils ont été très gentils, très humains. »

« J'ai senti que tout de suite son regard était bienveillant. »

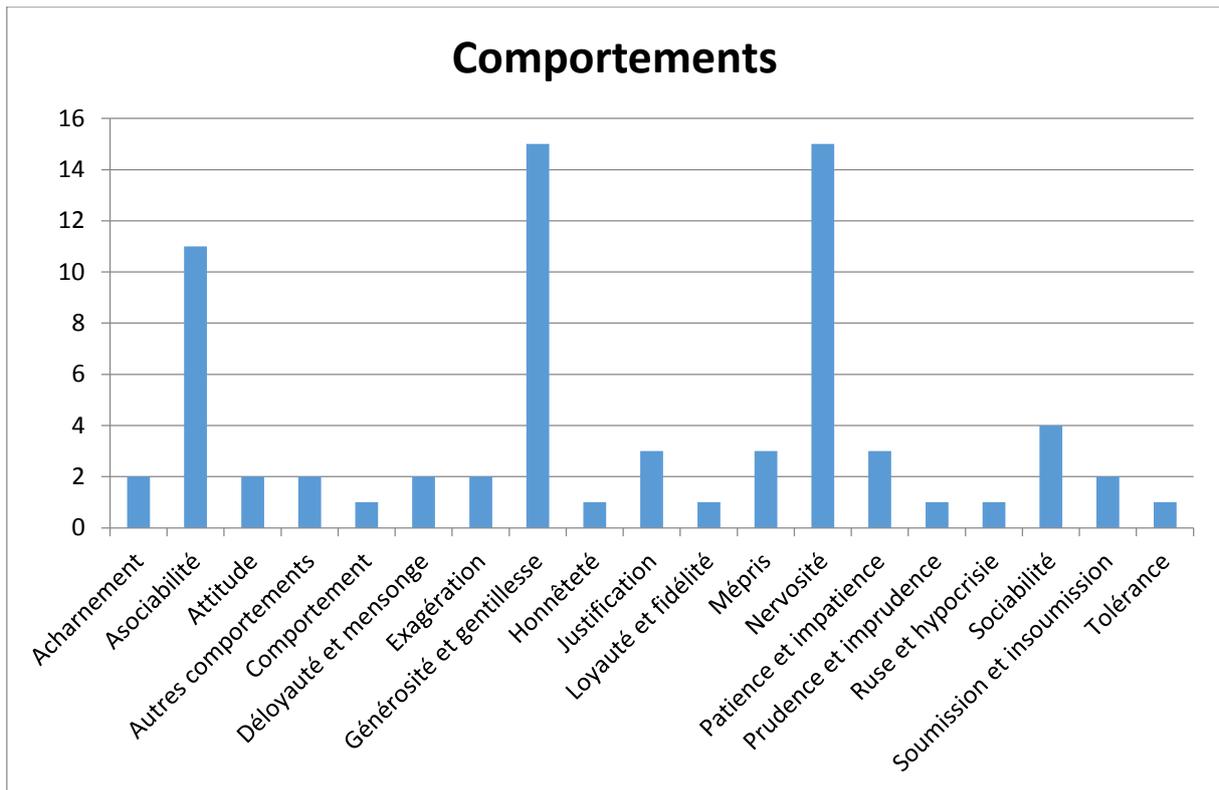
- *nervosité* (15 occurrences) : il s'agit du terme *énervement* et de ses dérivés utilisés par le patient pour décrire son état.

« Là, ça m'a énervé, vraiment, parce que je pensais que j'allais sortir »

« ça nous énerve trop. Ça nous agace. C'est pénible. »

- *asociabilité* (11 occurrences) : il s'agit d'une classe d'équivalents hétérogène composée notamment des termes *indifférent*, *harcèlement*, *ingrat*. Ceux-ci peuvent décrire des comportements des patients et des soignants.

Figure 15 : fréquence des classes d'équivalents de la catégorie *comportements*



Quatrième partie : Discussion

1. Population de l'étude :

Notre étude comporte 29 patients. Il s'agit d'une population importante au regard de la méthodologie qualitative utilisée. A titre de comparaison, les douze études qualitatives qui ont également traité du point de vue des patients sous contention physique comportaient en moyenne 12,7 patients. Une seule de ces études – une étude chinoise – possède une population supérieure à celle de notre étude et comporte 30 participants (138) (118).

La répartition des participants selon les différents services de recrutement est homogène compte tenu du fait que ces services comportent tous globalement le même nombre de lits d'hospitalisations.

Les caractéristiques sociodémographiques, et notamment l'âge et le sexe des participants, sont comparables à la littérature. Aussi, notre étude retrouve une majorité de patients avec un diagnostic de schizophrénie et autres troubles délirants, à l'instar des autres études ayant étudié les caractéristiques cliniques de patients sous contention physique. (42) (46) (41)

Notre étude retrouve une durée moyenne de contention élevée (69,5 heures) en comparaison avec les données de la littérature. La source de cette variable est le patient lui-même, il s'agit donc d'une donnée subjective non vérifiable qui peut représenter un biais. Il n'existe pas d'études explorant cette donnée en France. En outre, la moyenne (69,5 heures) est très différente de la médiane (12 heures). Cela peut s'expliquer par une durée d'un participant extrêmement longue (30 jours) par rapport aux autres données. Malgré ces biais, cette durée moyenne importante peut nous interroger sur la pratique de la contention en France. Des études dans notre pays pourraient être conduites sur cette question afin de préciser ces chiffres et de les comparer à ceux des autres pays européens.

Egalement, la durée moyenne entre notre étude et l'expérience de contention physique rapportée par les patients est importante (720 jours) et très différente de la médiane (3 mois). Cela est expliqué par un des participants évoquant son expérience de contention qui s'est déroulée vingt ans en arrière.

2. Discussion des résultats de l'échelle PCLS :

Notre étude retrouve un taux important de patients présentant des symptômes de stress post-traumatique en rapport avec leur expérience de contention physique. En effet, sept patients, soit 24,1 % de la population de l'étude, comportent un score à la PCLS supérieur à 44.

Même si notre méthode ne permet pas de confirmer le diagnostic de trouble de stress post-traumatique dans notre échantillon, le taux retrouvé est similaire à la prévalence de trouble de stress post-traumatique observée en population générale chez des sujets exposés à un événement traumatique caractérisé (139).

Par ailleurs, nous avons montré que l'analyse du vécu subjectif des patients lors de la contention identifie des sentiments de peur intense, d'impuissance ou d'horreur, caractéristiques du critère A2 d'un événement traumatique selon le DSM IV (140).

L'ensemble de ces données laisse supposer que la contention physique est un événement traumatique à part entière.

Une étude réalisée par Steinert en 2013 a également recherché des symptômes de stress post-traumatique chez des patients sous contention. Les résultats étaient toutefois plus bas que dans notre étude puisque l'*Impact Event Scale Revised* utilisée indiquait un probable état de stress post-traumatique pour un participant parmi 29 (141). D'autres études de cet ordre pourraient préciser nos résultats et permettre de poursuivre la réflexion sur les conséquences de la contention physique à long terme.

3. Réflexion sur l'omniprésence de la thématique d'agressivité et de violence :

Les notions d'agressivité, de violence, de dangerosité sont omniprésentes dans le discours des patients tout au long du processus de contention et de part et d'autre du rapport soignant/soigné.

Il faut préciser que cette perception de la violence des soignants est évoquée alors que les patients sont interrogés dans une phase de stabilisation clinique de leur maladie. Bien évidemment, il s'agit d'un discours empreint de subjectivité. Peut-être perçoit-il cette

agressivité de manière projective, interprétative, hallucinatoire. Peut-être cette perception s'appuie-t-elle sur des éléments de réalité. Néanmoins, distinguer la réalité de ces perceptions n'est pas l'objet de cette étude. Il s'agit au contraire de réfléchir sur la manière dont le patient a construit et reconstruit son expérience de contention, aussi subjective soit-elle. Ainsi, on l'a vu au cours des entretiens, même si certains patients critiquent leur délire de persécution, ils ne critiquent pas leur perception d'avoir subi une expérience violente, et cela à distance de la situation et alors qu'ils se trouvent en phase de stabilisation clinique.

La violence est présente avant, pendant et après la contention. Une revue de la littérature récente nous avait appris que l'hétéro-agressivité représentait effectivement le motif le plus fréquent de mise sous contention (42). Il serait alors intéressant d'étudier ce que nous montre la littérature médico-scientifique en ce qui concerne les conduites agressives dans les services de psychiatrie, et notamment si les facteurs communs sont identiques ou différents de ceux en rapport avec l'utilisation de contention. Une étude réalisée en 2010 fait une large revue de littérature des incidents agressifs et violents en psychiatrie. Celle-ci montre que les facteurs les plus fréquemment retrouvés sont les antécédents d'épisodes similaires, le caractère impulsif des patients, la longueur de l'hospitalisation, l'hospitalisation sans consentement, le diagnostic de trouble psychotique et de mésusage d'alcool/autres substances, le jeune âge, le risque suicidaire et la cible préférentielle de soignant de même sexe. (142) Il n'est pas fait mention ni du sexe masculin, ni de l'origine ethnique, alors que ces caractéristiques sont retrouvées dans les travaux étudiant la contention physique.

Cette étude permet de faire un parallèle et de faire émerger des explications quant à certains facteurs communs à l'utilisation de la contention physique, notamment le diagnostic de trouble psychotique, le jeune âge, la longueur des hospitalisations et l'hospitalisation sans consentement qui serait en lien avec un comportement plus fréquemment agressif du patient. De même, l'utilisation de contention plus fréquente en cas de présence de soignant masculin dans l'équipe peut être mise en lien avec la cible plus fréquente de soignant de même sexe lors de passage à l'acte hétéro-agressif. (42)

Ce que cette étude n'explique pas, c'est l'absence de mise en évidence du sexe masculin et de l'origine ethnique dans le comportement agressif et violent en psychiatrie. En effet, cette revue de littérature répertorie 42 études qui ont recherché une corrélation statistique entre genre et conduite aggressive, seules neuf études ont montré un lien significatif, mais de nature

contradictoire, puisque six sont en faveur du sexe masculin et trois en faveur du sexe féminin. Une étude norvégienne confirme cette constatation, l'utilisation de la contention physique est préférentiellement choisie pour les patients de sexe masculin plutôt qu'un traitement pharmacologique sédatif (47). Les résultats de ces différentes études laissent émerger la constatation suivante : les patients de sexe masculin et d'origine ethnique différente sont plus fréquemment traités par contention physique en cas de conduite agressive.

Ainsi deux hypothèses émergent pour expliquer ces multiples dénominateurs communs en lien avec l'utilisation des contentions mécaniques : les facteurs qui sont directement en lien avec le comportement agressif dans un service de psychiatrie et donc en lien avec l'utilisation des contentions physiques par ce qui les a motivées ; et les facteurs en lien non pas avec le motif des contentions, mais avec le choix d'avoir usé de cette mesure plutôt que d'une autre.

De nombreuses théories ont été élaborées pour expliquer les raisons de l'agressivité des patients dans les services psychiatriques. Certains auteurs proposent une théorie en trois modèles constitué d'un modèle interne, un modèle externe et un modèle situationnel/interactionnel :

- Le modèle interne explique la conduite agressive par la pathologie mentale ;
- Le modèle externe inclut tous les facteurs environnementaux qui contribuent à la survenue d'un comportement agressif : espace de soin, modalité d'hospitalisation, lieu d'hospitalisation, nombre de patients admis dans le service, etc. ;
- Le modèle situationnel/interactionnel est lié aux contre-attitudes négatives de l'équipe médicale et soignante envers le patient : une pauvreté de la communication, des attitudes intolérantes, des méthodes de contrôle punitives, etc. (143). Une étude récente a ainsi pu mettre en évidence qu'une politique de tolérance zéro peut encourager une attitude stricte et intolérante par l'équipe soignante, ce qui peut alors induire une escalade de violence dans le service. (144)

Ce modèle suggère ainsi que les situations de violence et d'agressivité résultent d'une combinaison de facteurs environnementaux et interpersonnels, associés à la psychopathologie du patient.

4. De la thématique d'impuissance à la thématique de dépendance :

La thématique d'impuissance est de deux ordres dans notre étude :

- l'impuissance du patient par rapport à lui-même, c'est-à-dire la perte de capacité motrice et d'autonomie générée par la contention physique ;
- l'impuissance par rapport à l'équipe soignante, représentée notamment dans notre étude par la thématique de soumission/domination.

Le sentiment d'impuissance du patient envers l'équipe soignante est présent avant même la pose des contentions. Pour certains patients, il s'agit de ce sentiment qui entraîne la situation d'agressivité. Ceux-ci justifient leur comportement agressif par un enjeu de pouvoir avec l'équipe soignante : refus d'un traitement médicamenteux, refus d'intégrer un service d'hospitalisation, refus de rester hospitalisé, etc. Il s'agit d'une restriction dans le pouvoir de décider, de faire des choix pour soi-même, ce que J. Palazzolo nomme la contention psychologique (1). Lorsqu'un patient est hospitalisé sans son consentement, tous les actes de la vie quotidienne deviennent des contraintes. L'obtention de permission, d'habits ordinaires, de briquet, d'activité occupationnelle sont soumises à l'approbation du médecin par l'intermédiaire de l'équipe infirmière. Il est retiré au patient sa liberté à *décider*, à faire ses propres choix, à exercer son libre arbitre. Lorsque le patient dit *non*, il manifeste son libre arbitre. Cet enjeu de pouvoir renvoie ainsi au modèle situationnel/réactionnel décrit précédemment, où des attitudes strictes de la part de l'équipe soignante contribueraient à entraîner une escalade d'agressivité chez le patient.

J. Palazzolo, dans son étude qualitative du point de vue des patients sur l'utilisation de la contention, retrouve également ce thème du pouvoir, interprété en tant qu'action exercée sur une conduite, dans quasiment tous les récits de patients (119). Il fait ainsi référence à Foucault qui décrit le pouvoir comme « *des actions employées dans le but de guider ou contrôler la conduite de quelqu'un et d'ordonner le résultat. Le pouvoir existe alors dans le cadre d'un réseau de relations.* » (145)

La réponse à l'agressivité du patient devient la source même de cette agressivité, l'enjeu de pouvoir du patient avec l'équipe soignante, la crainte d'être réduit à l'impuissance. Or

l'escalade d'agressivité conduit justement à l'utilisation d'une mesure qui entraîne un état de soumission absolue, la contention physique, l'impossibilité même de faire quoi que ce soit. La contention psychologique devient physique. La perte du pouvoir de *décider* devient la perte du pouvoir de *faire*. Selon Foucault, si une personne se voit supprimer en totalité sa liberté d'action par une autre personne, il n'y a plus de relation de pouvoir. La relation se transforme alors en contrainte. (146)

Les participants à l'étude évoquent tout d'abord leur impuissance comme une perte de capacité par rapport à eux-mêmes : perte de la capacité à bouger, à se gratter, à se moucher, à changer de position, perte de leur autonomie dans les besoins élémentaires. Cela les renvoie à leur propre impuissance par rapport au monde extérieur, comparant très fréquemment leur situation à celle de la prison. Cette image de l'emprisonnement ne correspond pas seulement à une perte de liberté, mais aussi à un isolement. Car sa propre impuissance entraîne inévitablement un rapport de dépendance vis-à-vis de l'autre. Puisque le patient ne peut pas seul assouvir ses propres besoins, le soignant devient le pivot central de sa propre survivance. L'impuissance induit nécessairement une dépendance à l'autre, et celle-ci peut avoir des conséquences dans la relation soignant/soigné. On passe d'un enjeu de pouvoir à un enjeu de dépendance.

Du fait du rapport de dépendance qui s'installe avec le soignant, la capacité du patient à *faire* devient liée aux passages infirmiers. Cette évolution du lien relationnel pourrait expliquer la perception du patient de se sentir abandonné, vulnérable alors que son enjeu dans la relation avec le soignant était auparavant le choix de sa propre conduite dans la contrainte de son hospitalisation. Car si une part de sa capacité à décider était laissée au patient, par exemple en lui laissant le pouvoir d'alerter les soignants avec une sonnette, la dimension de dépendance en serait peut-être moins angoissante. Or, dans la situation de la contention, les passages des soignants ne sont pas liés à la volonté du patient. Cela peut expliquer la fréquence élevée des thèmes d'abandon, de rejet, de délaissement puisque la maîtrise de la relation avec le soignant conditionnerait la réalisation de ses besoins élémentaires, et donc sa propre survivance.

Dans notre étude, le patient montre une certaine ambivalence dans la description de la relation soignant/soigné. Celle-ci est tantôt perçue positivement, tantôt négativement, très souvent au sein d'un même entretien. Cela peut différer en fonction de l'instant du processus

de contention, les relations sont perçues plus fréquemment négatives en début d'entretien et positives au fur et à mesure du processus de contention. Cela peut différer également en fonction de l'interlocuteur, en fonction des équipes soignantes, de la fonction de médecin ou d'infirmier des soignants. Le plus souvent néanmoins, l'ambiguïté de la perception des soignants coexiste sans schéma chronologique ou identificatoire relevé, ce qui peut renvoyer encore une fois au rapport de dépendance qui s'est établi avec le soignant. Ce dernier est à la fois celui qui décide – dans le cas du médecin – ou celui qui se sert de la contention – dans le cas de l'infirmier – et celui qui va permettre au patient d'assouvir l'ensemble de ses besoins vitaux. Il est également celui qui va décider de la fin de ce rapport de dépendance. Ce rapport de dépendance absolue au soignant permet-il cependant de préserver une relation thérapeutique ? Car cette dépendance est temporaire, la contention sera levée tôt ou tard. Néanmoins, cette ambiguïté dans la perception du soignant est-elle levée dans le même temps que la contention ? Ou cette expérience laisse-t-elle des séquelles dans la relation thérapeutique établie ou en voie de s'établir entre le patient et le soignant ?

Les patients, au cours des différents entretiens, soulignent cet état de dépendance au soignant lorsqu'ils suggèrent des améliorations dans l'utilisation de la contention physique. La première amélioration évoquée, par la fréquence et la chronologie de l'entretien, est le souhait d'un passage infirmier plus fréquent et plus régulier. Ils établissent parfois le lien sur la difficulté de rester seul, le sentiment d'être abandonné et cette volonté de voir davantage les infirmiers. Au cours du même entretien, l'infirmier peut être perçu avec des sentiments de haine, de mépris lorsqu'il s'agit de décrire la situation de pose des contentions, puis être perçu comme un élément rassurant. Si l'on considère la contention comme thérapeutique par l'instauration d'une relation de dépendance installée à la place du rapport de force avec le soignant, il serait alors légitime de permettre au patient de dépendre du soignant. En effet, si le patient n'a pas de moyen d'alerter les soignants, s'il a l'impression que ceux-ci ne passent pas régulièrement, il n'a pas la possibilité de se rendre dépendant aux soignants. Ainsi, et les patients le répètent au cours des entretiens, la contention semble vécue de façon moins angoissante si les soignants – médecins et infirmiers – sont présents et disponibles tout au long du processus de contention. Cela rejoint le concept psychanalytique de contenance décrit dans la première partie. Si l'on considère la contention comme un soin, il ne s'agit pas des sangles ou des murs de la chambre d'isolement qui assurent cette fonction contenante, mais bien des soignants

eux-mêmes par leur présence et leur disponibilité auprès du patient. L'aspect thérapeutique alors ne résiderait pas dans l'acte d'attacher le patient sur un lit mais dans la contenance psychique permise par la disponibilité physique et psychique des soignants.

La thématique de non-humanité a été évoquée par onze patients au cours de l'étude. Pour J. Palazzolo, la thématique de déshumanisation est en lien avec celle de l'impuissance, notamment par la perte de la capacité des patients d'assumer seuls leurs propres besoins naturels (119). Nous constatons dans notre étude que lorsque les patients évoquent leur perception de déshumanisation pendant la contention, ils prennent en compte la dimension relationnelle. Les participants ne disent pas : « *j'ai l'impression d'être un chien* », mais : « *j'ai l'impression d'être traité comme un chien* ». Le patient inclut ainsi quasi-systématiquement le soignant dans cette perception. Ce n'est pas lui qui se considère comme un animal, mais c'est la manière dont il imagine être considéré par le soignant. La déshumanisation ne concerne alors pas la perte de ses capacités motrices mais plutôt les conséquences de cette impuissance, c'est-à-dire la dépendance absolue aux soignants, ou la perception d'un rapport de soumission et de domination avec le soignant. Le sentiment de ne plus être considéré comme un être humain ferait alors référence à la soustraction par le soignant, et non la perte, de la capacité à décider pour soi-même. La soustraction concerne le soignant par rapport au patient, alors que la perte ne concernerait que le patient.

5. Réflexion sur les thématiques d'utilisation non éthique de la contention :

Dans notre étude, différents regroupements thématiques évoquent la perception d'une utilisation non éthique de la contention par les soignants. En effet, dix patients évoquent la thématique de non-respect/humiliation, sept patients la thématique de punition/sanction et sept patients la thématique de violence/agressivité de la part des soignants. Ici encore, il ne s'agit pas de démêler la réalité ou non de ces thématiques mais de les prendre en compte comme construction ou reconstruction subjective de l'expérience de la contention par les patients.

La revue de littérature réalisée par T. Strout évaluant les rares études qualitatives concernant le point de vue des patients quant à la contention physique relève également ce thème

commun (118). En effet, six études sur les douze évoquent la perception des patients de pratiques non-éthiques de la part des soignants. Il s'agit essentiellement d'études réalisées dans des services psychiatriques – cette revue de littérature évaluant l'utilisation de la contention dans différents services médicaux. T. Strout relève notamment que des participants ont pu se sentir punis, abusés ou menacés par des soignants durant leur expérience de contention.

La perception de sanction ou de punition est évoquée par les participants de notre étude de deux manières différentes : sanction comme motif d'utilisation de la contention et sanction dans le rapport soignant/soigné au cours de la contention. En effet, certains patients expriment le sentiment que la contention vient sanctionner le fait d'avoir enfreint une règle de l'hôpital, le fait d'avoir réalisé un passage à l'acte hétéro-agressif. Pour ces patients, la contention n'a pas été mise en place comme un soin ou une protection. D'autres patients évoquent lors des entretiens que leur conduite lors du processus de contention est soumise à de possibles sanctions. Ainsi, selon eux, la contention pourrait être plus longue, les visites des infirmiers plus espacées selon s'ils ont un mauvais comportement envers eux. Cela peut renvoyer encore une fois au rapport de vulnérabilité et de dépendance avec le soignant, dans le fait que les assouvissements de ses besoins élémentaires sont dépendants de la volonté des soignants. Or, si les patients perçoivent l'utilisation de la contention par les soignants comme une punition de leur comportement, cela peut les conduire à interpréter leur attitude au cours de la contention comme pouvant être sanctionnée de la même manière par les soignants.

L'étude réalisée par J. Thomas sur les représentations de la contention physique par les soignants retrouve également la notion de sanction comme indication (128). En effet, pour certains participants à cette étude, la portée thérapeutique de la contention varie selon la situation et la pathologie du patient. Par exemple, cette mesure appliquée chez un patient présentant une dépendance à l'alcool ne sera pas considérée comme un soin mais comme une sanction. On remarque ainsi que la contention comme sanction n'est pas seulement interrogée par les patients, mais aussi par les soignants.

Il s'agit pourtant d'une pratique qui est largement évoquée et déconseillée dans les différentes recommandations. Ainsi, le CPT proscrit l'utilisation de la contention comme punition, la Conférence de consensus au sujet de l' « *agitation aux urgences* » l'inscrit comme une contre-indication absolue (81) (99). Aussi, le Contrôleur général des lieux de privation de

liberté s'étonne dans son rapport annuel que la nuance entre soins et sanction soit aussi floue dans le cas d'utilisation de la contention de certains patients (97)

Si l'on raisonne selon les principes de Bioéthique décrits par Beauchamps et Childress, le constat est le même. La contention comme sanction ne peut être considérée comme un objectif éthiquement acceptable par la violation des principes de bienveillance et non-malveillance. (105)

Cette perception de sanction par le patient peut représenter une reconstruction de la situation ayant conduit à la mise en place des contentions. En effet, son état d'agitation et d'angoisse au moment de la pose de la contention lui permet-il de percevoir lucidement le motif de mise sous contention, même si cette information lui est délivrée à ce moment-là ? Certaines études qualitatives montrent que certains patients se plaignent de la pauvreté d'informations qui leur sont transmises lors d'utilisation de mesure de contrainte telles que la contention ou la mesure de chambre d'isolement (147). L'étude du vécu des soignants réalisée par J. Guivarch sur l'usage de la contention montre que les soignants identifiaient un vécu d'incompréhension chez les patients et une difficulté à s'approprier ce qui leur arrivait (127). Les auteurs s'interrogent ainsi sur la qualité de l'information qui est délivrée au patient, notamment lorsqu'ils mettent en évidence que l'information peut se montrer parfois froide et dépersonnalisante envers le patient, tel que : « *c'est le protocole* ». On peut alors s'interroger sur la bienveillance d'une information froide délivrée au patient, décontextualisée de la situation et le laissant libre de se représenter lui-même et de reconstruire, en l'absence d'explication valable, le pourquoi de la contention. Il s'agit là de l'information transmise au patient au moment même de la contention, mais aussi de l'information a posteriori de la situation, lorsque le patient y est davantage accessible. Une des hypothèses à la perception de pratiques non éthiques de la part du patient pourrait ainsi être la pauvreté des informations qui lui sont délivrées dans la situation elle-même et en aval de celle-ci.

6. La contention, un acte thérapeutique ?

Afin de débattre de l'objectif de la contention, il convient de définir les termes de *thérapeutique*, *soins* et *protection*. Selon le Larousse, le terme *thérapeutique* est relatif au *traitement* des maladies, c'est-à-dire l'ensemble des méthodes employées pour lutter contre une maladie et tenter de la guérir. Le terme *soins* renvoie aux actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps. Quant au terme *protection*, il s'agit de l'action de protéger, de défendre quelqu'un contre un danger, un mal, un risque. (100)

Dans notre étude, peu de participants évoquent un vécu positif de la contention physique et plus rares encore sont ceux qui rapportent avoir été calmés par le fait d'être attaché – il s'agit de quatre patients dont trois dans un deuxième temps de la contention. Onze patients évoquent leur perception que la contention ne peut apaiser un patient. En revanche, la quasi-totalité des participants rapportent des sentiments négatifs en lien avec la contention à travers des thématiques variées. Cela rejoint les résultats des autres études similaires effectuées sur le même sujet. De plus, si l'on regarde de plus près les sentiments positifs des patients dans notre étude, ceux-ci évoquent davantage une perception positive de la relation soignant/soigné, et notamment dans le fait d'être rassuré, d'être entouré par les soignants. Cette thématique est évoquée par un plus grand nombre de patients que celle d'une perception d'un apaisement par la contention physique. Cette constatation rejoint le concept de contenance psychique par une présence soutenue de l'équipe soignante auprès du patient. Le patient serait alors davantage apaisé par l'effet contenant des soignants que la maîtrise physique induit par les sangles de contention. Cependant, l'effectif humain des services de psychiatrie – urgences et services d'admission – permet-il une présence intensive de l'équipe soignante auprès du patient sous contention ? Car les thématiques d'abandon et de solitude évoquées de manière angoissante par les patients de l'étude suggèrent que les soignants n'ont pas toujours la capacité de rassurer et d'entourer les patients. Cela est également souligné dans l'étude de J. Thomas concernant les représentations de la contention chez les soignants. Ceux-ci estiment en effet que leurs conditions de travail ne permettent pas une communication optimale avec le patient. Le rôle thérapeutique potentiel d'une présence intensive soignante auprès du patient soulève une interrogation : cette présence soutenue peut-elle se mettre en place autrement que par l'intermédiaire d'une mesure aussi coercitive

que la contention physique ? L'Islande a montré que la contention a pu y être abolie lorsque les soignants sont dans un rapport d'un pour un avec le patient.

En ce qui concerne la contention en elle-même comme acte thérapeutique, les différentes recommandations d'organismes européens tels que le CPT ou l'ONU, les différentes conférences de consensus, telle que celle de la SFMU, sont explicites en ce qui concerne l'objectif de protection et de prévention de dommages dans l'utilisation de la contention physique. En revanche, ces recommandations sont moins précises concernant la contention comme acte thérapeutique, c'est-à-dire comme méthode employée pour lutter contre un état d'agitation et tenter de l'apaiser – si l'on adapte la définition du Larousse et que l'on considère l'état d'agitation comme une maladie. On retrouve bien la notion de « *prévention de rupture thérapeutique* » dans la conférence de consensus de la SFMU sur la gestion de l'agitation aux urgences, sans que ce concept soit toutefois explicité. On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une rupture thérapeutique par fugue du patient de l'établissement de soins ou d'une rupture thérapeutique par refus du traitement médicamenteux ou d'autres soins qui lui sont prodigués. Peut-on néanmoins considérer que la contention physique est thérapeutique parce qu'elle prévient la fugue du patient ou parce qu'elle permet la bonne observance d'un traitement ? Ou cela rejoint-il le concept de protection du patient ?

En ce qui concerne la littérature médico-scientifique, nous avons constaté qu'aucune étude n'a mis en évidence une efficacité de la mesure de contention physique dans la gestion de l'agitation, notamment par rapport à l'utilisation de la chambre d'isolement et d'un traitement médicamenteux sédatif. Ainsi, la revue Cochrane recommande de ne pas utiliser la contention physique pour ces raisons et à cause d'effets indésirables potentiellement sévères, voire mortels.

Outre les effets indésirables physiques délétères, notre étude indique un impact psychologique majoritairement négatif, notamment par la description de thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude, de traumatisme, de déshumanisation, de sanction/punition, de non-respect/humiliation, d'abandon. T. Strout, dans sa revue de littérature des études qualitatives portant sur la contention physique, évoquent les thèmes communs de colère, peur, humiliation, démoralisation, déshumanisation, impuissance, détresse et sentiment que l'intégrité a été violée. Ce vécu largement négatif dans l'expérience des patients pose également la question de l'impact thérapeutique de la contention.

Il ne s'agit pas de dénier ici la nécessité de l'utilisation de la contention dans certaines situations, mais de poser la question de l'objectif que l'on souhaite viser. Car les indications, la durée de son utilisation, ainsi que les critères qui seront recherchés pour prendre la décision de son ablation ne seront pas les mêmes si la contention est considérée comme traitement d'un état d'agitation ou comme protection du patient lui-même et d'autrui. La réflexion éthique en sera totalement différente.

7. Réflexion sur des perspectives d'alternatives à l'utilisation de la contention physique :

Outre la description des ressentis du patient et de sa perception de la relation avec le soignant, l'intérêt et l'originalité de notre étude a été de recueillir l'avis des patients sur des alternatives et améliorations à l'utilisation de la contention. A notre connaissance, il s'agit de la première étude utilisant une méthodologie qualitative qui décrit ces suggestions de patients spécifiquement pour la contention physique.

Les trois grandes alternatives suggérées ont été la mise en place d'une chambre d'isolement, d'un traitement médicamenteux sédatif et l'instauration d'un dialogue avec les soignants. La grande majorité des patients de l'étude, vingt-six participants, estiment que les soignants avaient d'autres moyens à disposition que la contention dans leur situation à chacun

Nous constatons encore une fois que les soignants sont mis au premier plan par les patients dans la recherche de solution alternative. Un grand nombre de participants propose des solutions bien en amont de la situation d'agitation ayant motivé l'utilisation de la mesure de contrainte. Les demandes des patients se posent en terme de mise en confiance, de se sentir écouté, compris par les soignants, et cela dès le début de l'hospitalisation. Nous pouvons faire l'hypothèse que dans la reconstruction subjective qu'en fait le patient, il s'agit d'une mauvaise alliance avec les soignants qui est à l'origine de la situation ayant motivé la contention. Ainsi, le patient a une vision de son état d'agitation qui s'intègre dans le modèle réactionnel/situationnel plutôt que dans le modèle interne, c'est-à-dire sa pathologie mentale comme source de son agressivité. En d'autres termes, le patient se souvient a posteriori du rapport de force et de l'enjeu de pouvoir avec les soignants plutôt que de son état

pathologique. Cela peut expliquer pourquoi les patients insistent lors de l'étude sur la notion de choix comme alternative à la contention : laisser le choix entre chambre d'isolement et contention, entre traitement médicamenteux et contention. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'enjeu pour le patient n'est pas la mise en place d'une mesure moins coercitive mais la possibilité d'exercer son libre arbitre et ainsi désamorcer le rapport de force qui s'est engagé avec le soignant.

Ainsi, nous proposons comme principale voie d'alternative à la contention physique le respect du principe d'autonomie pour le patient. Il s'agit d'encourager le plus précocement possible son autonomie afin qu'il puisse se réapproprier ce qu'il lui arrive, réaliser des choix, même minimes, au cours du séjour souvent non consenti dans la structure de soins. Il s'agit également de lui permettre de respecter sa capacité à réaliser certaines décisions dans les situations de rapport de force avec l'équipe soignante, tout en respectant la protection des autres patients et des soignants présents dans le service. Il ne s'agit pas d'éviter de mettre en place des mesures à visée protectrice lors de ces situations, mais au contraire de poursuivre le dialogue instauré avec le patient et de lui laisser le choix de ces mesures – les moins délétères possible afin de respecter le principe de bienveillance – afin de préserver une alliance thérapeutique avec le patient.

8. Propositions d'améliorations à l'utilisation de la contention physique :

Il s'agit ici de développer des voies d'améliorations en se référant non seulement aux suggestions des patients mais aussi aux différentes recommandations existantes et aux données de la littérature médico-scientifique.

Les améliorations qui pourraient être apportées au patient portent sur les mesures associées à la contention, le lien relationnel tout au long du processus de contention et a posteriori de celle-ci, les conditions matérielles, la surveillance à mettre en place.

8.1. Mesures associées à la contention :

En l'état actuel de l'absence de preuve d'efficacité de la contention dans la gestion de l'agitation, il convient de mettre en place des mesures associées permettant un apaisement de la situation ayant motivé cette mesure. L'objectif est de permettre une résolution de la situation la plus rapide possible afin de permettre une ablation précoce de la contention et d'en prévenir les effets négatifs.

Cela peut consister en :

- La mise en place d'un traitement médicamenteux approprié à l'état du patient ;
- La mise en place d'un environnement protecteur et apaisant ;
- La poursuite d'un lien relationnel avec le patient ;
- Les visites régulières auprès du patient afin de surveiller de manière rapprochée l'apaisement de son état et de permettre une ablation précoce de la contention.

8.2. La continuité du lien relationnel :

Il s'agit d'assurer un passage rapproché des soignants auprès du patient, en considérant que la contention physique est une mesure intensive. Outre la nécessité d'une surveillance accrue de survenue d'effets indésirables, cela a pour but d'assurer la relation de dépendance induit par la contention et d'éviter au maximum une perception de solitude, d'abandon et de punition de la part du patient. Il s'agit également de permettre au patient de se réapproprier les soins en lui délivrant des informations sur le processus de contention, et cela à la fois au cours et a posteriori de la contention lorsque l'état du patient lui permet d'être davantage accessible.

Différents points, basés sur des suggestions des participants de l'étude, peuvent permettre la continuité du dialogue avec le patient :

- La continuité du lien relationnel pendant la pose des contentions assurée par un soignant désigné à l'avance ;
- La poursuite du dialogue lorsque la pose de la contention est achevée afin d'éviter un sentiment d'abandon de la part du patient ;

- Un passage infirmier régulier, de jour comme de nuit, afin de permettre le dialogue lorsque le patient est en état et le demande ;
- La délivrance d'information quant au motif, au déroulement de la contention, au délai des différents passages infirmiers, au délai des passages médicaux pour la réévaluation de la mesure ;
- La possibilité d'un échange a posteriori de la situation entre le patient et les soignants afin de recueillir le ressenti du patient et permettre une mise en sens du patient de la situation à la lumière des explications des soignants.

8.3. Conditions matérielles de la contention :

Différents éléments matériels peuvent permettre au patient un meilleur vécu de la contention :

- Un repère temporel afin de repérer notamment le rythme des passages infirmiers et médicaux ;
- Un moyen d'alerter l'équipe soignante ;
- Une régulation de la température de la pièce ;
- La possibilité de surélever la tête du lit ;
- Un système de fermeture permettant une utilisation rapide et optimale de la contention afin d'assurer une meilleure protection du patient et des soignants ;

8.4. Surveillance du patient pendant le processus de contention :

La constitution d'un registre, comme le recommande différents organismes internationaux et conférences de consensus, peut permettre la mise en place d'une surveillance optimale. En accord avec les multiples recommandations, celui-ci peut comporter :

- Les raisons de la mise sous contention ;
- Le nom et la signature du médecin prescripteur ;
- Le nom et la qualification du personnel ayant surveillé la mesure ;
- Les dates et heures de début et de fin ;

- Les paramètres de surveillance clinique en fonction du rythme des passages soignants.

En se référant aux différents effets indésirables décrits dans la revue de la littérature, nous proposons différents paramètres cliniques à surveiller :

- Tension artérielle ;
- Fréquence cardiaque ;
- Fréquence respiratoire ;
- Température ;
- Saturation en oxygène ;
- Etat de vigilance ;
- Etat cutané ;
- Examen clinique avec notamment un examen systématique des mollets à la recherche de complications thromboemboliques.

Différents examens paracliniques pourront être également être proposés en fonction de signes d'appel clinique : électrocardiogramme, bilan biologique, écho-doppler veineux des membres inférieurs, etc.

9. Limites et biais possibles de l'étude :

Une démarche qualitative pose des problèmes de codification, de systématisation des données et de validation des résultats car elle prend en compte la personne et son discours de manière holistique. Elle appréhende la diversification subjective en recourant à des outils construits le plus souvent par le chercheur lui-même, ce qui peut apparaître approximatif. C'est pourquoi la rigueur méthodologique vise à pallier les limites inhérentes à cette démarche. Nous avons ainsi suivi plusieurs impératifs décrits par P. Paillé et A. Mucchielli à respecter dans une recherche qualitative afin de limiter ces biais :

- L'impératif de la restitution écrite des données à analyser.
- L'impératif d'enracinement : il s'agit de pouvoir examiner à tout moment l'expérience communiquée ou l'évènement observé, dans un souci de regard authentique de la logique propre des acteurs et des évènements, en vue d'arriver à une imprégnation significative des données.

- L'impératif d'exhaustivité : le chercheur doit tenir compte de toutes les informations entendues ou observées.
- L'impératif de complétude : le travail d'analyse qualitative ne vise pas uniquement à arriver à une conclusion ou à un jugement par rapport à une situation, mais aussi à rapporter le plus complètement possible le jeu complexe de la pensée, des actions et des interactions.
- L'impératif de justesse : il doit exister une possibilité pour le chercheur de revenir en arrière, de réexaminer les témoignages livrés, l'idée étant d'en arriver à une analyse la plus juste possible.
- L'impératif de communicabilité : l'objectif ultime de la recherche qualitative est de transmettre des informations dans le but de contribuer au renouvellement du regard qu'une collectivité porte sur elle-même.
- L'impératif de conservation : l'ampleur et la complexité de données qualitatives dont doit tenir compte l'analyste rendent obligatoire l'adoption d'un système de classification et d'annotation.

Le choix de la forme de l'entretien semi-directif a pu également entraîner certains biais. Le sujet interrogé a pu donner des réponses en fonction de ce qui est socialement préférable, par souci de présenter une image positive de lui-même. En situation d'entretien, la personne a pu également produire un discours conforme à ce qu'il croit être les attentes du chercheur. Pour pallier au mieux ces biais, nous nous sommes efforcés d'adopter un positionnement neutre.

Un autre inconvénient tient à la source d'erreur possible liée à la signification différente qu'interviewer et interviewé peuvent attribuer aux mots. Pour pallier ce biais, l'évaluateur s'est assuré d'avoir bien compris le sens de la parole recueillie, en soumettant à la personne des hypothèses et des propositions sur son discours.

Concernant la constitution de la population de l'étude, dix patients n'ont pas rempli les critères d'inclusion en raison d'un refus de leur part à participer à l'étude. Cela peut représenter un biais de sélection car il s'agit d'environ un quart de la population qui aurait pu être incluse. Les raisons expliquant ce refus ne sont pas connues.

Le lieu de recueil des données adopté dans cette étude a pu entraîner un biais d'évaluation. En effet, l'inclusion des participants s'est effectuée au sein même des services de psychiatrie : unités d'admission ou service d'urgence. Les patients évoquaient leur dernière expérience de contention physique et dans certains cas, celle-ci a pu se dérouler dans le même service dans lequel se réalisaient les entretiens semi-directifs. Cela a pu présenter un biais si les patients ne se sentaient pas libres d'évoquer leur point de vue ou s'ils considéraient que celui-ci pouvait avoir un impact dans leur prise en charge. Ce biais a été limité par la délivrance d'une information orale et écrite à tous les patients, notamment sur l'absence d'impact de l'étude sur les soins prodigués dans les services. En outre, l'évaluateur réalisait les entretiens semi-directifs en l'absence de représentant de l'équipe soignante du service et n'a jamais été impliqué dans le suivi des patients inclus.

Enfin, le délai entre l'expérience de contention et la réalisation de l'entretien semi-directif est important pour certains patients. Ainsi, l'expérience remontait à vingt ans dans le cas d'un participant à l'étude. Bien que cela ait pu présenter un intérêt de travailler sur des reconstructions psychiques à distance de l'expérience, ce délai important a pu entraîner des biais de mémorisation pour certains patients.

10. Perspectives de recherches ultérieures :

Dans la perspective d'avoir des données supplémentaires quant aux effets de la contention physique, il serait intéressant de réaliser davantage d'études de méthodologie qualitative recueillant le vécu des patients. En effet, nous avons constaté que les études de la sorte en psychiatrie étaient rares dans la littérature médico-scientifique, ce qui explique que de nouveaux thèmes soient encore relevés. Or, tenter de comprendre ce que le patient ressent lors de l'utilisation de ces mesures est nécessaire d'un point de vue éthique mais aussi d'un point de vue clinique.

Dans les études existantes comme dans la nôtre, les points de vue des patients sont mêlés, sans que des nuances puissent être recherchées selon la pathologie des patients. Pourtant, il serait intéressant de comparer leurs ressentis selon s'il s'agit de patients présentant des troubles schizophréniques ou des troubles de la personnalité par exemple.

Dans un même ordre d'idée, des études pourraient se centrer sur les différences entre services de soins, par exemple un service d'admission et un service d'urgence, en faisant l'hypothèse que les pratiques et les vécus sont différents en fonction du fonctionnement des services, de la temporalité.

Par ailleurs, notre 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. En outre, sachant que les rôles des médecins et des infirmiers sont distincts dans l'utilisation de la contention (l'un prend la décision tandis que le second est dans l'action et le suivi soutenu auprès du patient), il serait intéressant de distinguer les points de vue médicaux et infirmiers. L'analyse de ces vécus permettrait une réflexion approfondie dans la question que pose la contention physique comme outil thérapeutique.

Enfin des études quantitatives supplémentaires semblent nécessaires pour préciser l'efficacité et l'impact thérapeutique de la contention physique dans la gestion de l'agitation et autres indications.

Conclusion

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

Notre étude, dont l'objectif était de recueillir le point de vue du patient, met en évidence, à travers l'analyse thématique du discours un vécu essentiellement négatif de la contention physique, parfois traumatique, que cela soit dans la perception que le patient a de lui-même, dans sa perception du monde et de son rapport aux autres, dans sa perception du temps.

Ainsi, la contention a été majoritairement perçue par les participants comme non indiquée et non justifiée, motivée par un état agressif ou un état d'agitation. Certains patients ont pu contextualisé cet état dans un rapport de force avec les soignants, majoritairement dans le refus d'un soin, renvoyant au thème du pouvoir évoqué par d'autres études sur le même thème.

Le vécu du patient de son expérience de contention a pu s'intégrer dans la perception qu'il a eue de lui-même, notamment par l'évocation des thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude et de perceptions physiques désagréables. En revanche, les thématiques d'apaisement de l'état d'angoisse et/ou d'agitation sont présentes a minima dans le discours des participants.

Le vécu a pu également s'intégrer dans la dimension relationnelle avec le soignant qui est évoqué de manière ambiguë. Le soignant a ainsi pu être bien perçu, comme un élément soutenant et rassurant dans leur expérience, mais aussi mal perçu par l'évocation de thématiques de déshumanisation, de sanction/punition, d'abandon/rejet de non-respect/humiliation, de violence/jouissance. Cette ambiguïté peut être vue sous l'angle de l'instauration d'une relation de dépendance envers le soignant du fait de l'état d'impuissance absolue induit par la contention physique. En outre, l'étude révèle une omniprésence des thématiques de violence et d'agressivité dans les entretiens des participants, tout au long du processus de contention et de part et d'autre de la relation soignant/soigné.

Notre étude s'intéressait également aux suggestions de patients quant aux alternatives à la contention physique, qui sont principalement la mise en chambre d'isolement, l'instauration d'un traitement médicamenteux sédatif et d'un dialogue avec les soignants. L'étude montre l'importance du respect de l'autonomie par la suggestion de certains patients de leur laisser un choix entre plusieurs mesures de contrainte.

Enfin, les principales voies d'amélioration suggérées par les patients reposent sur le rapport soignant/soigné – continuité du lien relationnel, visites régulières, délivrance d'informations sur le motif et le déroulement de la contention – sur une meilleure accessibilité à l'autonomie, sur la mise en place de repères temporels et de soins médicamenteux permettant un meilleur vécu de la contention.

Ces suggestions de la part des patients rejoignent en partie les recommandations des organismes internationaux – tels que l'ONU, le CPT, le Conseil de l'Europe – et des différentes conférences de consensus publiées sur ce thème.

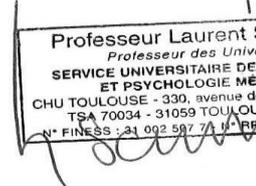
A la lumière de ces résultats, au vu de l'absence de preuve d'efficacité de la contention physique et de la présence d'effets indésirables potentiellement graves, l'interrogation de l'utilisation de la contention comme mesure thérapeutique ou comme mesure de protection se pose et il semble absolument nécessaire de limiter au maximum le recours à la contention physique, dans une préoccupation éthique de bienveillance, de non malveillance et d'autonomie pour le patient. De nouvelles études pourraient permettre de préciser ces questions, concernant l'efficacité de la contention et la recherche d'effets indésirables à court et long terme, comme le stress post traumatique, mais également des études qualitatives précisant le vécu des soignants et celui des patients en fonction de différentes unités, de différentes pathologies.


Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine ~~Paris~~ ^{Toulouse}

E. SERRANO

Vu le président de
Thèse le 5 Septembre 2014

Professeur Laurent SCHMITT
Professeur des Universités
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 597 7 / N° RPPS : 10003855015



167

Bibliographie

1. Palazzolo. J, Lachaux.B, Chabannes.J.P, Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie, Rapport du CPNLF, Média Flash, Paris, 2000.
2. Hippocrate. Oeuvres complètes d'Hippocrate, Tome 7, J.-B. Baillière (Paris); 1839
3. Galien, Des passions de l'âme et de ses erreurs, Paris, Delagrave, 1974.
4. Caelius Aurelianus, Maladies aiguës, maladies chroniques, I.E. Drabkin, Chicago U.P, 1950.
5. Dubreug J. La contrainte, un outil de soins en psychiatrie ? Thèse de médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2012.
6. Celse, De medicina, trad W.G Spencer, 3 vol, Loeb Classical Library, 1961.
7. J. Agrimi, C. Grisani, « Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale » in Histoire de la pensée médicale en Occident, dir M.D Grmek, tome 1, Antiquité et Moyen Age, Seuil, 1995.
8. FRIARD, Dominique. « Attacher n'est pas contenir ». In Santé mentale. Mars 2004, n°86, Contenir... Paris : Acte presse. Pages 16-28.
9. M. Laharie, La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles, Le Léopard d'Or, Paris, 1991.
10. C. Quételet, Histoire de la Folie, Paris, Tallandier, 2009.
11. M. Foucault, Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, Paris, 1972.
12. Descartes, Traité des passions de l'âme, Paris, 1649.
13. Hobbes, Leviathan, Londres, 1651, trad J.Tricard, Paris, Sirey, 1971.
14. Spinoza, Ethique, et Métaphysique.
15. Swain. G, Deux époques de la Folie, de Kant à Hegel, Gallimard, Paris, 1994.
16. Willis T, Opera Omnia, 2 volumes, Lyon 1681, cité par J.Pigeaud, Aux portes de la psychiatrie, Pinel, l'Ancien et le Moderne, Aubier, Paris, 2001.
17. Colombier et Doublet, Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leurs sont destinés, Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie, 1785, p 529-583, cité par J.Pigeaud, Aux portes de la psychiatrie, Pinel, l'Ancien et le Moderne, Aubier, Paris, 2001.
18. Pinel. P, Mémoire sur la manie pour servir à l'histoire naturelle de l'homme, 1794 dans L'aliénation mentale ou la manie, L'Harmattan, Paris, 2006.
19. Pinel. P, Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Paris, Caille et Ravier, 1800, rééd L'Harmattan, 2006.

20. Basaglia. F, L'institution en négation, Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia, PUF, Paris, 1977.
21. Cooper. D, Psychiatrie et antipsychiatrie, Coll. Seuil, Paris, 1978.
22. Laing.R in Lefort.R, Psychiatrie et antipsychiatrie, Encycl. Univers., 1980, 354-356.
23. R. Castel, La gestion des risques, Ed.Minuit, 1981 et L'ordre psychiatrique, Ed Minuit, Paris, 1976.
24. Bonnafé.L, Daumezon. G, L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental. Recherche d'une attitude plus évoluée. Document de L'Information Psychiatrique, 1946, II, 82-107.
25. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. sept 2010;45(9):889-897.
26. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, et al. Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. févr 2007;42(2):140-145.
27. Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R, Steinert T. [The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland]. Psychiatr Prax. avr 2007;34 Suppl 2:S212-217.
28. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. sept 2007;42(9):747-752.
29. Hatta K, Nogi W, Igarashi Y, Kon H, Sawa Y, Seki K, et al. [The review of seclusion and restraint in psychiatric practice]. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003;105(2):252-273.
30. El-Badri SM, Mellsop G. A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. Aust N Z J Psychiatry. juin 2002;36(3):399-403.
31. 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]. Læknablaðið. déc 2007;93(12):833-839.
32. Hendryx M, Trusevich Y, Coyle F, Short R, Roll J. The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. J Behav Health Serv Res. avr 2010;37(2):272-281.
33. Irving K. Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. Aust J Adv Nurs Q Publ R Aust Nurs Fed. août 2004;21(4):23-27.
34. Whitehead C, Finucane P, Henschke P, Nicklason F, Nair B. Use of patient restraints in four Australian teaching hospitals. J Qual Clin Pract. sept 1997;17(3):131-136.
35. Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. Nord J Psychiatry. 2002;56(5):339-345.

36. Knutzen M, Sandvik L, Hauff E, Opjordsmoen S, Friis S. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint--a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2007;61(3):201-206.
37. Kostecka M, Zardecka M. The use of physical restraints in Polish psychiatric hospitals in 1989 and 1996. *Psychiatr Serv Wash DC*. déc 1999;50(12):1637-1638.
38. Porat S, Bornstein J, Shemesh AA. The use of restraint on patients in Israeli psychiatric hospitals. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 14 sept 1997;6(15):864-866, 868-873.
39. Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Iwai K, Cording C. Treatment of schizophrenia: implications derived from an intercultural hospital comparison between Germany and Japan. *Int J Soc Psychiatry*. mars 2005;51(1):83-96.
40. Odawara T, Narita H, Yamada Y, Fujita J, Yamada T, Hirayasu Y. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. oct 2005;59(5):605-609.
41. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. [The practice of restraint in a psychiatric emergency unit]. *L'Encéphale*. févr 2004;30(1):32-39.
42. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. févr 2013;48(1):10-22.
43. Price TB, David B, Otis D. The use of restraint and seclusion in different racial groups in an inpatient forensic setting. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2004;32(2):163-168.
44. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2011;62(5):492-497.
45. Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. sept 2013;67(6):405-411.
46. Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care*. avr 2012;48(2):95-107.
47. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjøsumund N, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards--why and how are they used? *Psychiatry Res*. 30 août 2013;209(1):91-97.
48. Wulff K, Gatti S, Wettstein JG, Foster RG. Sleep and circadian rhythm disruption in psychiatric and neurodegenerative disease. *Nat Rev Neurosci*. août 2010;11(8):589-599.
49. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*. 2003;57(6):453-459.
50. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs*. avr 2007;58(2):140-149.
51. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res*. 30 janv 2013;205(1-2):48-53.

52. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint-- a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res.* 30 janv 2014;215(1):127-133.
53. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001163.
54. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid-Based Nurs Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* 2006;3(1):8-18.
55. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr Serv Wash DC.* nov 2011;62(11):1310-1317.
56. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry.* nov 1994;151(11):1584-1591.
57. Weiss EM, et al. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant* 1998; October 11 – 15.
58. US General Accounting Office: Mental Health: Improper Restraint or Seclusion Use Places People at Risk. GAO Publication HEH-99-176. Washington, DC, USGAO, 1999.
59. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature. *Psychiatr Q.* déc 2013;84(4):499-512.
60. Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations (1998) Preventing restraint deaths. Sentinel Event Alert, JCAHO, Washington.
61. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Ärztebl Int.* janv 2012;109(3):27-32.
62. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juin 2003;48(5):330-337.
63. De Letter EA, Vandekerkhove BNW, Lambert WE, Van Varenbergh D, Piette MHA. Hospital bed related fatalities: a review. *Med Sci Law.* janv 2008;48(1):37-50.
64. Reay DT, Howard JD. Restraint position and positional asphyxia. *Am J Forensic Med Pathol.* sept 1999;20(3):300-301.
65. Reay DT, Howard JD, Fligner CL, Ward RJ. Effects of positional restraint on oxygen saturation and heart rate following exercise. *Am J Forensic Med Pathol.* mars 1988;9(1):16-18.
66. Rubin BS, Dube AH, Mitchell EK. Asphyxial deaths due to physical restraint. A case series. *Arch Fam Med.* avr 1993;2(4):405-408.
67. Dickson BC, Pollanen MS. Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients. *J Forensic Leg Med.* juill 2009;16(5):284-286.

68. Ishida T, Katagiri T, Uchida H, Takeuchi H, Sakurai H, Watanabe K, et al. Incidence of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients. *Psychosomatics*. févr 2014;55(1):69-75.
69. Paciullo CA. Evaluating the association between clozapine and venous thromboembolism. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 1 oct 2008;65(19):1825-1829.
70. Hägg S, Jönsson AK, Spigset O. Risk of venous thromboembolism due to antipsychotic drug therapy. *Expert Opin Drug Saf*. sept 2009;8(5):537-547.
71. Malý R, Masopust J, Hosák L, Konupčíková K. Assessment of risk of venous thromboembolism and its possible prevention in psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. févr 2008;62(1):3-8.
72. Otahbachi M, Cevik C, Bagdure S, Nugent K. Excited delirium, restraints, and unexpected death: a review of pathogenesis. *Am J Forensic Med Pathol*. juin 2010;31(2):107-112.
73. Hick JL, Smith SW, Lynch MT. Metabolic acidosis in restraint-associated cardiac arrest: a case series. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. mars 1999;6(3):239-243.
74. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit Care Lond Engl*. 2009;13(3):R77.
75. Greenland P, Southwick WH. Hyperthermia associated with chlorpromazine and full-sheet restraint. *Am J Psychiatry*. oct 1978;135(10):1234-1235.
76. Moylan LB, Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2011;18(6):526-534.
77. Hollins LP, Stubbs B. The shoulder: taking the strain during restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. mars 2011;18(2):177-184.
78. Alshayeb H, Showkat A, Wall BM. Lactic acidosis in restrained cocaine intoxicated patients. *Tenn Med J Tenn Med Assoc*. déc 2010;103(10):37-39.
79. National Institute of Clinical Excellence. (2005). Clinical practice guidelines for violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in Psychiatric Settings and Emergency Departments .
80. Hatta K, Shibata N, Ota T, Usui C, Ito M, Nakamura H, et al. Association between physical restraint and drug-induced liver injury. *Neuropsychobiology*. 2007;56(4):180-184.
81. Conseil de l'Europe. Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le CTP du 28 novembre 2010 au 10 décembre 2010, paragraphes 172 et 174.
82. Résolution 46/119 de l'ONU, principe 11, 1991.
83. 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.

84. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004.
85. Loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985.
86. Article 118-1 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux.
87. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
88. Article L.3211-3 du Code de santé public.
89. Article L.3211-4 du Code de santé public.
90. PANFILI Jean-Marc - Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles? - objectif soins et management - Février 2013, n° 213 - pp.18-22.
91. Article préliminaire du Code de procédure pénale.
92. Article 803 du Code de procédure pénale.
93. Cour administrative d'appel de Nantes, 25 janvier 1995, Mme Y, req n° 92NT00651.
94. Cour administrative d'appel de Douai, 13 juin 2006, Mme Y, req n° 05DA01282.
95. Cour administrative d'appel de Marseille, 25 janvier 2007, Mme X, req n° 05MA01245.
96. « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » et présenté par M. Denys Robiliard, député, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 décembre 2013.
97. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Rapport d'activité 2013
98. Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico - sociaux, et obligation de soins et de sécurité 24 et 25 novembre 2004 Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille) Texte des recommandations (version longue).
99. Société francophone de médecine d'urgence 9ème conférence de consensus : agitation en urgence (Petit enfant excepté) 6 Décembre 2002, texte long.
100. Collectif. Le Petit Larousse 2015. Paris: Larousse; 2014. 2048 p.
101. Weber, M. Le savant et le politique. Préface, traduction et notes de Catherine Colliot-Thélène. La Découverte, 2003.
102. Touzet, P. « Pour une éthique de la contention ». In Santé mentale. Mars 2004, n°86, Conténir... Paris : Acte presse. Pages 54-56.
103. Nathalie F. Jean-Jacques Wunenburger, Questions d'éthique. Rev Philos Louvain. 1994;92(4):624-626.

104. Bouretz P., cité par Carmen Rauch, Ethique médicale et religions, in Dominique Folsheid. Philosophie, éthique et droit en médecine, Paris, PUF, 1997, p. 567.
105. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Édition : 6. New York: OUP USA; 2008. 432 p.
106. Petrini C. Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. Ann Dell'Istituto Super Sanità. 2013;49(3):281-285.
107. Aulisio MP. Intention, Foresight, and the Doctrine of Double Effect. Bowling Green State University; 1996. 518 p.
108. Mellier D. La fonction contenante, une revue de la littérature. Perspect Psy. 1 nov 2005;44(4):303-310.
109. Klein M, Heimann P, Isaacs S, Rivière J. Développements de la psychanalyse. Édition : 4e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2013.
110. Bion W-R. Aux sources de l'expérience. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2003. 137 p.
111. Anzieu D. La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant et contenir. In Anzieu D, ed. les contenants de pensée. Paris : Dunod, 1993.
112. Anzieu D. Le Moi-peau. Édition : 2e. Paris: Dunod; 1995. 291 p.
113. Kaës R. L'analyse intertransférentielle,,fonction alpha et groupe conteneur. L'Evolution Psychiatrique 1 976 ; XLI (2) : 333-347.
114. Winnicott D-W. Le bébé et sa mère. Paris: Payot; 1992. 150 p.
115. Winnicott D-W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1989. 464 p.
116. Boukobza C. La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. Coq-Héron. 2003;173(2):64.
117. Girard M. Représentation de l'enfermement sur l'évolution de la maladie mentale. Intervention au cours des 17èmes journées nationales des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et unités pour malade difficile, Toulouse, les 7 et 8 novembre 2005. Texte non publié cité avec l'accord de son auteur.
118. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. Int J Ment Health Nurs. déc 2010;19(6):416-427.
119. Palazzolo J. [About the use of restraints in psychiatry: the patient's point of view]. L'Encéphale. oct 2002;28(5 Pt 1):454-460.
120. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. J Adv Nurs. janv 2001;33(1):89-97.
121. Hoekstra T, Lendemeijer HHGM, Jansen MGMJ. Seclusion: the inside story. J Psychiatr Ment Health Nurs. juin 2004;11(3):276-283.
122. Kuosmanen L, Hätönen H, Malkavaara H, Kylmä J, Välimäki M. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. Nurs Ethics. sept 2007;14(5):597-607.

123. Ryan R, Happell B. Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *Int J Ment Health Nurs.* avr 2009;18(2):100-107.
124. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs.* févr 2000;31(2):370-377.
125. Droits des patients en psychiatrie : la démarche qualité confrontée à la montée de la contention, APM, vendredi 9 décembre 2011.
126. Tantchou Dipankui M, Gagnon M-P, Desmartis M, Legaré F, Piron F, Gagnon J, et al. La participation des patients à l'évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement. *Santé Publique.* 15 mars 2014;26(2):217-226.
127. Guivarch J, Cano N. [Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives]. *L'Encéphale.* sept 2013;39(4):237-243.
128. Jérôme Thomas, Les représentations sur la contention au Pavillon N Hôpital Edouard Herriot : Etude par entretiens auprès des infirmiers et aides-soignants du service, Doctorant – Allocataire de Recherche en Sciences de l'Information et de la Communication Laboratoire ELICO (EA 4147).
129. Pourtois J-P. *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines.* Édition : 3e édition. Mardaga; 2013. 235 p.
130. Bardin L. *L'analyse de contenu.* Édition : 2e édition. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2013. 320 p.
131. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther.* août 1996;34(8):669-673.
132. Ventureyra VAG, Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C. The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychother Psychosom.* févr 2002;71(1):47-53.
133. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS]. *L'Encéphale.* juin 2003;29(3 Pt 1):232-238.
134. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Armand Colin; 2012. 424 p.
135. Kekenbosch C, Landré A. *L'analyse cognitivo-discursive.* Grenoble: PUG; 1995. 142 p.
136. Manuel de Tropes V8 - ManuelDeTropesVF800a.pdf
137. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression.* Édition : New Ed. New York: Guilford Press; 1987. 425 p.
138. Chien W-T, Chan CWH, Lam L-W, Kam C-W. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Educ Couns.* oct 2005;59(1):80-86.
139. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med.* 16 juin 2005;352(24):2515-2523.

140. Asso AP. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé. Édition : 2e. Issy-les-Moulineaux: Editions Masson; 2003. 1064 p.
141. Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2013;64(10):1012-1017.
142. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res*. 30 août 2011;189(1):10-20.
143. Nijman HL, aCampo JM, Ravelli DP, Merckelbach HL. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv Wash DC*. juin 1999;50(6):832-834.
144. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs*. juin 2005;50(5):469-478.
145. Foucault M. Surveiller et punir: Naissance de la prison. Paris: Gallimard; 1993.
146. Barret-Kriegel B, Burlet-Torvic G, Castel R, Fontana A, Moulin P, Riot P, et al. Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère...: Un cas de parricide au XIXe siècle. Édition : [Rééd.]. Paris: Folio; 1994.
147. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care*. janv 2012;48(1):16-24.

Annexes

Corpus d'entretiens :

Entretien 01

- Expliquez-moi comment s'est passée la mise sous contention ?
- Les gendarmes sont venus me chercher avec des infirmiers chez moi parce que je n'ai pas voulu obtempérer. J'ai fait le mort. Ils m'ont demandé si je voulais collaborer et moi j'ai dit non.
- Où est-ce que cela s'est passé ?
- Devant ma résidence. Lorsque j'ai été interpellé par les gendarmes. Les contentions se sont passées en arrivant à l'hôpital. Je ne voulais pas obtempérer, comme devant ma résidence. Ils m'ont enlevé mes habits de force. Ils m'ont mis un pyjama. J'étais en slip. Et ils m'ont attaché en fait. Ils m'ont attaché.
- Qui vous a attaché ?
- Les infirmiers. C'était très dur, très dur. Au début, j'ai ressenti de l'indifférence. Puis, ils m'ont enlevé les contentions et comme je faisais de l'agoraphobie, que je me sentais enfermé, j'ai voulu sortir. J'avais de la tachycardie. J'ai voulu sortir. Les infirmiers m'ont pris, m'ont attrapé et m'ont rattaché sur le lit. J'ai commencé à crier. J'étais mal. Un infirmier m'a engueulé et j'ai comme eu une impression de... Je ne sais pas si c'était de la résilience mais je sentais qu'il fallait que je rentre dans le rang. Je me suis rendu compte que j'étais malade et qu'il fallait que je me soigne surtout. Je regardais le ciel. J'avais le regard fixe dans ma douleur. Et là, c'était comme si le ciel s'ouvrait, et j'ai pris conscience tout d'un coup qu'il fallait me soigner, que j'étais malade. Et j'étais avec P., l'infirmier avec qui j'ai de fortes relations depuis. Et J. aussi.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti au moment de la mise sous contention ?
- C'était très dur, très dur. Je ressentais de l'égarement. C'était très dur les quatre contentions car moi j'avais envie de bouger. Et je ne pouvais pas. J'étais obligé de supporter, je n'avais pas le choix. La nuit, ils m'ont enlevé une main. Ça permet de faire pipi dans l'objet. Je ne pouvais pas aller aux toilettes, j'avais un objet en plastique pour mettre mon urine. Et là, avec un bras libéré, ça allait un peu mieux.
- Vous avez combien de temps les quatre membres attachés ?
- Je suis resté trois heures. C'était difficile de ne pas pouvoir aller aux toilettes.
- A quoi vous pensiez à ce moment-là ?
- Je pensais à mes parents. Je pensais à la police, au président de la République. Je me disais, c'est impossible de laisser quelqu'un dans cet état-là. Je trouvais que c'était de la torture. Comment on peut laisser faire ça à des gens. Je trouvais ça dur. Parce que je ne suis quand même pas si malade pour qu'ils me prennent comme ça. Je les entendais se vanter que j'étais un cas psychologique comme dans les années je ne sais plus combien. Ça ne me plaisait pas trop. J'étais en colère. Je n'ai pas trouvé ça honnête. Ils m'ont dit que je m'étais battu. Je ne me suis pas battu, je suis plutôt adepte de la non-violence. J'étais en colère parce qu'on ne me laissait pas faire ma vie. L'hospitalisation me faisait perdre mon autonomie. Je me demandais si je pouvais réinsérer la société en sortant. J'étais en colère aussi lorsqu'ils m'ont mis les contentions. Ils m'ont demandé si je voulais enlever mes habits mais je ne voulais pas

obtempérer. Ils m'ont soulevé et mis les habits de force. J'étais en colère par rapport à la société, au Préfet.

- Comment a été votre comportement à ce moment-là ?
- Je me laissais faire. Je regardais dans le vide. Je ne voulais pas rentrer dans le jeu de l'infirmière qui voulait parler, qui voulait essayer de récupérer la chose. Je me disais que j'aurais aimé que les médias couvrent ça car c'était inhumain. Je trouvais ça inhumain, malsain.
- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Toute la nuit et la matinée.
- Qu'avez-vous ressenti tout au long des contentions ?
- Je criais, je pleurais, je criais fort. A ce moment-là, un infirmier est rentré et m'a remis en place. Il avait raison. Ça a provoqué un déclic. Il a dit que chat échaudé ne craignait pas l'eau froide. Je n'ai pas trop compris ce qu'il voulait dire. Je me suis calmé. J'étais de meilleure composition que la veille. J'ai récupéré mon état normal. J'étais plus aimable, moins caractériel. Là, je rentrais dans le jeu des infirmiers. Ils jouent leurs postes avec leur travail mais moi je jouais mon autonomie aussi. Je voulais me remettre à faire de l'argile, à peindre, revenir dans mon appartement. Je trouve que toutes les hospitalisations sont longues à l'hôpital. Démesurément longues.
- Comment se sont passés vos rapports avec l'équipe infirmière tout au long des contentions ?
- Très bien. Ils ont été très gentils, très humains. Le lendemain, M. m'a enlevé une main. J'ai pu boire le chocolat au lait et mangé une tartine. B. a été très humaine et agréable. Elle a surélevé le dessus du lit pour que je puisse déjeuner. M. m'a dit que ce n'était pas la bonne solution d'avoir fait comme ça, de ne pas avoir coopérer. Moi, je voulais prouver que j'avais un peu de caractère depuis des années qu'on me prend pour un con et un faible à cause de ma thérapeutique. J'ai toujours pris mes médicaments avec beaucoup de sérieux mais les gens, beaucoup de mes amis, pensent que prendre ses médicaments, c'est être faible. Alors que moi, je pense que c'est accepter de rentrer dans le processus thérapeutique. Mais ça, ils ne le comprenaient pas. Un traitement à vie, ils ne le comprenaient pas.
- Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez pu avoir un bras détaché ?
- Ça allait mieux. J'ai ressenti de l'air frais, du bien-être, du soulagement. D'avoir plus de liberté. Avoir les quatre membres attachés, c'est inhumain. On ne peut pas bouger. Les contentions sont assez fortes, ça fait gonfler les pieds, les jambes. C'est dur. Pour moi, c'est la psychiatrie des années cinquante. C'est la psychiatrie tout court peut-être, mais bon. C'est une violence quand même. Ça permet peut-être de prendre conscience de son état, c'est positif. Il faut se remettre en question, lorsqu'on est en isolement et lorsqu'on est attaché. Accepter de reprendre les traitements, essayer d'imaginer comment va être l'avenir, ce qu'on va faire. L'hôpital, c'est quand même une vie sociale. Chez soi, il y en a moins. Quelque part, ça m'a peut-être sauvé. Il vaut mieux sortir de l'hôpital en de bonnes conditions.
- Comment se sont passés vos rapports avec les médecins pendant les contentions ?
- Je ne me souviens plus très bien. Je sais que mon docteur est venu, avec des propos très culpabilisants. Pourquoi est-ce que j'étais parti. On revient à la case zéro. C'est là qu'elle m'a changé mon traitement. Elle a gardé l'ancien, ce qui a fait que j'avais trois traitements en même temps. Je ne sais pas si c'est à cause de ça que j'ai les dents friables. C'était culpabilisant. Elle m'a dit que je n'aurais pas dû faire la fugue, que je repartais à zéro. Alors que la fugue m'a permis de faire les papiers, d'appeler la CAF. Si j'ai fait la fugue, c'est aussi parce que le docteur ne me laissait jamais de permission. Je suis passé à l'acte. Je voulais retrouver de l'autonomie.
- Est-ce que vous pensez qu'il y aurait pu y avoir d'autres solutions à la contention ?
- Je ne sais pas. On m'aurait enfermé, j'aurais dormi. Peut-être ont-ils peur qu'on se suicide. Ils ont peur qu'on se fasse des problèmes, qu'on se suicide à la suite de ça, comme on est dans

un état second. J'aurais mieux dormi sans les contentions. Je n'ai pas été violent. Ils ont dit que j'ai été violent, mais c'est faux. On aurait pu me proposer de fermer les rideaux et de me reposer. C'était comme une agression avec les policiers, les gendarmes et le personnel hospitalier.

- Qu'aurait-on pu vous proposer pour améliorer votre vécu des contentions ?
- On aurait pu m'apporter un peu de grenadine peut-être. Il y a beaucoup de culpabilité. On aurait pu venir plus souvent. Je criais, je n'en pouvais plus de rester seul. Je restais seul plusieurs heures, la nuit. Ça a été dur. Je criais, je pleurais. Avec les quatre contentions. J'ai attendu huit heures et quart. Un infirmier était autoritaire et m'empêchait de crier. C'était bien d'un certain côté, ça m'empêchait de me victimiser. Il était dur mais il le fallait peut-être. C'est là que j'ai pris conscience. Je regardais là-haut comme si le ciel s'ouvrait. J'ai pris conscience que j'étais malade et qu'il fallait me soigner. L'infirmier a été très compétent là-dedans. C'était comme une leçon. Les médecins sont de l'autre côté de la barrière. Ils ne se rendent pas compte de la souffrance. C'est une expérience, même si c'est un peu négatif. On peut penser que c'est du temps perdu. Moi, je ne pense pas. Je pense que c'est une expérience qui rend plus humain, plus empathique. D'autres personnes se seraient suicidées peut-être. C'était comme une leçon. J'ai compris que pour les fugues, je devais faire les choses différemment. Demander une permission, revenir. C'est là que le docteur m'a empêché toute permission après. Les contentions ont été une telle souffrance que je ne dois pas repartir vers ça. Ça fait comprendre de faire les choses comme il fallait les faire. Ne pas m'enfermer chez moi et ne pas vouloir revenir. C'était tellement difficile que ça a permis de tisser des liens particuliers avec certains infirmiers. Tisser des liens thérapeutiques de malade à infirmier. C'est très positif. Je leur suis reconnaissant.

Entretien 02

- Comment s'est déroulée la situation pendant laquelle vous avez mis sous contention ?
- Le pourquoi est assez simple. J'avais dit à la police de me ramener à l'hôpital. Un médecin est venu me voir. J'étais dans un local de la police. Le médecin est venu et a dit que je devais être hospitalisé. Moi, j'étais toujours consentant et lucide mais je suis rentré dans une ambulance qui était sympathique. Il y avait un truc blanc qui pendait au plafond. Ça m'agaçait. Je l'ai arraché, ce qui n'était pas net par rapport aux gens qui conduisaient le camion et qui tenaient beaucoup à leur matériel. C'était un truc blanc qui déconnait, donc je l'ai arraché. Ils m'ont amené à l'hôpital V. On m'a mis sur un lit avec une sangle sur la poitrine qui m'étouffait d'ailleurs, et une sangle au niveau de l'abdomen. Les infirmiers m'ont immobilisé avant de m'attacher. Ce n'était pas évident. Ils étaient cinq ou six. Ils ont eu l'intelligence de me faire immédiatement la piqûre. Vous la connaissez comme moi. Cette piqûre, bien évidemment, m'a fait dormir et je me suis réveillé à l'hôpital V. dans d'excellentes conditions.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti au moment de la mise des contentions ?
- Ecoutez, il y avait des dames qui m'immobilisaient avec des messieurs. Ils n'étaient pas très heureux, ça se voyait. Ils n'aimaient pas faire ça. Moi, ce que j'ai vécu, je ne l'ai pas très bien vécu car je n'arrivais plus à respirer. La sangle était trop serrée. Je commençais à être étouffé. C'était un mal-être parce que je m'étouffais à cause de la sangle. On m'a détaché juste après la piqûre. Je me suis endormi, bien entendu. Je me suis réveillé au V., mais je ne sais pas si avant, on ne m'avait pas mis dans un autre endroit.
- Combien de temps ont duré les contentions ?

- Il y a un problème qui se pose aux malades psychiques, qui sont des êtres en souffrance, c'est qu'ils perdent la notion du temps et de l'espace. Ce n'est pas que je n'ai pas de mémoire mais pour moi un siècle, c'est un siècle. J'avais perdu la notion du temps. Mais ce n'était pas dû à la contention ou à la piqûre. Même ici, j'ai un carnet que je tiens soigneusement.
- Comment se sont passés vos rapports avec l'équipe infirmière tout au long des contentions ?
- Il y avait au moins une femme et elle me regardait avec un regard d'amour. Pas parce qu'elle était amoureuse de moi mais elle n'aurait pas voulu que la situation se fasse. Beaucoup d'humanité.
- Avec les médecins, comment est-ce que ça s'est passé ?
- Le médecin, je l'ai vu avant, lorsque j'étais bien fatigué. J'avais été voir la police qui m'avait mis dans un local bien isolé. Ils ont fait venir un psychiatre. On a discuté. Il a dit, il faut qu'il soit hospitalisé. Il y avait peut-être un médecin lorsque j'ai été contenu, mais je n'en suis pas sûr.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti tout au long des contentions ?
- C'est surtout la sangle qui m'étouffait. C'était surtout une souffrance physique mais autrement, tout était très bien.
- Est-ce que vous avez des idées quant à une alternative à la contention ?
- De fait, j'étais conscient d'avoir arraché le bidule. Je suis un malade psychique. J'ai eu des difficultés dans ma vie, c'est vrai. Mais bon, le catalogue des malades psychiques est surtout fait pour les médicaments. Donc, je n'étais pas agité. Ce truc blanc qui pendait m'emmerdait. Je l'ai arraché. J'étais très lucide. Après, je n'ai pas trop bougé du camion, je n'ai pas bougé du tout. Eux, voyant que j'avais arraché un bidule, étaient persuadés que j'étais gravement malade. Or, j'étais très lucide. Mais bon, le matériel est sacré chez nous. En alternative, on aurait pu me laisser tout simplement lucide comme j'étais. Je serais descendu du camion et je serais rentré dans l'hôpital. La contention était de trop. Maintenant, je vais vous parler de la contention de manière plus large. C'est quelque chose qui peut être très, très intéressant. Pourquoi ? Il y a des gens qui sont dans de telles souffrances, soit parce qu'ils ont bu, soit parce qu'ils ont pris de la cocaïne, peu importe. Pour moi, la maladie psychique n'existe pas. Il n'y a que des êtres en souffrance et on doit s'occuper d'eux. Dans certains cas, ils sont d'une grande violence. Moi, je sais ce que c'est, ils sont dans un accès de malheur extrême. Dans ces cas-là, face à une personne qui peut être dangereuse, et qui présente des signes d'agitation extrême, voire de menace, bien évidemment la contention s'impose. Mais, une fois que la personne est endormie, il faut le mettre dans un local bien isolé, molletonné. A l'hôpital C. par exemple, il y avait un local spécial, bien aéré, assez sombre, mais entièrement molletonné. Ensuite, j'appelle ça la piqûre létale, mais en réalité elle n'est pas létale car elle ne donne pas la mort. Elle provoque des vertiges. Et lorsque c'est molletonné, on ne risque pas de se faire du mal. On ne se fracasse pas le crâne contre un radiateur. La piqûre, qui est l'extrême que font les médecins, peut être aussi une bonne chose, en même temps que la contention. Mais il faut être lucide. Il faut savoir ce que l'on fait.
- Que pourrait-on réaliser pour améliorer la contention ?
- Pour la contention, la police sait bien faire. Elle met des menottes aux mains, des menottes aux pieds. Pas besoin de mettre une sangle. Je pense qu'on peut les amener tranquillement avec les menottes. La police sait faire. Avec les menottes aux mains, dans le dos, et les menottes aux pieds, bien serrées. On les amène tel un fagot à l'hôpital psychiatrique et, à ce moment-là, vous commencez votre travail. Vous voyez s'il est lucide ou pas, si on peut discuter avec lui ou pas. Et vous discutez. Il peut rester attaché avec les menottes. Après, vous voyez. Soit vous faites une piqûre pour qu'il dorme. Les menottes sont pour moi les meilleures

contentions possibles parce que la police sait s'en servir. Les sangles qui sont mises en travers, qui étouffent. On est très mal avec. Ça n'existe pas avec les menottes.

- Que pourrait-on améliorer le temps des contentions pour que ce soit plus supportable ?
- Déjà, la contention doit être quelque chose qui précède la vision du psychiatre. C'est-à-dire, on amène d'abord le gars bien ficelé et le psychiatre le voit, essaie de discuter avec lui, se fait une idée. Et quand il s'est fait cette idée, il peut lui faire une piqûre pour le faire dormir, il peut lui donner des cachets éventuellement. Les pompiers m'ont donné un cachet une fois, j'ai dormi comme une souche à Bordeaux. Vous avez tous les éléments chimiques que les laboratoires vous donnent. Mais la contention, avec des sangles sur un lit, à mon avis, ça date. Les menottes, c'est très bien. La contention est liée au regard lucide et professionnel d'un expert en médecine qu'est le psychiatre. Mais avant d'aller au-delà de la contention, et voire de détacher une personne de la contention, il faut qu'il se fasse une idée claire de ce qu'il y a dans la tête de celui qui est en face de lui et qui est en souffrance.

Entretien 03

- Comment s'est déroulée la mise sous contentions ?
- La pose des contentions s'est déroulée en paix car je ne voulais pas qu'il y ait de difficulté pour les soignants. Mais je les ai très mal vécues car on ne peut pas bouger, on ne peut pas aller à la selle et on a l'impression d'être sans pouvoir dans cette situation.
- Décrivez-moi la situation qui a amené l'équipe soignante à poser des contentions.
- A mon avis, ils voulaient dominer la situation. C'est compliqué pour eux car je n'étais pas agressive du tout, et je ne voulais pas être agressive avec eux. Je n'ai vraiment pas compris, encore aujourd'hui, pourquoi ils l'ont fait. Je me suis allongée et je me suis laissé attacher. Je savais très bien que si je n'avais pas les bonnes réactions, ils auraient pu aller plus loin. Ils auraient appelé du renfort et me bloqué les poignets qui sont assez fins, me faire mal aux poignets.
- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Quelques jours. Moins d'une semaine. Je n'avais aucune agressivité en moi et ils ont même pu constater que j'avais réussi à enlever les contentions des poignets gauche et droit.
- Qu'avez-vous ressenti tout au long des contentions ?
- J'ai ressenti un mal-être intérieur terrible, une sensation de soumission totale. Un mal-être. Surtout que je ne suis pas quelqu'un d'agressif, je n'ai pas compris. Si on me demandait encore aujourd'hui pourquoi ils ont fait ça, je ne saurais pas quoi dire. J'étais désespérée.
- Comment se sont déroulés vos rapports avec l'équipe soignante tout au long des contentions ?
- Ils venaient gentiment. Ils changeaient le lit. Ils me donnaient à manger. Je ne mangeais qu'avec une main. J'étais tranquille. J'attendais que ça s'arrête et qu'on m'enlève les contentions
- Et avec les médecins ?
- Ça a pris du temps car je n'avais plus confiance en eux. Ils avaient perdu ma confiance. J'ai très mal vécu les contentions. Encore, quand quelqu'un est agressif et dangereux, je comprends les contentions. Mais avec quelqu'un qui n'est pas agressif et dangereux, je ne comprends pas. Je ne le conçois que pour les gens dangereux. Les autres personnes ne devraient pas avoir de contention. Je pense que j'ai raison car les gens qui n'ont rien fait ne sont pas vraiment des gens dangereux.
- Dites m'en plus par rapport à votre ressenti tout au long des contentions.

- Je ne pouvais bouger ni mes membres supérieurs ni inférieurs. Je ne pouvais rien faire, même pas faire pipi, même pas aller aux toilettes. J'étais obligée de me mettre sur le côté pour uriner. Je ressentais un mal-être intérieur très fort. Une soumission impossible à exprimer.
- Que pourraient-êtré les alternatives aux contentions ?
- Parler aux malades. Voir ses réactions et ne pas mettre les contentions lorsqu'il ne faudrait pas les mettre. Je parle en général. Mettre en confiance la personne avec le soignant. Que la personne soignée s'implique plus dans la discussion et puisse rentrer en confiance. Que les médecins arrivent à mettre les malades en confiance et qu'il y ait un échange depuis le début. Depuis le tout début. Dès que la personne entre à l'hôpital, il faut qu'il y ait un échange. Ne pas trainer. Tout de suite la confiance, ne pas trainer. Moi, j'étais en garde à vue suite à une agression qui m'est arrivée dans le métro. Des gens, pour me défendre, ont appelé Tisséo et la police. J'ai failli me faire massacrer par une personne. On m'a amenée au commissariat. Je n'étais pas bien. J'étais choquée. Dans l'ambulance, c'était tranquille. On m'a contenue une fois arrivée à l'hôpital, et ce n'était vraiment pas bien.
- Qu'aurait-on pu mettre en place à votre arrivée à l'hôpital pour éviter que vous soyez contenue ?
- Me mettre dans une chambre, tout simplement.
- Que pourrait-on mettre en place pour que la contention soit plus supportable ?
- Plus de visites pour la personne, pour la mettre en confiance. Qu'elle se deffarouche. Qu'elle se mette en confiance. Parler avec elle, se mettre à sa place. Tous les hôpitaux ne font pas de contentions. Ce n'est que dans quelques cliniques qu'il y a des contentions. Je connais la clinique B., c'est un palais par rapport à ici. Il n'y a pas de contentions là-bas. Il y a des chambres individuelles où il n'y a pas de contentions. J'aimerais que ça change, qu'ils comprennent mon malheur et qu'ils diminuent la contention. Je souhaiterais de tout mon cœur que ça s'arrête. C'est vraiment nuisible pour les malades. Quand on les attache, c'est encore pire.

Entretien 04

- Dans quelle situation s'est déroulée la contention ?
- J'avais fumé du cannabis. Je n'étais pas bien et j'étais méchant, vulgaire, agressif. Tout ça pour montrer vis-à-vis des gens que je fréquentais dans le service que je n'avais peur de rien et je me suis retrouvé attaché. Les surveillants sont venus me prendre dans ma chambre, m'ont ramené, et ils m'ont attaché. J'ai compris que tout ça a servi à me calmer, me poser et à avoir une cigarette toutes les heures. Ce sont les surveillants qui m'ont attaché, avec les infirmiers. J'ai donné mes bras en me laissant faire. Et les surveillants m'ont écrasé, m'ont étouffé avec un coussin pour ne pas que je respire. Et j'ai failli tomber dans les pommes. J'ai ressenti de la séquestration et de la peur, des idées noires. Comme quoi, je ne vais pas m'en sortir, ils ne veulent pas me relâcher. Je n'avais que des mauvaises pensées. Je n'étais pas bien. Je me suis calmé.
- Quel comportement avez-vous eu à ce moment-là ?
- Un délire. J'avais fumé du shit. J'avais bloqué la porte pour ne pas qu'ils passent. Il y avait une autre porte de l'autre côté, donc ils sont passés. Je m'étais enfermé dans les toilettes. Ils ont ouvert. Je me suis laissé faire en me ramenant dans la chambre fermée. Je pense que d'un côté, ça m'a fait du bien. Ça m'a fait réfléchir. Mais j'ai toujours peur de cet endroit. Tous les matins, je me dis : « qu'est-ce qu'il va se passer aujourd'hui ? Est-ce que je vais passer une bonne journée ? Est-ce que je vais aller en isolement ? » J'ai toujours peur de ça. C'est un peu

comme tragique. Une conscience. C'est comme quand j'ai arrêté de fumer. On m'a fait une prise d'urine. Je n'avais pas fumé. Mais dans ma tête, je me dis : « j'ai fumé et ça va mal se passer ». Quand ils me voient, ils me disent : « négatif ». Je me sens soulagé, plus en confiance par rapport à eux maintenant, plus ouvert. Je peux discuter avec eux à bras ouverts. Ils me comprennent.

- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Ça a duré une nuit.
- Qu'avez-vous ressenti tout au long des contentions ?
- Je voulais aller aux toilettes. Je me suis détaché une main et j'ai fait pipi à côté. J'ai pu faire pipi à côté pour ne pas me mouiller, ne pas attraper froid. J'avais l'impression qu'ils me voulaient du mal. Les infirmiers, les IRIS. Je n'étais pas bien du tout. C'était un délire à ne pas refaire. A ne pas refaire.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Je me sentais entouré. Il y avait M. J., un bon docteur, que je remercie. Mme M., une psychiatre que j'ai revu il n'y a pas longtemps. Je lui ai expliqué mon cas, que je suis sorti de prison. C'était positif. Ça m'a fait du bien.
- Qu'aurait-on pu vous proposer en alternative des contentions ?
- Une piqûre. Ou discuter dans un bureau, parler : « il ne faut pas faire ça. » Me faire le rappel. Un avertissement. Comme en prison, ils te font passer au prétoire et tu expliques à ton avocat. Après, il y a le délibéré. Ça peut être un confinement dans la chambre. Manger dans la chambre. Rester seul. Parler avec un infirmier pour expliquer mon cas, mon attitude : comment ça s'est passé, pourquoi j'ai agressé, pourquoi je lui ai craché dessus, pourquoi j'ai cassé une table, pourquoi j'ai cassé un carreau, pourquoi j'ai cassé la télévision, admettons. Il faut parler avec moi, que je discute avec le docteur. Il y a quelque chose de concret. Qu'ils me parlent en bien. Et pas qu'ils m'attachent ou qu'ils m'enferment. Il y a des jours où je me dis : ce jour-là, j'étais en permission, je pouvais partir en Espagne. Mais non, ce n'est pas mon délire. Déjà, j'ai arrêté de fumer du shit. C'est une grosse base que j'ai franchie. Je suis fier d'avoir arrêté. Le matin, je fumais dix joints, le midi vingt, le soir cinquante pour dormir. Et depuis que j'ai arrêté, je suis une autre personne. Ça me suffit pour gérer mes pulsions. Je ne suis pas violent. Je n'ai jamais donné de coup de couteau. Je ne suis pas connu de la police pour avoir donné de coup de couteau. Je n'ai jamais agressé. Lorsque j'ai fait des vols, des trucs à la ruse, je ne m'en prenais pas aux gens. Je m'en prenais à leurs biens mais pas aux gens. Il n'y a pas eu de braquage, pas d'arme. Ça ne m'intéresse pas. Je préfère passer sur des trucs discrets, sans faire de mal. Mais je sais que cambrioler une personne dans son domicile, c'est comme un viol. Il ne sent pas bien. Comme moi, je me suis fait cambrioler et j'ai ressenti la même pensée que ces gens. De là, j'ai arrêté toutes mes conneries et je pars sur de bonnes bases.
- Que pourrait-on proposer pour améliorer le vécu sous contention ?
- Donner un délai : vous aller sortir d'isolement dans pas longtemps. Dans une heure ou dès que le docteur arrive. Vous restez là. Le docteur vous fera sortir. Vous allez vous calmer. Donner un délai sûr. Faire du mal aux infirmiers ou aux infirmières, ce n'est pas mon délire. Je préfère parler, discuter. Fumer une cigarette dans le jardin ou dans la chambre. Voir ce qu'on peut faire pour lui, pour l'aider. Un truc serein, propre, gentil. L'isolement, c'est une punition. Si on me dit de ne pas sortir de l'unité, je ne sors pas. Je respecte. Les contentions, l'isolement, c'est comme une punition. Je ne me sens pas bien. Je me sens rejeté. Une séquestration. Un acte de barbarie. Ça serait me punir. Si je manque de respect à une infirmière, si elle me dit : « je n'accepte pas votre langage », ça ne peut pas le faire. On vit à l'hôpital, on n'est pas à l'hôtel. On est là pour se soigner, on n'est pas là pour jouer à cache-cache. Je me suis senti délaissé,

nerveux, agressif. Envie de partir, de m'échapper, loin, qu'ils ne me trouvent pas. Me cacher. S'il faut me cacher, je jouerais à cache-cache. Ils ne me trouveront pas. C'est ce à quoi je pensais quand j'étais attaché. Je me disais qu'un jour je les verrais dehors, pour leur faire peur. On se retrouvera. Ce sont des menaces. Ce n'est pas approprié. Ce n'est pas acceptable. On est tous malades, on est ici pour se faire soigner. C'était un coup de folie, d'énervement. J'ai présenté mes excuses ensuite. Je leur ai demandé pardon. Je suis un peu fâché mais, après, ça passe. On oublie. C'est comme travailler dans une écurie, nettoyer, donner la paille aux animaux. Se faire racheter par la société. Se montrer plus habile. Certes, j'ai fait des conneries. J'assume. Maintenant, si quelqu'un me propose de faire ci, ou de fumer ça, ou de ramener ça, je lui laisse. Je ne veux pas goûter à ce repas-là, à ce délire. J'ai trente-trois ans, j'ai envie de voir autre chose.

Entretien 05

- J'étais en UMD depuis environ deux ans et on me donnait un traitement qui me sédatait énormément. La journée, on n'avait pas accès aux chambres. C'était interdit d'aller dans les chambres la journée. On quittait les chambres le matin. On ne faisait même pas la sieste l'après-midi. On ne réintérait les chambres que le soir. Dans le service, on n'avait pas le droit d'allonger ses jambes sur le siège. Je n'arrêtais pas de dire au docteur : « écoutez, vous nous sédatez et vous nous empêchez de nous reposer, d'aller au moins faire la sieste l'après-midi dans notre chambre. Et en plus vous nous interdisez d'avoir une position allongée dans le service. » J'étais extrêmement fatigué par le traitement qui était lourd et on m'empêchait de dormir. J'avais fait la remarque plusieurs fois au médecin. Vous me sédatez. C'est-à-dire, vous me donnez des choses qui font dormir et vous m'empêchez de dormir. Ça ne collait pas. Et un jour, je n'en pouvais plus. J'ai demandé à un ami à moi ce que je faisais. Il m'a dit : « tu rentres dans le bureau, tu prends l'ordinateur central et tu le fous par terre. » Je me suis levé, je suis rentré dans le bureau. Le bureau était ouvert. C'était l'ordinateur qui régissait tous l'UMD. Toutes les alertes passaient par là. C'était le nœud central, le cerveau. Je suis entré. C'était une grande télé. A l'époque, il n'y avait pas encore d'écran plat comme ça. J'ai pris la machine et je l'ai cassée par terre. J'ai rendu mes clés et mon briquet, sachant très bien que j'allais aller en chambre. Les infirmiers m'ont pris mon briquet et ma clé et m'ont accompagné en chambre d'isolement. Ils m'ont attaché et m'ont shooté une fois toutes les six heures. Je me rappelle de ces quarante-huit heures comme dans un brouillard. Je ne sais pas si j'ai mangé, si j'ai pissé, si j'ai chié. Je sais que toutes les six heures, on me détachait un pied. Et toutes les six heures, on me faisait une injection. Je sais que je suis resté pendant quarante-huit heures attaché. Au bout de quarante-huit heures, ils m'ont changé de service. Il faut savoir que j'ai vécu ça dans un grand brouillard. Je ne me rappelle ni avoir mangé, ni avoir dormi, ni rien du tout. J'étais attaché. C'était un vrai cauchemar dans ma tête. On me piquait et on venait régulièrement me réveiller pour me piquer. Je considère que ce que j'ai vécu là-bas, ça a été la preuve d'une très grande sauvagerie envers moi. Je ressens ça encore comme un traumatisme. Ça a été la seule fois où on a été obligé de m'attacher durant mon parcours psychiatrique. C'était dû à une injustice. On me faisait sommeiller et on m'empêchait de dormir. Donc, et j'espère que des gens l'entendront, le fait d'être attaché de cette manière, c'est un profond traumatisme que je ressens. Que je ressens, dix ans après, encore au fond de moi.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers et les médecins ?
- J'ai toujours été très sociable. Je ne me suis jamais battu avec personne. Je n'ai jamais frappé personne, ni un infirmier, ni un patient. Ça se passait bien. Il n'y avait pas de problème jusqu'à

ce jour où j'ai cassé l'ordinateur. D'ailleurs, à partir de ce moment-là, le médecin a enlevé quasiment tout mon traitement. Tout ce que je me rappelle, c'est qu'on me piquait et qu'on me rattachait régulièrement. Un grand brouillard. Comme si on faisait un cauchemar. Je sais qu'à des moments, je voulais me tourner et je n'arrivais pas à me tourner. J'étais attaché sur le dos. Et moi, je n'arrive pas à dormir sur le dos. On me piquait toutes les six heures. Ça fait donc qu'en quarante-huit heures, ils m'ont piqué à peu près sept ou huit fois. Je tiens à ce que l'entretien soit bref. Je tenais simplement à dire que c'est extrêmement traumatisant de se sentir attaché alors qu'on n'aurait pu simplement me mettre en chambre d'isolement. On n'aurait simplement pu écouter mes doléances. On n'aurait simplement pu arrêter de me shooter avec des produits qui produisent des effets indésirables indescriptibles, tellement c'est douloureux pour l'âme et pour le psychisme. C'est contre-productif, ce genre d'attitude qu'on a eu envers moi. C'est tout que je voulais dire.

Entretien 06

- Décrivez-moi la situation ayant conduit à la contention.
- J'ai insulté un des internes et sept personnes sont entrées dans la pièce. Ils m'ont attrapé et m'ont posé les attaches avec les aimants. Les pieds et les mains. Au bout de trois heures, ils sont venus m'enlever une main pour que je puisse fumer. J'ai passé la nuit tout attaché.
- Parlez-moi de ce que vous avez ressenti lorsqu'on vous a mis les contentions.
- J'ai commencé à mettre des coups de pieds, des coups de main parce que, pour moi, même un chien, on ne l'attache pas. La liberté est égale pour tout le monde. Ils ont peut-être trouvé que j'étais assez colérique mais la poussée de colère est redescendue de suite.
- Quelles émotions avez-vous ressenties lors de la pose des contentions ?
- De la colère. Je fais toujours payer au centuple le mal que l'on me fait. J'ai réussi à mettre une droite à un des infirmiers. Après, j'ai été transféré directement ici. Ici aussi, on m'a attaché. Une journée, je crois. J'avais un peu d'agressivité. Je suis assez méchant et agressif. Comme je vous ai dit, je fais payer au centuple. Vous me lancez une petite pierre, je prends une fronde et je vous fais très mal. Dans ce service, ça fait une semaine que j'ai été attaché. Ils m'ont dit que c'était pour mon bien. Pour l'instant, je n'ai pas trouvé de plaisir à être attaché.
- Qu'avez-vous ressenti tout au long des contentions ?
- De la méchanceté envers les gens. On m'aurait libéré un bras, je crois que j'aurais fait très mal parce que ça n'a pas lieu d'être. J'ai un passé. Depuis trois ans, je me prends la tête avec les tribunaux. Ce qu'ils m'ont fait eux, c'est rien du tout, c'est infime. Ça aurait pu être plus violent que ça parce que ça fait trois ans que je suis vraiment méchant avec tout le monde. On a beau se dire bonjour, si la personne me titille le lendemain, je ne fais pas de cadeau. Je pars au quart de tour. A ce moment-là, je les aurais frappés.
- A quoi avez-vous pensé tout au long de la contention ?
- A dévisser les aimants. Ça me revient maintenant. A S., ils m'ont attaché parce que j'ai cassé la sonnette et la fenêtre. Ils ont trouvé que ce n'était pas logique. Ils avaient raison quelque part. Sur le coup, ça fait mal de se dire que je vais rester attaché en n'ayant pas connaissance d'un temps réel d'attente. Si c'est pour une heure ou pour deux heures. Psychologiquement, ça fait mal. Je n'avais pas d'idée de temps. On sait qu'on est attaché mais on ne sait pas combien de temps on va vous attacher. C'est très chiant de ne pas savoir l'heure. Mais, vous voyez, je n'ai pas de montre, je n'ai pas de téléphone. Mais, à ce moment-là, c'est dérangeant. Pour situer une demi-heure, pour moi ça faisait une heure et demi qu'on m'avait attaché. Alors

que ça faisait une demi-heure. Je pense que c'est ça qui fait plus mal que le fait d'être attaché. Car, lorsqu'on est attaché, on sait que l'infirmier va revenir. Mais quand vous ne savez pas à quel moment il va venir, ce n'est pas terrible.

- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Mal. Parce que, pour moi, ce ne sont pas des amis. Ce ne sont pas des gens que je connais. Et je n'ai pas besoin d'eux. Je pensais ne pas avoir besoin d'eux. J'ai été concentré pendant trois ans dans ma colère, à faire beaucoup de conneries pour aller voir le procureur. Eux, ils ont pris dix pour cent de colère alors qu'il n'avait rien contre moi et je n'avais rien contre eux. Ça s'est passé calmement parce que, si vous n'êtes pas calme, il passe encore du temps. Vous êtes dans une salle où il n'y a pas d'horloge, où il n'y a rien. Votre seul ami qui peut vous donner à boire, c'est l'infirmier. A ce moment-là, il faut être gentil avec l'infirmier. Si on devenait méchants, ils fermeraient la porte et vous laisseraient quatre heures à l'intérieur. Ça a toujours une logique. En ce qui me concerne, ça ne dérange pas. J'ai vécu deux semaines dans une cave. Ça ne me dérange pas. La camisole de force, ça ne me dérange pas. Mais, ce qui m'embête, ce sont les dommages collatéraux J'ai peur de lâcher trois ans de colère sur une personne. Je sais ce que je suis capable de faire. Mon niveau de colère, je le connais. Et la capacité pour passer de normal à homicide, il n'y a pas grand-chose. Pour la contention en elle-même, le plus dur est le serrage. Ils n'ont pas l'impression de serrer, mais on ne peut pas bouger. Mais ce n'est pas eux qui l'ont inventée. Ici, j'ai vu le nouveau système à scratch. Il y a de l'évolution. Je pense, encore une fois, qu'on a besoin de cet outil. Du côté du patient, on fait tout dans le bon sens. Mais les soignants, on ne s'en occupe pas trop. Eux, qui n'ont pas de colère envers moi, qui ne me connaissent même pas, c'est un calvaire. C'est plutôt de ce côté-là qu'il faudrait voir. On peut créer des matériaux plus adaptés pour les infirmiers, pour que ça aille très vite.
- Que pourrait-on faire pour que les contentions soient plus supportables pour le patient ?
- Ils le font à la prison lorsqu'on sort, le système à scratch. Ça, c'est pas mal. Ça peut être une bonne solution. Ils ont aussi un cadenas, des aimants et des bandes assez rigides. Les autres, moins. Pourtant, ça a le même effet. On est attaché, on ne peut pas faire n'importe quoi. Pour un patient comme moi qui a tout fait pour avoir les contentions, c'est mérité. Il y a certains patients qui ont les contentions pour des maladies différentes, ça serait bien qu'ils puissent avoir ce nouveau matériel. Eux, ce sont des malades. Quand je dis des malades, ce ne sont pas des fous. Ce sont des gens qui ont une maladie et qui ont besoin de ça. Pour améliorer les contentions, à la rigueur, ils pourraient mettre de la musique ou un téléviseur mural. Ce n'est pas méchant, ce n'est pas bête ce que je dis. Même pour les vaches ou pour les brebis, on met de la musique pour le lait. Je pense que pour les gens, c'est pareil. Ecouter de la musique ou avoir une image, ça permet de se calmer. On se dit qu'on n'est pas tout seul. Dans la chambre, ce n'est que du blanc. Les toilettes sont à côté du lit. Ces choses-là peuvent être amenées à changer. Moi, je suis un rongeur. Quand on me percute, moi je persécute. Je ne vis que dans le centuple. Mais je pense que ce serait bien pour certaines personnes que ce soit plus cool pour eux. C'est dans leur cerveau. C'est le déclic, ça va partir et on est obligé de les attacher. Moi, mon problème est que je suis bipolaire. C'est une pathologie qui n'est pas très grave mais pour d'autres, je pense qu'il est nécessaire qu'il y ait des innovations. Je pense et j'espère que Mme Taubira peut entrer dans ces protocoles qui sont minimes pour elle mais qui serait un grand pas pour les patients. Il y en a beaucoup qui sont attachés mais pas bien. On ne va pas leur faire de cadeau, on va les attraper, les jeter et on les attache. Peut-être qu'il y a d'autres moyens d'attacher que de les attraper à sept. Pour mon vécu, ça n'a pas été gênant. Ça aurait été gênant si je n'avais pas une histoire derrière, si je n'avais pas de compte à rendre. Ça aurait pu être gênant. Moi, je l'ai bien vécu. Encore aujourd'hui, si je devais retourner en contention, ça ne me dérangerait pas. Je sais que c'est pour mon bien. Mais expliquer à un patient qu'il a

des difficultés autres que les miennes, lui expliquer que c'est pour son bien, c'est plus compliqué.

- Est-ce que vous pensez qu'il puisse y avoir des alternatives à la contention dans votre situation ?
- Je ne pense pas. Ils ont enlevé la camisole de force, et ils ont eu raison. Mais, je persiste à dire que le service pénitencier a des nouvelles menottes à scratch. Ça peut être un des moyens d'innovation. La personne peut bouger mais ne pourra pas s'enfuir. C'est relié aux pieds et aux mains. Le service pénitencier, de ce côté-là, a le matériel étudié pour la psychiatrie, et on ne s'en rend pas compte. On se dit : ce sont des menottes. Mais, si on va plus loin, ce sont des menottes améliorées et ça peut servir dans un service psychiatrique.

Entretien 07

- Décrivez-moi la situation qui a conduit à la pose des contentions.
- J'avais trop la haine, la rage. Je me sentais trop persécuté. C'était il y a une semaine. Je ne me rappelle plus de la situation. Tout ce que je sais, c'est que j'avais la mort en moi. Je n'ai rien contre les infirmiers, c'est contre la pénitencière. Ça s'est mal passé. Ils m'ont contenu, ils m'ont fait mal. La pénitencière. Tout ce que je veux, maintenant, c'est la mort. Il y avait des infirmiers aussi. Sans le faire exprès, j'ai fait mal à un infirmier. Mais j'ai regretté.
- Qu'avez-vous ressenti au moment de la pose des contentions ?
- J'avais la haine. Je leur ai craché dessus. Je les ai insultés de tous les noms. De la haine. De la rage. J'ai trop de haine et de rage, et ça se voit sur moi. Regardez-moi comment je suis habillé. Tout en noir.
- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Je ne sais pas. Toute une nuit et une matinée. On m'a piqué. On m'a donné une piqûre alors que je n'en voulais pas. Pour moi, c'était comme un viol. Je l'ai ressenti comme si c'était un viol. Ils m'ont shooté. Au début, j'avais la haine. Je les ai tous insultés et je leur ai craché dessus. Etre attaché comme un chien, ça ne me plait pas. J'ai été attaché quatre fois. Les quatre fois, ça s'est mal passé. Je leur avais préparé des guets-apens.
- A quoi avez-vous pensé tout au long des contentions ?
- A toute la merde qu'il y avait dans ma tête. J'ai la haine. Je reviens de loin. Je suis né dans un port d'esclaves. En Polynésie française. A Tahiti. Mes ancêtres se sont faits tuer par les Français. C'est ça qui me met la haine.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long des contentions ?
- Avec les infirmiers, ça s'est très bien passé. Je suis poli avec eux. Ils restent polis avec moi. Je n'ai pas les nerfs contre eux. J'ai les nerfs contre la pénitencière. Les infirmiers passaient régulièrement. Ils font bien leur travail. Je n'ai rien à dire sur eux. Ils sont bien.
- Et avec les médecins ?
- Ça a été.
- Que pourrait-on améliorer pour que les contentions soient plus supportables ?
- Une fois que l'on est attaché, il n'y a rien de plus dur. De ne plus pouvoir bouger, si on a envie de se gratter. C'est dur. Ce n'est pas humain d'attacher des gens sur un lit. Imaginez-vous attaché. En croix. C'est comme s'ils m'avaient crucifié. On ne peut rien améliorer. Juste le fait d'attacher, on ne peut plus améliorer. On peut nous ramener un kebab, n'importe quoi, on s'en fout.
- Pourrait-il y avoir des alternatives à la contention ?

- Ce sont les règles dans l'hôpital psychiatrique. Il faut juste assumer. On aurait pu m'enfermer en chambre. Juste enfermer. J'espère que ce rendez-vous portera ses fruits.

Entretien 08

- Décrivez-moi la situation au cours de laquelle on vous a mis les contentions.
- J'ai demandé à un infirmier si je pouvais prendre le traitement après le petit-déjeuner. Il a refusé. Je l'ai pris mal. J'ai cru qu'il me voulait du mal. J'ai tout jeté. Dès que j'ai vu qu'il allait fermer la porte, je me suis vite mis en isolement. Ils ont essayé de me tenir. Dans ma tête, ceux qui essayaient de me tenir, c'était le Diable. C'était l'infirmier à qui j'avais mis un coup de boule. De là, ils m'ont tous attaché. Ils m'ont tous attrapé. Je leur crachais dessus. J'avais la haine parce que je savais ce qu'ils allaient me faire, ils allaient m'attacher de nouveau. Mais ce n'était pas ça le pire. J'ai eu plus de quatre jours de contention. Mais une journée, ça m'aurait suffi.
- Qu'avez-vous ressenti au moment de la pose des contentions ?
- J'ai ressenti comme si j'étais un chien. Je ne pouvais même pas bouger les bras. Un chien. Pour pisser, il fallait que je m'aide de mon autre bras, que je mette les fesses comme ça et que je prenne l'urinoir pour pisser dedans. Je n'ai appelé personne car je n'avais pas la sonnette. J'étais obligé de gueuler : « S'il vous plait ! S'il vous plait ! Je suffoque. » Parce que je croyais que je suffoquais. Mais c'étaient les contentions qui me faisaient suffoquer. Je me suis dit : « Ils m'attachent. Ce sont des chiens. Ils me veulent du mal. » J'étais toujours dans ma bouffée délirante. Je me suis dit que j'allais être attaché comme à P. Parce qu'à P., c'était cool. Dès que je gueulais, les infirmiers venaient. Sauf que là, quand je gueulais, ils ne venaient pas. Mais c'est normal. Il y a deux portes et ce sont des portes blindées. C'est normal qu'ils n'entendent pas. Je voulais aussi fumer une cigarette. C'était la seule chose à faire pour me calmer à ce moment-là. Maintenant que je suis posé dans ma tête, c'est vrai qu'il n'y avait que la contention qui aurait pu me calmer à ce moment-là. Mais même une journée, j'aurais compris. Que passer à l'acte, ça ne servait à rien. Que taper les gens, ça ne sert à rien. Que la violence, ce n'est pas bien. Parce que j'étais passé à l'acte. A P., j'ai aussi mis un coup de boule à un infirmier parce qu'il m'a tenu les bras. Je lui ai dit : « Toi, maintenant, tu dégages ! » J'étais dans une période de haine. J'avais une sorte de haine en moi qu'ils m'ont fait combattre avec les médicaments.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti tout au long des contentions ?
- A la fin, les infirmiers ne m'avaient pas mis le truc pour pisser. L'urinoir. Je me suis pissé dessus. Je suis resté presque trois heures dans ma pisse, en train de gueuler : « S'il vous plait, venez ! » Et c'est le cadre de santé qui est venu me laver. C'est un grand homme. Je le considère. Il est venu alors que j'étais vraiment dans la merde. Quand le plateau venait, et que les contentions étaient mal mises, je le foutais en l'air. Je leur disais : « Ramassez, bande de chien ! Vous me prenez pour un chien, vous m'avez attaché comme un chien, et bien nettoyez comme des chiens ! Je ne vous respecte pas, vous ne me respectez pas. » J'étais violent. Mais je me suis calmé. Je pense que les contentions auraient pu être enlevées la nuit et remises la journée. Mais est-ce que je me serais laissé faire ? Car, au bout d'un moment, ils m'ont détaché pour que je prenne quelque chose, mais, de moi-même, je me suis fait de nouveau attacher. J'ai regagné leur confiance, en quelque sorte. Mais quatre jours, ça a été long. Je me disais : « qu'est-ce que j'ai fait au Seigneur pour en arriver là ? Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? Qu'est-

ce que j'ai fait dans ma vie pour finir attaché là, comme un chien ? » Je pensais que Dieu m'en voulait. J'étais dans une bouffée délirante.

- Comment se sont passés vos rapports avec l'équipe infirmière tout au long des contentions ?
- Au début, ça s'est mal passé parce que, comme je vous ai dit, je jetais tout ce que je pouvais jeter. Je crachais par terre. Et, petit à petit, comme ils m'ont libéré un bras, j'ai pu faire ouah. Les bras écartés, je me sentais comme Jésus. Ça ne veut rien dire pour vous. J'étais attaché et tout le monde me voulait du mal. Je croyais que tout le monde, même les équipes, me voulaient du mal. Mais c'est une mauvaise interprétation que j'ai faite. La pathologie que j'ai, c'est que j'essaie d'appréhender les choses. J'essaie d'interpréter des choses qui sont peut-être ininterprétables. C'est ça ma pathologie. Mais je trouve que pour les contentions, quatre jours, ça a été long. Au bout de deux jours, j'aurais compris que passer à l'acte, ce n'est pas bien. Je demandais aux infirmiers de me détacher au moins un pied ou une main. Parce que, au bout d'un moment à P., ils m'avaient juste attaché le pied droit et la main gauche. J'étais libre. Je pouvais au moins bouger quelques membres. Eux, non. Ils m'ont attaché les deux pieds et les deux mains. Il n'y avait pas de mou. Et dormir comme ça pendant quatre jours, ça a été dur. Quand la couverture tombe, on a froid. On ne peut pas se la remettre. Tout à l'heure, j'ai vu les infirmiers sortir les contentions pour les laver et les ranger. Ça m'a fait trembler. J'en tremble encore de les revoir. Je me sens traumatisé. Comme un traumatisme parce que, peut-être, ça a duré trop longtemps. Mais, si eux ont décrété qu'il fallait quatre jours pour que j'aille mieux, c'est leur jugement. Il ne faut pas remettre leur jugement en cause. Parce que peut-être qu'ils ont pris conscience qu'il fallait quatre jours. Moi, je croyais que ce n'était que vingt-quatre heures. Ils m'avaient dit que peut-être demain, on pourrait me les enlever. Et moi, dans ma tête, je me suis dit que demain, ils allaient me les enlever. Je me suis dit ensuite que c'était vraiment des chiens. Ils veulent vraiment me nuire. Je suis rentré encore un peu plus dans ma paranoïa aigüe, dans ma bouffée délirante.
- Comment se sont passés vos rapports avec les médecins ?
- Ça s'est bien passé avec les médecins car je ne les voyais pas beaucoup. C'est surtout les infirmiers que je voyais. A la fin, on a rigolé avec les infirmiers. Je leur disais : « Put your hands up ! Put your hands up ! » Je levais les bras et je disais : « Put your hands up ! » Parce que j'étais content. Ils me détachaient un bras, puis ils me détachaient l'autre. Ça me faisait du bien parce que le muscle était attaché pendant quatre jours. Juste un va et vient avec mon bras, ça m'a fait du bien. Ils m'ont rattaché après. Je savais qu'ils n'allaient pas me laisser à vie contenu. Ce n'était qu'une étape. Mais, je me suis quand même pissé dessus. Ça m'a fait des trucs sous la bite, entre les couilles. Ça m'a fait des champignons. Il faudrait faire en sorte que le patient ait une sonnette pour appeler. Parce que, là, si je ne gueulais pas, personne ne venait. Je gueulais : « Venez s'il vous plait ! Je vous en supplie ! » Je ne pouvais pas sonner. Dans la chambre d'isolement, il y a une sonnette. Les infirmiers viennent quand ils veulent. Quand ils ont le temps aussi. Je ne pouvais pas sonner. La sonnette était à trois mètres.
- Que pourrait-on mettre en place pour que la contention soit plus supportable ?
- Laisser plus de mou. J'avais peut-être dix centimètres de mou. Ils auraient pu me laisser un mètre. A la fin, ils m'ont fait en sorte de me laisser plus de mou, cinq ou dix centimètres. Au moins, je pouvais faire des gestes de la main.
- Est-ce qu'on pourrait améliorer d'autres choses pour que la contention soit plus supportable ?
- Je dirais, avec le recul, que si le mec a été contenu, c'est qu'il l'a cherché. Mais on pourrait mettre en place un système pour que le mec puisse appeler. Moi, je me sentais suffoquer. Dans ma tête, je me disais que j'allais mourir. C'est une interprétation que je fais, encore une fois. Je disais : « Vite ! Vite ! Je m'étouffe ! Je suffoque ! » Les infirmiers sont vite venus. Est-ce

que ce ne sont pas d'autres patients du service qui écoutaient et qui prévenaient les infirmiers ?

- D'autres choses ?
- A P., je parle de P. parce que c'était la meilleure contention, ils avaient attaché le pied droit et la main gauche. Evidemment, je ne pouvais rien faire mais j'arrivais à faire certaines choses. Est-ce que, eux aussi, n'auraient pas pu faire ça ? Et après, changer. Mettre la main droite et le pied gauche. Comme ça, les membres bougent. A la base, je dors comme dans le ventre de ses parents, comme dans un cocon. Mais j'ai dormi pendant quatre jours sur le dos. Ce n'était même pas reposant. J'étais fatigué, épuisé à la fin. Essayez de dormir les jambes et les bras écartés.
- Qu'est-ce qu'on pourrait proposer en alternative à la contention dans votre situation ?
- Je ne sais pas. Quand même, ils étaient huit sur moi. Ils m'ont piqué, comme un chien. Mais pour me calmer aussi. Est-ce que ça n'aurait pas suffi ? Est-ce que le fait de me sédaté n'aurait pas suffi à me calmer ? Pourquoi est-ce qu'ils m'ont sédaté et m'ont en plus attaché ? Je ne sais pas comment vous, vous l'interprétez mais je pense qu'ils ont été à un extrême. Mais, maintenant, je suis bien. Je vais bientôt partir. Il me reste maximum trois semaines et je vais m'en aller. Je n'oublierai pas que la contention, c'est dur. Qu'il faut penser aux gens contenus. Si je sais que quelqu'un est contenu dans le service, je vais rester derrière la porte. Et s'il appelle à l'aide, je pourrais aller voir les infirmiers et leur dire qu'il appelle à l'aide. Moi, je sais qu'il y avait peut-être quelqu'un derrière cette porte qui écoutait. Quand je tapais à la porte pour dire : « Venez vite ! J'en ai marre ! », ça ne sert à rien, ils ne viendront pas plus vite. Ils viendront quand ils ont le temps de venir. Il y a des gens comme nous qui sont à l'extérieur de la zone d'isolement. Les infirmiers ont autre chose à faire de leur temps que penser au gars qui est en contention. Mais il faut y penser quand même. Ça me rassurait de savoir que quelqu'un pouvait m'entendre de l'autre côté de la porte. Au moins, faire en sorte d'avoir un style de petit bip pour appuyer une fois, de mettre sous la sonnette un fil où l'on puisse appuyer. Pour que celui qui est contenu, lorsqu'il a besoin de quelque chose, il appuie. Parce qu'au final, j'appelais mais c'était les gens que je voulais voir. Je disais : « Mais quand est-ce que je peux sortir ? C'est quand ? » Et toute ma vie, je vais peut-être me poser cette question. Ma pathologie, c'est que j'interprète les choses, quand je parle avec les gens. Au début, je ne voulais pas parler de cette expérience de contention, que c'est un fardeau. Chacun sa merde. Mais il faut arranger les choses. Il faut améliorer les choses. Si on peut aider un prochain patient contenu, je peux faire quelque chose grâce à ça.

Entretien 09

- Décrivez-moi la situation où ont été utilisées les contentions.
- La dernière fois, j'ai été mise sous contention pendant mon sommeil. Je pense que je devais trop bouger pendant la nuit, être trop agitée. Quand je me suis réveillée, j'ai vu que j'étais attachée du pied gauche et de la main droite, ou le contraire. J'étais attachée de part et d'autre. Je ne pouvais pas me lever ou quoique ce soit. Je ne pouvais que crier pour que l'on vienne m'ouvrir.
- Qu'avez-vous ressenti lorsque vous vous êtes réveillée attachée ?
- J'étais peinée parce qu'on m'enlevait une partie de moi-même. Je ne pouvais pas parler, je ne pouvais pas me lever, je ne pouvais pas frapper à la porte, je ne pouvais rien faire. Je me suis sentie très mal. Je n'ai pas aimé. Il y avait de la haine par rapport au corps médical. Je me

disais : « ils m'ont attachée pour ne pas que... ». Je pense que c'était pour mon bien, parce que je me cognais, je me levais pendant la nuit. C'était aussi pour mon bien. Sur le moment, je me disais : « ils m'ont attachée ces cons ». Le lendemain, lorsqu'on en a reparlé avec les infirmiers, j'ai compris que c'était pour mon bien, pour éviter que je me lève dans la nuit, que je me cogne, comme je somnambulais un petit peu. J'ai compris que c'était pour mon bien.

- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Pour cette fois, une nuit.
- Comment se sont passées vos rapports avec les infirmiers ?
- Je n'ai pas eu de rapport avec eux puisque j'ai été contenue et je me suis endormie. Quand je me suis réveillée, ils sont venus et m'ont détachée. Ça s'est bien passé parce que j'étais calme. Je n'étais pas agressive avec eux. J'étais calme. Ils m'ont détachée calmement.
- Vous voulez ajouter autre chose ?
- Quand j'avais seize ans, j'ai aussi été attachée. Mais là, je trouvais que c'était la camisole de force
- Dans quelle situation la contention s'est réalisée ?
- J'étais internée pour une première hospitalisation, la toute première de ma vie. J'ai détesté être attachée. Comme j'étais trop agitée, j'avais été attachée. J'étais consciente. Je n'avais pas aimé du tout parce que c'était la première fois. Je n'ai pas aimé du tout. Je criais dans tous les sens. Je bougeais de partout donc ça m'a laissé des marques sur les mains, sur les poignets. Pour vous dire la vérité, on nous enlève la camisole mais les médicaments, c'est comme une sorte de camisole aussi.
- Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- De la haine. Je criais. J'avais envie de taper tout le monde. C'était trop invivable. J'étais attachée. Je ne comprenais pas pourquoi. C'était la première fois. Je ne pensais pas que c'était moi qui étais malade. Je ne comprenais pas pourquoi on attachait un malade, tout simplement. Je ne comprenais pas l'intérêt de m'attacher. C'était très dur cette fois-ci. J'avais de la peine et de la haine envers le corps médical.
- Combien de temps aviez-vous été attachée ?
- Un petit moment. Je ne saurais pas vous dire combien de temps. Plusieurs heures.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Ça se passait tout le temps mal. C'était le début. Je ne comprenais pas. Avec le recul, maintenant, on sait pourquoi on se fait attacher, on sait pourquoi on est attaché, on sait comment ça se passe. Quand on est jeune, qu'on a seize ans et qu'on se fait attacher, on ne comprend rien à ce qu'il nous arrive. Ça s'est mal passé avec les infirmiers. Je les ai insultés de tous les noms de pigeons, d'oiseaux, de tous les noms qui pouvaient exister. Je les ai insultés. Je n'avais qu'une envie, c'était franchement de partir. J'avais d'ailleurs fini par fuguer lors de cette hospitalisation.
- Et avec les médecins, comment ça s'est passé ?
- Ça s'est bien passé. Ça s'est toujours bien passé avec les médecins en général.
- Que pourrait-on améliorer pour que la contention soit plus supportable ?
- Expliquer à la personne avant de l'attacher que c'est temporaire, pourquoi on le fait et combien de temps ça va durer. Pourquoi, comment et combien de temps. Ça permet à la personne de se dire : « je vais être attachée tant de temps, c'est pour telle raison », ça lui permet d'être moins stressée, de moins bouger, de mieux comprendre les choses, pour mieux ensuite anticiper ses réactions et ne pas partir dans un effet d'incompréhension où la personne va être agitée, va bouger dans tous les sens. Le corps médical va dire : « Pourquoi elle bouge ? Pourquoi elle est comme ça, agitée ? » Il faut tout simplement expliquer à la personne : « Vous êtes attachée pour telle raison. Il faut que vous compreniez que quand vous serez moins

agitée, on vous détachera. ». Ça serait plus dans l'explication de chaque chose que l'on fait avec le patient.

- Est-ce qu'il y a d'autres choses que l'on pourrait améliorer ?
- Venir voir la personne régulièrement. Voir comment elle va. Lui apporter de l'eau, les soins, les choses de première nécessité. Venir souvent au tout début, retourner la voir au bout d'une demi-heure, puis toutes les heures, et ainsi de suite.
- Quelles alternatives à la contention aurait-on pu vous proposer ?
- Malheureusement, vous n'avez pas trouvé jusqu'à aujourd'hui un autre moyen de pallier à ça lorsque les personnes sont trop agitées. On ne peut pas faire autrement que de les attacher. Maintenant, est-ce que c'est la meilleure des solutions ? Je ne sais pas. Je ne pense pas. On peut la mettre dans une pièce, on peut l'enfermer, peut-être sans la contenir.

Entretien 10

- Expliquez-moi dans quelle situation vous avez été contenu ?
- J'étais un peu excité. En fait, je ne savais pas ce qu'il m'arrivait. Je ne comprenais pas pourquoi j'étais à l'hôpital. Ça a commencé à l'hôpital P. Je ne comprenais pas pourquoi j'étais aux urgences. Ça s'est passé trop vite. Je ne comprenais pas pourquoi. Ils m'ont sauté dessus et m'ont attaché. Je suis resté attaché au lit
- Qu'est-ce que vous avez ressenti lorsque les infirmiers vous ont attaché au lit ?
- Sur le coup... Je ne m'en rappelle pas trop. Comme c'était sur un moment d'énerverment. Je savais qu'ils allaient me détacher, ils n'allaient pas me laisser attacher à vie. Je ne comprenais pas. Je ne comprenais pas ce qu'il m'arrivait. Ça serait à refaire, je ne le referais pas. Ce n'est pas possible. Ce n'est pas une bonne expérience. J'ai été attaché deux fois. Au début, c'est parce que je ne voulais pas me laisser faire aux urgences. Après, ils m'ont détaché. Et, pendant le transfert vers l'hôpital M., ils m'ont attaché encore une fois par précaution. Juste le temps du transfert.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti la première fois que vous avez été attaché ?
- Je me suis senti comme un animal. Attaché comme un animal. Je leur ai dit : « je ne suis pas un chien pour que vous m'attachiez comme ça. » Ce sont les chiens, les animaux qu'on attache. Les êtres humains, on ne les attache pas comme ça. C'est à cause de ça. Jusqu'à aujourd'hui, je ne comprenais pas ce qu'il m'arrive. Pourquoi je suis à l'hôpital. Pourquoi je suis ici. Je ne comprends pas. J'avais un travail. Enfin, j'ai toujours un travail, je suis en arrêt maladie. J'ai une famille que j'aime, qui m'aime. J'ai une bonne petite vie. J'ai une petite vie paisible. Je ne comprends pas pourquoi je me retrouve ici. Au moment des contentions, je ne comprenais pas non plus. J'étais trop excité à ce moment-là. Je ne sais pas pourquoi. Il y a des questions pour lesquelles je ne peux pas répondre. Il y a des choses que j'ai faites dont je n'ai pas d'explication.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long des contentions ?
- Je ne m'en rappelle pas.
- Avec les médecins ?
- Je devais crier sans doute. Je ne rappelle pas trop sinon.
- Que pourrait-on améliorer pour que les contentions soient plus supportables pour le patient ?
- Franchement, je ne peux pas vous répondre. C'est la première fois qu'on m'attache comme ça. Et c'est la dernière. J'espère que c'est la dernière. Je pense que c'était supportable quand même. Ce n'était pas violent. C'était supportable.

- Est-ce que vous pensez qu'on aurait pu vous proposer autre chose en alternative que la contention ?
- Une piqûre ? On m'a fait des piqûres de force. On m'a attrapé et on m'a fait deux piqûres de force. Une sur la fesse droite, une sur la fesse gauche. Et ça me faisait trop mal quand j'étais assis. C'était avant qu'ils m'attachent. Si je me rappelle bien.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ?
- J'espère que je sortirai vite d'ici parce que j'en ai marre. Il n'y a rien à faire. Je m'ennuie. Ma famille me manque. Je n'ai pas droit aux visites encore. On dirait que je suis détenu, que je suis en prison. Je suis à l'hôpital. Je suis un patient. Je suis ici pour me soigner. Mais on dirait que je suis en prison. Pour les affaires, il faut attendre l'accord du médecin. Pour participer aux activités, il faut l'accord du médecin. Il faut faire une demande pour tout. C'est comme en prison. Moi, j'ai déjà fait de la prison. C'est du passé. Mais je trouve que c'est à peu près le même règlement. C'est un hôpital. Normalement, ce n'est pas censé être comme ça. C'est trop rude. Même le médicament qu'ils me donnent, je trouve qu'il est trop lourd. Il me ramollit. Il m'endort. Il me fatigue. Il faut qu'ils le changent ce traitement. Je n'ai pas envie de sortir d'ici comme une loque. C'est ma famille qui a choisi que j'entre ici pour mon bien. Pour que je sois mieux. Pas pour aggraver mon cas. A la base, je suis bien. Je suis quelqu'un d'actif. Si c'est pour me rendre tout mou et tout ramolli, ce n'est même pas la peine.

Entretien 11

- Expliquez-moi dans quelle situation vous avez été contenu à l'hôpital.
- Je n'ai pas voulu partir d'ici et la pénitencière a été obligée d'intervenir. J'ai été attaché, piqûre. Ça s'est passé ici. Les piqûres aux fesses. Et je me suis retrouvé à moitié endormi en maison d'arrêt. Comme je ne me sentais pas prêt pour retourner en maison d'arrêt, j'ai résisté. Ils ont été obligés d'intervenir. Ce sont les surveillants et les infirmiers qui m'ont attaché. J'étais prêt à me battre avec eux. Ils étaient quatre. Ils ont réussi à me plaquer contre le sol. Ils m'ont appuyé sur la tête avec leurs bottes. Ils m'ont écrasé la tête contre le sol. J'ai saigné du visage. Ils m'ont plié en deux et ont réussi à m'attacher au lit. Le temps que je me calme. Ils m'ont fait des piqûres aux fesses. J'ai ouvert les yeux, j'étais à moitié endormi, et j'ai réalisé que j'étais déjà en prison, dans ma cellule. Je n'ai rien vu venir.
- Qu'avez-vous ressenti lorsqu'on vous a attaché ?
- J'ai déjà une situation compliquée, un passé compliqué. J'avais du mal à digérer. C'était dur. Ça me faisait mal. D'être attaché comme ça. Ça n'arrive pas souvent. Mais quand ça arrive, ça nous met très mal. L'effet de ne rien comprendre. D'être traité comme un animal. Ils m'ont tabassé. Ce n'est plus moi qui décidais. J'étais entre leurs mains, et ils faisaient ce qu'ils voulaient. Je leur disais : « Arrêtez ! Arrêtez ! C'est bon, je vous tends les mains. Mettez-moi les menottes. Arrêtez ! ». On me disait : « C'est trop tard. Vous auriez dû réfléchir avant. » Ils me mettaient des coups, jusqu'à ce que je sois KO pour pouvoir m'attacher. Après, les menottes aux poignets, les chaînes aux pieds jusqu'à là-bas. En général, quand on part d'ici, on a juste les menottes. Ce jour-là, j'étais attaché aux pieds aussi. Je me détestais ce jour-là. Je me disais : « Ce n'est pas moi. Qu'est-ce que j'ai fait ? Ce n'est pas moi. Je n'ai rien fait pour mériter une telle punition. » Parce qu'on peut appeler ça une punition.
- Pourquoi appelez-vous ça une punition ?
- Parce qu'ils ont été obligés d'intervenir. Et quand ils interviennent, ça ne rigole pas. S'ils interviennent, ils sont vraiment gonflés à bloc et c'est pour te faire du mal. Ce n'est pas pour

te faire des caresses. C'est pour te faire vraiment du mal. Pour que tu comprennes la leçon d'ici la prochaine fois. Je parle de la pénitencière.

- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Je les ai insultés. Ils m'ont fait des piqûres. Je ne sais pas quel genre de piqûre c'était, mais ça faisait trop mal. On est obligé de crier pour être soulagé. Pour me soulager, j'étais obligé de crier tellement j'avais mal. On aurait dit qu'on m'avait planté un coup de couteau. D'abord, ils m'ont tabassé. Ils m'ont donné des coups dans le ventre, dans la tête, devant les infirmières. Je me suis dit que je voyais les vrais visages des infirmières. Ils sont gentils, polis avec nous. Je me suis dit qu'ils faisaient semblant d'être bien avec nous. Quand il faut intervenir, ils n'ont pas de pitié. Elles étaient là. Elles ne disaient pas au surveillant de ne pas me taper. Elles étaient là, elles parlaient entre elles. Je me suis dit que je voyais leurs vrais visages. Pour moi, c'était dur. Il y avait de la tristesse, de l'angoisse, du stress. J'étais gonflé à bloc et je ne sentais même pas les coups, tellement j'étais énervé contre tout le monde. Je me suis retrouvé dans ma cellule, je suis parti devant le miroir et j'ai vu ma tête. J'étais dans un sale état.
- Vous souvenez-vous comment ça s'est passé tout au long des contentions ?
- Pas trop. Je ne me souviens que jusqu'aux piqûres. J'ai ouvert les yeux, j'étais dans ma cellule. Ça faisait deux jours. J'étais libre dans la cellule.
- Que pourrait-on améliorer pour que les contentions soient plus supportables ?
- Il faut en discuter avec le psychiatre, avec les infirmiers, avec la pénitencière. Il faut discuter avec eux pour leur dire qu'on n'est pas des animaux. Il aurait suffi que les psychiatres, les infirmiers m'aient parlé poliment, comme un être humain et j'aurais compris.
- Est-ce qu'on pourrait mettre en place d'autres choses pour améliorer les contentions ?
- Ils pourraient nous dire quel jour on part. Les jours de départ. On me dit que je pars la semaine prochaine. Mais il y a l'angoisse, stress, mal au ventre, tristesse, colère. Il y a tout qui vient, dans la minute, direct. Sur le coup, on n'est pas bien. Je parle avec les autres patients, et ils ressentent la même chose que moi.
- Est-ce qu'il pourrait y avoir des alternatives au fait d'être attaché ?
- Oui. Ça pourrait être l'effet de s'asseoir et de discuter d'homme à homme. De pouvoir dire ce qu'il ne lui plait pas. Si je n'ai pas envie de partir, c'est qu'il y a une raison. Mais je n'ai pas envie qu'ils interviennent comme si j'étais un animal. Ils me tabassent, ils font des trucs pour lesquels je pourrais porter plainte plus tard. Je n'irai pas faire ça parce que ça fait partie de la prison. Mais à ce point-là, franchement, je me dis qu'ils n'ont pas le droit. Je me suis retrouvé dans un sale état. Pendant une semaine, j'ai saigné du nez. Chaque fois que je mangeais un truc, je vomissais. J'avais la tête qui tournait. J'étais fatigué. Je mangeais juste un yaourt, j'étais fatigué et j'étais obligé de m'allonger. Je ne mangeais rien. Chaque fois que j'y pense, je suis en colère. Je suis en colère contre tout le monde. A l'époque, il y a un an, c'était encore pire. Je cherchais les embrouilles. Ça me faisait faire des trucs que je regrettais. Je ne m'en rendais compte qu'après. Aujourd'hui, je prends le temps de réfléchir. Je sais ce qui est mal, ce qui est bien. Je prends le temps de réfléchir avant d'agir.
- Est-ce que vous avez des choses à ajouter sur votre vécu de la contention ?
- Ça fait du bien d'en parler à quelqu'un. Parce que je n'en avais jamais parlé. Ça me fait du bien. Ça pourrait être une bonne idée, quand on est attaché, de pouvoir en parler plus tard à quelqu'un.
- Avec quelqu'un du service ou quelqu'un d'extérieur, comme moi ?
- Avec vous, je me sens à l'aise. Je peux en parler facilement. Alors qu'avec les infirmières, ce n'était pas le cas. J'ai juste dit aux infirmières : « Ce n'est pas bien ce que vous m'avez fait ». Et la pénitencière. Ils m'ont dit : « C'est vous qui avez cherché. » Et voilà. Quand ils m'ont dit

ça, c'est comme si j'avais tort. Mais je n'ai pas voulu rentrer dans les détails. C'est difficile de pouvoir en parler avec quelqu'un qui était dans l'action.

Entretien 12

- Je n'étais pas malade. J'étais chez moi, tranquille. J'étais même en vacances. Tout d'un coup, j'entends sonner à la porte. C'était l'infirmier du CMP. Soi-disant, il voulait me parler. Moi, je ne voulais pas. Au bout de dix minutes, j'ai ouvert la porte et lui, il a bloqué la porte. Et j'ai vu les policiers arriver. Je n'ai rien compris. Ils m'ont attaché les mains. Pas avec une paire de menottes, mais des sortes de sangles. Et ça, ça a été humiliant. Après, on m'a emmené à l'hôpital. Alors que je n'étais pas malade. J'étais tranquille. On m'a emmené à l'hôpital. Je ne sais plus dans quel secteur. J'atterris dans ce service. De force, ils m'ont emmené dans une chambre d'isolement. Là, ça a été très dur. Je n'avais plus les contentions à ce moment-là.
- Qu'avez-vous ressenti lorsqu'on vous a attaché à votre domicile ?
- J'ai été humilié. Je me suis dit : « Tiens, on m'attache les mains comme si j'étais un prisonnier ». J'ai été contenu aux urgences aussi. J'avais mal aux mains. Ils m'ont envoyé carrément à... Ils m'ont d'abord attaché une main, puis ils m'ont attaché un pied. Même pour aller aux toilettes, on m'a donné une bassine pour... Mais, ça a été humiliant aussi. Je me croyais pire qu'en prison. En prison, on est mieux traité. Même ici, je suis mal traité. D'avoir été attaché, ça a été très dur pour moi.
- Est-ce qu'il y avait des émotions à ce moment-là ?
- Non.
- Est-ce que vous pensiez à quelque chose ?
- Non plus.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Ça va. Même ici, il y en a qui me comprennent. D'autres, non.
- Combien de temps avaient duré les contentions aux urgences ?
- Une journée.
- Qu'avez-vous ressenti tout au long de cette journée ?
- Ça a été très dur. Comme si j'étais un criminel. Parce qu'être attaché, ce n'est pas évident. J'avais l'impression qu'on me traitait comme un criminel. Les médecins, tout ça.
- Comment est-ce que ça s'est passé avec les médecins ?
- Dans ce service, ça s'est très mal passé. On voulait me faire boire un médicament. Je n'ai pas voulu et par la force, on m'a mis la piqûre. Et là, j'ai eu G. en face de moi et je l'insultais. Parce que je n'étais pas malade.
- Que ressentiez-vous à ce moment-là.
- Une injustice. Par rapport à tout. Même là, c'est une injustice. Même si je ne suis pas attaché, je n'ai pas droit au téléphone portable. Je n'ai pas droit de sortir dehors. C'est une injustice, ouais. Même en venant ici, c'était pareil. Une fois, il n'y a pas si longtemps, j'avais mal à la dent et ça me faisait mal à la langue. Ils m'ont amené à l'hôpital et après, je me suis retrouvé en psy. Soi-disant pour le mal aux dents. Je peux vous garantir que je me suis dit : « Là, il y a une injustice ». Même quand j'avais mal aux mains, c'est pareil, on m'a envoyé à l'hôpital psychiatrique. Une injustice aussi.
- Que pourrait-on améliorer dans les contentions pour que ce soit plus supportable ?
- Je ne sais pas.
- Est-ce qu'on aurait pu trouver d'autres solutions que les contentions dans votre situation ?

- Oui.
- Qu'est-ce qu'on aurait pu faire ?
- Je ne sais pas.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose à propos des contentions ?
- C'est très dur à vivre. C'est un traumatisme. J'y repense. C'était une injustice. Alors que je n'étais pas malade.

Entretien 13

- Ils nous prennent en dehors de la foule, dans un local. Là, si on ne veut pas prendre les médicaments, ils commencent à nous obliger à nous piquer et à nous attacher. C'est affreux parce qu'ils nous amènent dans un local en bas. Et après, on est attaché. On reste attaché. On prend des médicaments. Si on refuse, on a des piqûres.
- Est-ce que vous pouvez me parler de la dernière situation où vous avez été attachée ?
- Moi, une fois, j'ai refusé les médicaments et ils ont cru que je faisais une convulsion. Après, j'ai refusé de me nourrir. Et après, ils ont vu que ça allait mal et ils m'ont détachée. Je ne voulais pas prendre les médicaments. C'était trop, les médicaments qu'ils donnent. C'est affreux.
- Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- De l'impuissance. De la peur de ces gens-là. On ne pouvait rien faire contre eux. De l'impuissance. Personne ne nous prenait au sérieux, ne voyait ce qu'il se passe à l'intérieur. Je crois qu'à un moment, ils ont voulu voir ce qu'il se passait à l'intérieur. C'était au premier, là où ils servent le petit-déjeuner. Elle m'a donné le traitement et m'a dit : « Si vous ne prenez pas le traitement, vous allez être attachée ». Je crois qu'ils voulaient faire voir ce qu'il allait se passer.
- Et que s'est-il passé ?
- Et bien, j'ai pris les médicaments pour ne pas être attachée.
- Qu'est-ce que vous en avez pensé ?
- On est obligé.
- A quoi avez-vous pensé lorsque vous avez été attachée ?
- Comme si je me laissais... On est basé surtout sur les médicaments. Comment manger avec tous ces médicaments ? Ça m'écœure. Je pense à pas grand-chose. De la lassitude. Et du malaise. Par rapport à ne pouvoir rien faire, ne pas pouvoir sortir de la chambre, ne pas pouvoir... Ils nous sortaient pour nous doucher. Après, ils nous détachaient quand même. Pour qu'on puisse se doucher, pour qu'on puisse se... Une fois qu'ils nous détachaient, ils ne nous rattachaient pas. C'étaient les médicaments, ils nous en donnaient trop. Moi, j'étais dégoûtée, je n'avais même pas envie de manger, tellement ils nous donnaient de médicaments. Ils nous détachaient pour aller aux toilettes.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long des contentions ?
- Je n'ai pas la mémoire. On a envie de fumer parce qu'on est attaché, sans qu'on ait rien d'autre à faire. Donc, on a envie de fumer. C'est rare, mais des fois, ils nous font fumer une cigarette. Mais c'est rare quand même. De toute façon, je suis habituée. Mon malaise, c'est ça. La cigarette est devenue un moyen d'échappatoire pour tous les moments.
- Comment vous êtes-vous comportée avec les infirmiers ?
- Bien. Quand ils m'apportaient des traitements, je les prenais. C'est vague, les souvenirs que j'ai.
- Et avec les médecins ?

- Bien.
- Combien de temps avez-vous été attachée ?
- Pas longtemps. Ça a duré trois ou quatre heures, et après, ils me détachaient.
- Est-ce que vous avez des idées pour que les contentions soient plus supportables ?
- Ce n'est jamais supportable. On pourra améliorer tout ce qu'on veut, ce n'est jamais supportable. On est dépourvu de pouvoir. En plus, moi, je suis claustrophobe. Je me sens prisonnière. Vous savez, comme dans le film « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* ». Je pense à ce film à chaque fois que j'atterris en psychiatrie. On s'initie en psychiatrie, et puis finalement, on nous étudie. On ne finit pas pareil, heureusement.
- D'autres choses ?
- Pas de surdosage de médicament. Parce que c'est trop. C'est dégueulasse avec la nourriture. On mange alors qu'il y a tous ces médicaments qui vont dans la bouche. Et puis, ce n'est pas trop bon pour les neurones, tous ces médicaments.
- Que pourrait-on proposer en alternative des contentions ?
- Je ne sais pas. Un traitement. Mais le traitement, c'est pareil. Quand on les prend, ils nous contiennent.
- Que pourrait-on proposer en alternative de la contention en cas d'agitation ?
- Des fois, on n'est pas agité. Ils veulent juste qu'on prenne le traitement. Des fois, j'expliquais mon cas, ils ne voulaient pas que je reparte. C'est comme ça qu'ils voulaient que je prenne des médicaments. Et si je ne les voulais pas, ils me contenaient. Mais, je n'étais pas agitée. Juste, ils ne voulaient pas que je reparte. C'est injuste. Parce que je voulais repartir chez moi, j'expliquais juste que j'avais un mal-être. Ils me faisaient aller dans une salle où personne ne voit rien. Et là, ils m'attachaient. Alors que moi, je venais juste expliquer mon mal-être. C'était aux urgences. Je trouve ça ingrat. Moi, je venais juste expliquer mon mal-être. Je ne demandais pas à être attachée, ni à prendre des médicaments. Je venais juste expliquer ce qu'il se passait. Je n'étais pas énervée, je n'étais dangereuse pour personne.
- Qu'aurait-on pu vous proposer à ce moment-là pour éviter de vous attacher ?
- Une nuit aux urgences pour parler de tout et de rien. Dans une chambre normale, pas dans une chambre d'isolement.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose d'autre ?
- Je trouve ça ingrat.

Entretien 14

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle se sont déroulées les contentions.
- Je ne sais pas parce que je n'étais pas conscient. On peut dire que je n'étais pas conscient pendant trois mois. Je me suis levé une journée, et je me suis retrouvé en isolement. Je ne sais pas où je suis. J'étais choqué. Je me suis levé de quelque chose. Je ne sais pas. Je n'étais pas conscient. J'étais ailleurs. Je me suis levé une journée et je me suis retrouvé en isolement.
- A quel moment avez-vous été attaché ?
- Je ne sais pas. C'était un coma. C'était un cas exceptionnel parce que j'ai vécu quelque chose d'exceptionnel. Ça veut dire que j'entends des voix et j'ai souffert.
- Parlez-moi du moment où vous vous êtes aperçu que vous étiez attaché.
- J'essayais de me détacher. Je ne faisais que ça. Je vous rappelle que j'ai réussi une fois à me détacher. J'ai réussi une fois à me détacher les mains. Mais pas les pieds. Peut-être je ne me

trompe pas, peut-être je me trompe. Mais j'ai perdu la tête. On peut dire que je suis devenu fou.

- Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- Je n'étais pas conscient. Je n'ai rien senti parce que je n'étais pas dans mon état normal. J'ai pété les plombs. Bien sûr. Je voulais être libre. Mais des fois, je suis conscient, des fois, je ne suis pas conscient. C'était un cauchemar pour moi. Tout, c'était un cauchemar.
- A quoi est-ce que vous pensiez à ce moment-là ?
- Je n'étais pas moi-même. Il y avait des pensées de suicide. Je voulais me suicider. Je voulais juste ça. J'ai déjà essayé, je n'ai pas réussi. J'ai fait deux comas. Ils m'ont sauvé. Mais je voulais juste me suicider. Mon but, c'était ça. C'est grâce au docteur que j'ai récupéré mon cerveau. C'est grâce à la médecine que j'ai récupéré mon cerveau. Parce que mon cerveau, je l'ai perdu. Je l'ai vraiment perdu.
- Est-ce que vous vous rappelez comment ça s'est passé avec les infirmiers ?
- Non. Je ne me rappelle de rien. Je me rappelle d'une fois, je me suis réveillé et une infirmière était en train de me nettoyer là, le dos. Et après, je me suis rendormi.
- Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- Je vous ai dit. J'entends des voix. Je n'étais pas dans mon état normal.
- Qu'avez-vous ressenti au moment où vous vous êtes réveillé et que l'infirmière vous nettoyait ?
- Rien. C'était calme. Ce n'était pas méchant. Mais il y a des gens que je vois méchant. Je voyais des gens d'une bonne image et des gens, je les voyais comme des diables. J'ai vu des diables, des cauchemars.
- Est-ce que vous vous souvenez d'autres choses de la contention ?
- Si tu m'attaches maintenant, je pète les plombs. Si tu m'attaches dans mon état normal, là je suis dans mon état normal, je pète les plombs. Je ne vais pas supporter. Je vais péter les plombs. Parce que je ne supporte pas d'être attaché. Vous voyez ça normal d'être attaché comme ça dans un lit ? Vous voyez ça normal ? Pour quelqu'un comme moi maintenant, ce n'est pas normal. Mais pour quelqu'un comme j'étais avant, dans mon état, c'était normal de m'attacher. Il y a des états où c'est normal d'attacher la personne et il y a des états où ce n'est pas normal d'attacher la personne. Vous me comprenez ? Juste ça.
- Est-ce qu'il y a des choses que l'on pourrait améliorer pour que les contentions soient plus supportables ?
- Pour moi, attacher ce n'est pas bien. Mais moi, je l'ai vécu dans une folie. Je ne l'ai pas vécu comme si on m'attachait maintenant. Peut-être que si on m'attache maintenant, la folie va revenir. Je vais devenir fou si on m'attache maintenant. Là, je ne supporterais pas quelqu'un qui m'attache. J'ai compris votre question, mais je ne trouve pas la réponse. Je n'ai aucune idée.
- Est-ce qu'on aurait pu vous proposer autre chose que la contention dans votre situation ?
- Dans mon état à moi où j'étais ? Il n'y avait pas autre chose sauf attacher. Parce que je n'étais pas normal. Il n'y avait que ça. Il n'y avait que m'attacher et s'occuper de moi. Et essayer de me soigner le cerveau. Il n'y avait pas autre chose. Je suis content parce qu'ils m'ont attaché. Parce que je n'étais pas normal.
- Est-ce que voulez ajouter autre chose sur les contentions ?
- Que la folie, des fois, est passagère. Des fois, tu deviens fou. Moi, je suis devenu fou et du jour au lendemain, je ne suis plus fou. Mais je suis passé par la folie. J'ai vécu la folie. Je sais ce que veut dire fou maintenant. C'est tout ce que j'ai à dire.

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez été attaché.
- En fait, c'est juste comme ça que j'ai été attaché au lit. C'était juste parce que je revenais des urgences. Je n'étais pas attaché aux urgences. Par contre, j'étais attaché à G. pour rien.
- Comment est-ce que ça s'est passé au moment où les infirmiers vous ont attaché ?
- Je l'ai vécu assez mal parce que je ne pouvais pas bouger. J'étais dans une position en forme de croix. Et puis, je ne pouvais pas bouger. J'étais gêné la nuit. Quand il y avait une partie qui démangeait, je ne savais pas comment me démanger. Si mon cou me démangeait, par exemple, je ne pouvais pas le gratter. J'ai vécu vraiment une mauvaise expérience avec cette histoire de contention.
- Qu'avez-vous ressenti au moment où vous avez été attaché ?
- Je me suis senti seul au monde. Je me suis senti comme si j'étais rejeté. Je me suis senti seul et abandonné. Rejeté par tout. Rejeté par la société. Rejeté par toutes les personnes qui m'avaient contentonné. Rejeté par les personnes qui voulaient en quelque sorte mon bien, mais moi, je pensais qu'ils me voulaient du mal.
- Est-ce que vous éprouviez des émotions ?
- Non. Pas d'émotion.
- Est-ce que vous pensiez à quelque chose lorsque vous étiez attaché ?
- Je regrettais pourquoi j'avais été conduit jusque-là. Je regrettais les soirées arrosées. Je regrettais le sens de ma vie. C'est quelque chose d'horrible parce qu'on n'a pas le libre mouvement de ce qu'on veut faire. On est attaché comme un vulgaire pantin. Ça n'apporte aucune joie. C'est vraiment une expérience horrible.
- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Ça a duré un à deux jours. J'avais l'impression de ne plus voir la lumière du jour. Je me sentais comme un vulgaire animal. Je me sentais comme un cobaye.
- Comment est-ce que ça se passait avec les infirmiers ?
- Ça se passait toujours bien. Mais c'est eux qui décidaient de tout. Ils pouvaient décider, par exemple, de me contentonner. Je me suis senti impuissant face à toute cette animosité. Parce que la contention, c'est de l'animosité. Ce n'est pas juste attacher les gens. C'est les priver de leur liberté totale. Et c'est aussi une expérience que je ne voudrais plus du tout vivre.
- Comment est-ce que ça se passait avec les médecins ?
- Ça s'est toujours bien passé. Parce que j'étais coopérant. Avec les médecins, ça s'est toujours bien passé. J'acceptais ce qu'ils me faisaient. De toute manière, on n'a pas le choix. On n'a pas le choix quand c'est comme ça, en chambre d'isolement.
- Est-ce que vous pensez qu'on pourrait améliorer certaines choses pour que la contention soit plus supportable ?
- La supprimer. Ça serait le mieux.
- Qu'est-ce qu'on pourrait proposer en alternative ?
- Il n'y en a pas. Il n'y a pas d'alternative entre la liberté et la prison. La prison, c'est la prison de l'âme. La prison du corps. La prison de l'esprit. C'est une prison totale. Privation totale de liberté. Lorsqu'on est contentonné, c'est une sensation désagréable qu'on a.
- Imaginons un patient agité, que pourrait-on proposer pour ne pas l'attacher ?
- Un somnifère. C'est tout. Des sièges de relaxation. Au lieu de faire le mal, faire le bien. Par exemple, quelqu'un qui est passé par où je suis passé, obligé de me contentonner, s'ils me faisaient une séance de relaxation avec massage, je crois que ça calmerait plus le sujet que le priver de sa liberté.

- D'autres choses ?
- L'interdire. Le point positif de tout ça, c'est qu'on a la force en nous pour supporter toutes ces épreuves. On a la force. La volonté de vivre. La volonté d'être libre aussi. Ça me soulageait de penser que le lendemain, j'allais être libre. Savoir que c'était temporaire.

Entretien 16

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez été attachée.
- C'était un peu burlesque quand même. Gendarmerie. Fourgon et tout. Passage à l'hôpital P. Pouf, clinique B. Alors que tout allait bien. En bas, dans une salle au-dessous. Avec des gens qui me paraissaient un peu étranges. Sauf un vieux monsieur tout gentil. Et puis un jour, c'était le soir, où je me disais : « qu'est-ce que je fous là. C'est Noël, qu'est-ce que je fais ici ? » Je frappe à la salle où il y avait une infirmière. Il était visiblement un peu tard. Et visiblement, je la dérangeais. Elle était derrière la vitre. Et puis, j'insiste. Il n'y a pas de mal à ça quand même. Et là, qu'est-ce qui arrive ? En trombe. Il y a quatre à cinq hommes qui arrivent en trombe. Ils m'attrapent. Ils me saisissent. Et là, je me suis dit : « Mais qu'est-ce que j'ai fait ? » C'était très violent. Très brutal. Déjà, avoir ces mains d'homme sur moi. Vous comprenez ? C'est comme un viol. Comme un acharnement. Comme si vous alliez au coin d'une rue mal famée, un coupe-gorge. Et bien voilà, c'est la même chose. Vous vous retrouvez dans une rue mal famée, sans le savoir ou en le sachant. Qu'est-ce qu'il vous arrive ? Et bien, on vous tombe dessus comme dans un coupe-gorge. Vous tombez dans un guet-apens. Saisie par ces hommes. Contenue par ces hommes. Pour moi, c'était un viol. Trainée dans une chambre. Sur la droite, il y avait la table qui servait de salle à manger, qui était modulable aussi. Et juste à droite, il y avait une salle bleue. Plutôt en rectangle. J'ai été amenée à droite dans cette salle blindée. Là, je me suis débattue comme un beau diable. J'ai mordu. Je me suis dit : « C'est pas possible. C'est pas vrai. Où est-ce que je suis tombée. » Je n'y comprenais rien. J'ai mordu un des types qui était venu. Ce n'était même pas un infirmier, ils étaient venus en renfort tous. Je me débattais. J'avais l'impression qu'il fallait que j'échappe au viol. Tout ça va très vite. Vous êtes brutalisé, brutalisé. Vous vous défendez. Alors, j'ai mordu. Au bout d'un moment, il y en a qui a dit je ne sais pas quoi : « Tu arrives, et en plus tu m'as mordu. » Et moi, je me suis dit : « Mais, je ne le connais pas ce monsieur. Pourquoi il me parle comme ça ? » Finalement, je me suis retrouvée... (Silence) (Pleurs)
- Est-ce que vous voulez qu'on arrête l'entretien et qu'on reprenne plus tard ?
(acquiescement)
- Donc, je me suis retrouvée allongée de force. Ils m'ont tenue déjà. Ils étaient plusieurs. Les bras de chaque côté. Après, je me suis retrouvée comme une andouille parce que je déteste dormir sur le dos. Alors, j'étais comme une grenouille sur le dos. Je me suis dit : « qu'est-ce que je vais faire comme ça ? » Il faut avoir un sacré degré d'imagination et de deuxième degré. Parce que je pense que si quelqu'un le prend au premier degré, ça doit être un très gros choc. Et, quelqu'un qui est équilibré, ça peut le rendre fou. Vraiment fou. Je me retrouve comme une grenouille. Vous avez fait de la biologie ? Et bien voilà. On va parler en termes médicaux. Comme une sorte de grenouille, de chaque côté. Sur le dos. La grenouille déteste se retrouver sur le dos. Je ne peux pas sauter. Je ne peux pas faire croa croa croa. Et je ne peux pas aller plonger dans la mare, aller nager, être en liberté. C'est la sensation que j'ai, moi. Et en plus, je suis sur le dos et je n'ai rien à boire. Et en plus, on ne m'entendait pas. C'est capitonné. C'est

bien fermé. J'étais dans un coffre-fort. Tout ça, c'est capitonné. Il y avait la porte. Tout ça, c'est bien fermé. Donc, vous êtes complètement isolé. Epouvantable. En plus, j'ai eu un anévrisme au niveau de la communicante postérieure droite qui a été embolisé. J'étais déjà une rescapée. Ils m'avaient déjà sauvée. Je saignais. Vous avez déjà eu des traumatismes antérieurs. On vous annonce une mort imminente. D'ailleurs, j'aurais pu être morte. J'étais en train de crever comme un chien à Paris, déjà. Traumatisée par les contentions. Pourquoi ? Parce que ça me rappelait le scanner. C'était épouvantable. A l'époque, les scanners étaient complètement fermés. Non pas un scanner, une IRM. A l'hôpital P. J'avais trente-huit ans. Entrer dans un tube, faire une IRM qui fait beaucoup de bruit. Vous avez l'impression qu'on vous enferme dans un cercueil. Alors, vous vous imaginez vous retrouver à nouveau dans une boîte, comme un cercueil, pareil.

- Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- La même chose. La mort. Une impression de mort imminente. Que c'était fini. Encore mourir. Déjà, vous êtes seul. Vous êtes attaché. Il n'y a plus personne. Vous êtes démuné. Vous n'avez plus de bras. Vous ne pouvez plus bouger. Vous n'avez plus les jambes. Vous êtes sur le dos. Il n'y a personne. Le silence. L'éternité. Jusqu'à ce qu'à un moment, vous vous dites : « On m'a oublié ». On se dit : « ça ne bouge pas ». C'est épouvantable. Vous vous imaginez ? Vous avez une menotte ici qui vous tient sur une planche. Une autre, là, qui vous tient. Vous ne pouvez pas bouger. Du tout. Là, aux pieds, pareil. C'est épouvantable. Finalement, il y a quelqu'un qui daigne venir, au bout d'une éternité. On ne sait pas quand, puisqu'on n'a pas de montre. Il n'y a plus rien. Le temps n'existe plus. Je vais attendre je ne sais pas quoi finalement, parce qu'on est dans le noir. Il n'y a plus ni jour, ni nuit. C'est très déboussolant. Très déboussolant. Il n'y a plus ni jour, ni nuit. Il n'y a pas de temps. Ça, c'est le pire. Parce que ça vous rend fou. Cette absence de temps, d'heure, de minute. Il n'y a plus rien. On ne peut pas s'accrocher à une seconde, à un tic-tac, à rien. A rien du tout. Même juste entendre le petit bruit, vous voyez, d'une montre. Il y a toujours un petit tftft qui fait un petit mouvement, une petite vie quand même. Une petite notion de temps. Et bien là, il n'y en a plus. Voilà. Finalement, il y a quelqu'un qui est arrivé. J'ai obtenu un verre d'eau. Ouf. Je ne sais pas comment j'ai pu boire. Ils ont dû me soulever la tête pour que je puisse boire un petit peu. J'ai eu la chance de boire un verre d'eau. Et puis finalement, j'ai fini par m'endormir.
- Combien de temps a duré la contention ? Vous vous rappelez ?
- Non.
- Vous vous rappelez de la suite de la contention ?
- Non. Parce que ce sont des souvenirs qu'on n'a pas vraiment envie de raviver.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long des contentions ?
- C'est une bonne question. Je ne m'en souviens plus.
- Et avec les médecins ?
- Non plus.
- Que pourrait-on faire pour que les contentions soient plus supportables ?
- Donner des repères temporels aux patients. Leur donner une montre, ou une horloge. Avoir le rythme normal. Soleil, pluie, ciel gris. Une fenêtre ouverte. Le climat, le temps. Voir s'il pleut. Que le regard puisse voir que la vie existe à l'extérieur. Qu'on apporte un plateau, je trouve ça super. Vous voyez le plateau doré, en carton. Je l'ai vu à C. Un joli plateau avec le petit-déjeuner, le déjeuner. Ça, c'est rassurant.
- Qu'est-ce qui est rassurant ?
- Une présence douce. Des infirmières douces, respectueuses, discrètes au début. Le calme. Une oreille attentive. La compréhension. Il y avait un médecin à C., j'ai senti que tout de suite son regard était bienveillant. De la bienveillance. De la compréhension.

- Est-ce qu'on aurait pu proposer d'autres choses que la contention dans votre situation ?
- Je n'ai pas de solution. Parce que je positionne par rapport aux contentions de la clinique B. Pour l'instant, je n'ai pas de solution.

Entretien 17

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle se sont déroulées les contentions.
- Comme une bête aux urgences de P. Toute une nuit.
- Expliquez-moi dans quelle situation ça s'est passé.
- J'étais parti en train. Et il y avait quelque chose écrit dans le train. J'ai compris que je n'irai nulle part, beaucoup plus loin que l'imaginable. Ils avaient falsifié le train, ceux qui veulent m'enfermer. Alors, j'ai descendu à la première station où s'arrêtait le train et j'ai pris les chemins de traverse. Et j'ai bientôt compris que je pouvais rester là, sous un arbre, et que c'était fini pour moi. Alors, bien sûr, les gendarmes sont arrivés et m'ont amené aux urgences. Ils aiment attacher les gens. Ce sont des bêtes.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti ?
- Hate. Le mot le plus fort pour exprimer la haine en anglais. Hate. Pour ceux qui m'attachaient. L'envie malheureuse de préférer être mort que de subir un tel outrage.
- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Une nuit.
- Comment ça s'est passé tout au long de cette nuit ?
- D'abord, j'ai très mal dormi parce que je ne pouvais pas me gratter. J'avais du mal à respirer. Je n'avais pas la possibilité de me moucher et j'avais le nez bouché. Alors j'ai réussi à survivre en respirant par la bouche. J'ai ressenti du dégoût profond pour l'humanité.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers le temps des contentions ?
- Il n'y avait pas de rapport. Il n'y avait que de la violence de leur part. Ils te dépossèdent de tes habits. Une fois que tu es en pyjama, ils te disent de t'allonger et ils sautent sur toi pour t'attacher. Voilà comment cela se passe.
- Que ressentez-vous par rapport à ça ?
- De l'oubli. Et de la sainte vengeance à venir. C'est-à-dire que tous ceux qui m'ont fait du mal, je leur donne un soufflet au tribunal de grande instance de Toulouse. Et je les fais partir bien habillés, bien chaussés dans la rue, mais sans rien d'autre. Telle est la justice que veut Dieu et que moi aussi je veux.
- Comment se sont passés vos rapports avec les médecins le temps des contentions ?
- Je n'en ai pas vu, de médecins. Il n'y avait que des infirmiers.
- Que pourrait-on améliorer pour que les contentions soient plus supportables ?
- Quand je suis arrivé en psychiatrie en 1995, je n'avais pas besoin qu'on me fasse du mal. J'avais juste besoin d'amitié et de compréhension. Voilà par quoi il faut remplacer les contentions. L'amitié et la compréhension. La bienveillance. Avant de mettre en contention, donner à manger. Donner à boire du jus de fruit. Et là, le patient sera apaisé pour discuter avec vous. Et il s'apercevra par ce geste d'amitié que vous ne lui voulez pas de mal. Non, plus de contention.
- Que pourrait-on proposer en alternative de la contention ?
- De la musique. Et des livres à lire. Un bon verre de Bordeaux.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur les contentions ?
- Plus de contention. Ça sera mon dernier mot.

Entretien 18

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle se sont déroulées les contentions.
- C'était difficile psychologiquement. Il y avait beaucoup de souffrance. J'étais aux urgences. Je m'étais présenté de mon plein gré. J'ai eu un entretien avec l'infirmier. Puis l'infirmier m'a amené aux urgences. J'ai vu un psychiatre qui m'a dit qu'il voulait me garder. Moi j'ai refusé. Et je commençais à partir avec mon sac. Ils ont appelé la sécurité. Ils m'ont pris de force et m'ont amené dans la chambre d'iso. Ils m'ont contentonné et piqué. C'est brutal. C'est difficile à supporter. On est attaché et on a l'impression qu'on ne va plus nous détacher, qu'on va rester attaché très, très longtemps.
- Qu'est-ce que vous ressentiez à ce moment-là ?
- De la haine, de la tristesse. De la haine envers les psychiatres. J'aurais voulu qu'ils subissent ce que j'ai subi, que lui, à son tour, on l'attache.
- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Une nuit complète.
- Comment est-ce que ça s'est passé tout au long de cette nuit ?
- Il y a des moments dans la nuit où je me réveillais. Je voulais me tourner mais j'avais oublié que j'avais les contentions. Je restais sur le dos avec les mains attachées et les pieds attachés.
- Qu'est-ce que vous ressentiez à ce moment-là ?
- Beaucoup de tristesse. Je me sentais impuissant. Ça fait mal d'être attaché. Quand on naît, à la naissance, on est libre. Après, on a un déroulement dans sa vie qui fait qu'elle est soit positive, soit négative. Là, c'était du négatif. Ce n'était que du mal. Je ressentais beaucoup de souffrance. Dans ces moments-là, on ne peut rien faire. On est attaché. On attend que ça passe et ça passe. Ça ne reste qu'un passage.
- Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous vous souvenez pendant la nuit où vous avez été contenu ?
- Je ne me souviens de plus grand-chose. Je me souviens juste que j'avais les contentions aux mains, aux pieds, et je ne pouvais pas bouger. Et j'étais immobilisé.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Franchement, pas très bien. J'avais l'impression qu'on s'acharnait sur moi. Je me demandais si j'existais vraiment. J'avais un sentiment bizarre. Je me demandais si c'était un cauchemar qui n'allait jamais s'arrêter en fait. Je n'avais pas l'impression que c'était réel quand j'étais attaché. On ne peut rien faire. On est attaché, il faut faire avec. Pour moi, ce n'est pas une solution. Ça fait plus de mal qu'autre chose. Une fois que vous êtes attaché, ils vous attachent et, après, ils partent. Ils vous laissent tout seul. Ils vous laissent avec vous-même. Vous, vous ne savez pas s'ils vont revenir, s'ils vont vous oublier, s'ils ne vont pas vous oublier. Vous ne savez rien. Pour moi, c'était une punition, alors que je n'avais rien fait. C'était de l'injustice totale. Le psychiatre voulait me garder. Moi, j'ai refusé. En fait, il n'a pas aimé mon refus. Il aurait voulu que je coopère avec lui, de mon plein gré. Que je sois d'accord pour rester dans son pavillon aux urgences. Et pourquoi j'ai refusé ? Parce qu'ils m'ont dit qu'aux urgences, on doit mettre un pyjama obligatoire. Et dès qu'il m'a dit ça, ça m'a choqué et j'ai voulu partir.
- Est-ce que vous pensez qu'à ce moment-là, on aurait pu trouver d'autres solutions que de vous contenir ?
- Il y a d'autres solutions, mais moi, je ne suis pas dans leurs têtes. Je ne suis pas infirmier, je ne suis pas psychiatre. Il y avait une solution meilleure que celle-là, juste qu'ils me donnent un traitement qui me sédaté, qui me fait dormir et je n'aurais pas été attaché.
- Vous auriez été d'accord pour prendre un traitement pour vous faire dormir ?

- J'aurais eu du mal, mais je l'aurais pris. Parce que là, il y a eu les contentions, plus la piqûre. Ça fait beaucoup. On n'a pas besoin d'être attaché quand on prend un traitement lourd. Parce que le traitement lourd, personne ne le supporte. C'est obligé qu'on s'endorme. C'est fait pour.
- Est-ce qu'on aurait pu proposer autre chose pour éviter les contentions ?
- Je ne sais pas. C'est possible. J'avais l'impression d'être dans un film. Qu'on m'attache. Au plafond, il y avait une caméra. Comme dans le film *Saw*. Vous voyez ce que je veux dire ? Le film où ils attachent les gens, où ils doivent faire des missions. Sauf que moi, là, je n'avais pas de mission. Ma mission, c'était d'attendre, de m'endormir et d'attendre le lendemain.
- Qu'est-ce que vous pensiez de cette caméra ?
- C'était pour me surveiller mais ça fait beaucoup. C'est de l'irrespect. Parce qu'avant tout, je reste un être humain. Je ne suis pas un animal, je suis un humain. Après, l'erreur reste humaine. Quand j'ai voulu partir, j'étais dans l'erreur. On n'aurait pu me faire comprendre autrement qu'en m'attachant. Parce que, quand on nous attache, ça laisse des séquelles à vie. On n'oublie jamais ce moment-là.
- Quel genre de séquelles ?
- Ça m'arrive des fois d'y penser. Il y a une semaine, j'étais dans mon lit. Je remettais les mains comme quand elles étaient attachées en contention. Je faisais pareil, je positionnais mes bras comme si j'avais des contentions aux bras et aux pieds. Juste pour voir ce que ça fait pendant dix à quinze secondes. Et après, j'ai arrêté de le faire et j'ai vu que je n'étais pas attaché. Mais j'avais l'impression d'être attaché encore. Quand on est attaché, c'est une sorte de maltraitance.
- Qu'est-ce que l'on pourrait réaliser pour que les contentions soient plus supportables ?
- Les contentions, dans n'importe quel cas, c'est insupportable. Il doit y avoir d'autres solutions. Quoi qu'il arrive, les contentions, c'est très désagréable. C'est comme un cauchemar, en fait. C'est un cauchemar éveillé. Les contentions, je ne vais pas dire que c'est bien ou que ce n'est pas bien. Pour moi, ce n'est pas bien. Mais une personne qui se fait du mal, elle s'est coupée avec un rasoir et a voulu se tuer, il faut l'attacher. Les contentions, c'est une sorte de solution même si tout à l'heure, je disais que ce n'était pas une solution. C'est une sorte de solution pour certaines personnes. Les personnes qui sont vraiment agitées. Mais moi, dans l'état où j'étais, il ne fallait pas m'attacher. Je n'étais pas agité. Juste, j'ai pris mon sac, je commençais à marcher vers la sortie et j'ai vu que la porte était fermée, et voilà. Après, ils m'ont attaché parce qu'ils ont eu peur de je ne sais pas quoi. Je ne sais pas de quoi ils ont eu peur. Vous n'avez que ça comme solution à l'hôpital. La piqûre et les contentions. Si on me demandait de changer, je ne sais pas ce que je mettrais à la place. Pas du tout. J'ai aussi été contenu à l'UHSA. Il y a quelques mois en arrière. Je me rappelle qu'on m'avait dit de prendre un traitement, j'avais refusé le traitement. J'avais réussi à convaincre les psychiatres de ne pas le prendre. Je leur ai dit que je préférais être attaché qu'être sédaté. Donc ils m'ont attaché. A jeun. Parce que le traitement, ça fait aussi mal. On est très, très fatigué. Plus de force. On a l'impression, une fois qu'on a pris les gouttes, qu'on est à la fin de notre vie, qu'on va mourir, qu'on a un cancer de quelque chose.
- Qu'est-ce que vous en pensez maintenant de ce choix entre les contentions et le traitement ?
- Chaque personne fait un choix. Mais des fois, elle n'a pas le choix. Là, si vous me demandez ce que je préfère, si je préfère prendre un traitement qui me fait dormir ou les contentions, je vais vous dire les contentions même si je vous ai dit tout à l'heure que ce n'était pas une solution et que ça me faisait toujours du mal. Mais le traitement, ça fait aussi du mal. Je crois que ça fait même plus de mal que les contentions. Après, si une personne est agitée, si on ne lui passe pas de gouttes ou si on ne lui met pas de contention, la personne va être toujours agitée. Et vous, vous n'avez pas d'autres solutions pour la calmer. C'est soit la personne se

calme toute seule, soit elle ne se calme pas et on l'attache pour lui faire comprendre qu'ici, ce n'est pas elle qui commande.

- Ce que vous me disiez tout à l'heure, c'est qu'aux urgences, vous aviez à la fois le traitement par piqûre et les contentions.
- A ce moment-là, j'aurais préféré les gouttes que la contention. Mais, il y a d'autres moments, je préfère les contentions aux gouttes. Mais, si on met un traitement quand on est contentonné, c'est pour supporter d'être attaché. Mais, dans n'importe quel cas, on ne supporte pas d'être attaché, qu'on soit sous traitement ou à jeun. On ne supporte pas. Le matin, on se réveille, on voit bien que c'est réel, qu'on est attaché. On dirait qu'on est au Moyen-Age.
- Qu'est-ce que vous pensez, vous, de donner un traitement pendant les contentions ?
- C'est votre solution. Même si j'ai dit que je préfère ça que ça, il y a des personnes qui ne préfèrent pas. C'est pour le bien de la personne, si on lui donne des cachets, la contention. Pour que ça passe vite. Et plus ça passe vite, et mieux c'est. Plus ça passe vite, et plus on est à la fin. Et on est libéré. Parce que quand on est attaché, on dirait qu'on est emprisonné. Emprisonné parce qu'on est attaché et emprisonné dans la tête. Psychologiquement. On est emprisonné de partout, et cicatrisé de partout aussi. Parce que ça laisse des séquelles.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur les contentions ?
- J'espère qu'on ne m'attachera plus jamais. J'espère que je ne vivrai plus jamais ce cauchemar. Cauchemar qui fait très peur. Un cauchemar éveillé.

Entretien 19

- Est-ce que vous pouvez me décrire la situation pendant laquelle vous avez été attaché dans un service de psychiatrie ?
- Ça fait un moment. Je ne me rappelle pas trop mais je sais que j'ai été attaché. J'entendais des voix. Ils m'ont attaché parce que j'étais un peu agité. J'entendais des voix et ça me faisait faire des trucs bizarres. J'avais une hallucination de combat. Il y avait une sorte de jeu virtuel. C'est moi qui avais gagné et j'ai eu une hallucination comme quoi on allait changer ma tête. Qu'on allait me mettre une autre tête à la place de la mienne. Après, ils m'ont attaché. J'étais un peu bizarre. Je n'étais pas très bien. Psychologiquement, ça allait, mais physiquement, je n'avais pas l'habitude qu'on m'attache. Pour moi, c'est un peu le combat. Je ressentais une certaine incapacité de bouger et de ne pas pouvoir faire ce que je veux. J'ai demandé un verre d'eau, on me l'a donné. C'était sympa. J'aurais pu demander un petit café, ça m'aurait fait encore plus de bien. Mais, j'étais un peu bizarre. J'ai pris sur le coup. Je n'ai pas eu de pensées noires, ou des trucs comme ça.
- A quoi vous pensiez à ce moment-là ?
- A la libération.
- Combien de temps est-ce que ça a duré ?
- Une journée. Après ils m'ont détaché et je suis parti.
- A quoi est-ce que vous pensiez toute la journée où vous avez été contenu ?
- J'étais vachement au niveau des yeux. Mon hallucination à moi, ce sont les yeux qui sont toujours là, qui passent tout le temps. Avec le temps, voilà. C'était une sorte d'incapacité à pouvoir m'exprimer. Quand j'étais attaché, je n'ai pas pensé à la mort mais c'était une sorte d'effet... J'étais bloqué et ça ne me faisait pas de bien parce que j'aimais la liberté, de pouvoir bouger comme j'ai envie. Franchement, je ne souhaite à personne de vivre ça. Parce que c'est

quand même dur physiquement, d'être attaché, de ne pas pouvoir bouger. Cent pour cent incapable de bouger. C'est dur. C'était une période. Après, je ne l'ai pas refait. Je ne pouvais pas manger par exemple. Je ne sais même pas si j'ai mangé sur place. J'entendais des voix d'infirmières. Elle me disait comme quoi si je voulais faire l'amour avec une infirmière, il fallait que je fasse un truc qui était en rapport avec l'hôpital. Il fallait que je reste sur place et que je l'attende. Et moi, je suis parti et je n'ai pas eu de nouvelles. A l'époque, ce n'était pas pareil parce que j'étais un peu inconscient. Les voix, pour moi, c'était nouveau.

- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers le temps des contentions ?
- Ça s'est bien passé mais le monde de l'hôpital, c'est un peu dur parfois. Au niveau des renforts. C'est un peu balèze. Moi, ce que j'ai vécu à l'hôpital, ce n'était pas plaisant. Ce n'était pas une vie normale. C'était un peu strict. Il n'y a pas eu de rapport sexuel. Il n'y a pas eu de méchanceté. C'était normal. Par contre, je ne pourrais pas vous dire pourquoi j'ai eu ça. Je faisais les hôpitaux parce que j'entendais des voix et je n'étais pas bien. Là, je me sens un peu mieux par rapport à avant. Je suis moins dans l'hallucination. Je suis plutôt dans le concret de la vie normale.
- Vous vous souvenez de vos rapports avec les médecins le temps de la contention ?
- Oui. Ils m'avaient apporté un verre d'eau parce que j'avais soif. Ça s'est bien passé.
- Que pourrait-on améliorer dans les contentions pour que ce soit plus supportable ?
- A la base, c'est que ce n'est pas trop supportable pour un mec comme moi. Le reste des gens, je ne sais pas comment ils le vivent mais moi, personnellement, je me sentais mal avec les trucs attachés. Parce que j'ai besoin de bouger. Je bouge souvent, moi.
- Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer pour que ce soit plus supportable ?
- Il faudrait ne pas le faire, directement. Ne pas attacher. Parce que ce n'est pas plaisant. Il faut voir s'il y a une raison aussi. Si le mec a tué quelqu'un, on peut l'attacher. Mais un type qui ne fait rien et qui entend des voix, c'est triste.
- Qu'est-ce qu'on pourrait faire à la place des contentions ?
- Moi, je trouve que l'iso, ce n'est pas facile aussi. C'est un peu pareil. C'est enfermé. On passe le temps. C'est beau et merveilleux. (rire). Par contre, on se sent bien psychologiquement. C'est plutôt physique. Mais je préfère être en iso qu'être attaché. Ou me mettre dans une chambre normale et voir ce qui en dure. Ne pas trop faire d'erreur parce que les médecins, c'est un peu chiant. Dans une chambre normale, avec la liberté, ou sinon, en zone fermable. Vous connaissez ? Il y en a une à C. J'en ai fait pendant pas mal de temps. Soit c'est à cause du cannabis ou je n'étais pas bien. Je suis bien dans l'idée de la chambre fermée. Parce que c'est reposant. On s'apaise l'esprit. On voit moins de gens. C'est mieux. Après, pour y vivre, faut avoir rien à foutre.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur les contentions ?
- Je ne sais pas depuis combien de temps ça existe. Je ne sais pas si c'est nouveau. Je ne conseille à personne de subir ce que j'ai subi.

Entretien 20

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez été attaché.
- J'étais attaché aux urgences parce que la sécurité devait partir. J'étais seul avec l'infirmier, donc ils ont décidé de m'attacher parce que j'étais seul avec l'infirmier. Je les ai aidés à m'attacher. Et d'ailleurs, vu que j'ai fugué dans la nuit, j'ai pu me détacher tout seul de ce que

j'étais attaché. Je n'étais attaché que d'un bras et d'un pied. En diagonal. C'était dans une salle d'attente, dans le sous-sol des urgences.

- Qu'avez-vous ressenti au moment où ils vous ont attaché au lit ?
- Ça m'a fait chier parce que je ne pouvais plus bouger. C'est tout. Ça me gênait. Pour me mouvoir.
- Est-ce qu'il y avait des émotions à ce moment-là ?
- Non. Un peu de colère peut-être. Parce que je n'allais rien faire à l'infirmier. J'étais non-violent. Mais ils ne l'ont pas perçu.
- Combien de temps ça a duré ?
- Toute la nuit.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti tout au long de la nuit ?
- Rien parce que j'ai dormi. Après, je me suis réveillé. Je les ai appelés. J'ai vu qu'il n'y avait personne. J'avais super froid. Je me suis détaché et je suis parti.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Ça s'est bien passé. Je discutais avec lui.
- Vous avez vu des médecins à ce moment-là ?
- Non.
- Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses qu'on pourrait améliorer pour que les contentions soient mieux supportées ?
- Donner plus de mou.
- D'autres choses ?
- La suppression peut-être.
- Qu'est-ce que l'on pourrait faire à la place ?
- Rien. Laisser le patient comme il est.
- Qu'est-ce qu'on aurait pu faire dans votre situation ?
- Me donner une chambre. Parce qu'ils ne m'ont pas donné de chambre. Qui soit au chaud. Parce qu'il faisait super froid. Je n'avais qu'un drap.
- Qu'est-ce que vous ressentiez par rapport à ça ?
- De la gêne. Je trouvais ça stupide. Je trouvais ça stupide qu'ils m'attachent et qu'en plus je ne puisse pas me mouvoir pour me couvrir confortablement, déjà qu'il faisait froid et que c'était mal organisé.

Entretien 21

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle se sont déroulées les contentions.
- Je me cognais la tête contre la fenêtre et je ne voulais pas être prise en charge. Je ne voulais pas écouter les soignants. A ce moment-là, ils se sont mis à quatre pour me prendre. Ils m'ont prise. Ils m'ont mise sur le lit. Ensuite, ils m'ont mis les contentions aux poignets et aux pieds. Je suis restée comme ça une demi-journée. A la fin, ils ont enlevé les contentions. Mais je suis restée comme ça une demi-journée.
- Qu'avez-vous ressenti au moment où ils vous ont mis les contentions ?
- J'ai ressenti beaucoup de colère. Je trouvais que ce n'était pas quelque chose qu'il fallait faire. Tout le temps. Il ne faut pas le faire dans n'importe quelle situation selon moi. Si vraiment le patient est très agité, oui. Dans la mesure où on est très agité, je pense que c'est à faire. Mais pas dans n'importe quelle situation. Il faut étudier le dossier du patient avant, pour voir le traitement, le pourquoi il fait comme ça

- A quoi est-ce que vous pensiez au moment où on vous a mis les contentions ?
- Je voulais sortir des contentions. Je n'aimais pas. Je voulais qu'on me laisse tranquille et qu'on m'enlève les contentions. Mais ce n'est pas la première fois où ça arrivait. C'est arrivé aussi alors que j'avais une sonde nasogastrique. Et pour m'empêcher de l'arracher, ils m'avaient attachée les mains au lit. Donc, ils m'avaient attachée toute une nuit les mains attachées au lit, sur le dos. Le lendemain, j'étais en larmes parce que j'ai dit : « Mais enlevez-moi ça. » Parce que je trouvais que faire ça, je m'arrachais cette sonde, c'était la troisième fois, quelque part ils ont fait ça pour me maintenir en vie. C'était une anecdote d'il y a trois ans.
- Qu'avez-vous ressenti tout long de la demi-journée de contention ?
- J'ai ressenti beaucoup d'attente. Je me souviendrai toujours lorsque mon éducatrice est venue me voir. A ce moment-là, j'avais honte d'être dans cette situation-là. Pour moi, j'ai ressenti de la honte parce que de me voir dans cette situation-là, ça veut dire qu'on est dans la détresse. Ce n'est pas quelque chose que j'aime montrer à tout le monde. Elle est venue me voir. J'avais un drap sur moi, heureusement. Mais les médecins l'avaient informée que j'étais contentionnée et que je n'avais pas droit aux visites. Elle est juste passée cinq minutes, en coup de vent. J'avais un drap sur moi mais elle a vu que j'étais contentionnée. Je lui ai dit que j'étais désolée, qu'ils m'avaient contentionnée. Et là, récemment, au mois de novembre, j'avais un lit avec des contentions parce que je ne voulais pas de traitement. Ils m'ont mis à ce moment-là une perfusion sous-cutanée. Et là, pareil, ils m'ont dit : « Madame, si vous arrachez la perfusion, on sera obligée de vous contentionner ». Je ne l'ai pas arrachée. Je n'ai pas été contentionnée. Mais c'est pour dire que le matériel était déjà prêt pour m'attacher au lit. Moi je trouve que c'est être dans une détresse indescriptible que d'être dans ces moments d'agitation.
- Qu'est-ce que vous en avez pensé ?
- C'est pour ne pas que je me l'arrache en fait. Et comme j'avais tendance à enlever mes perfusions, ils ne voulaient pas me repiquer et perdre du temps en quelque sorte. J'avais l'impression que c'était plus... Ils ne s'imaginent pas ce qu'on ressent quand on est attaché. En plus, dans ma condition de non-voyante, personne ne peut s'imaginer comment on peut ressentir le fait d'être contentionné quand on ne voit pas ce qu'on a autour des poignets, ce qu'on a autour des chevilles. C'est très traumatique. A la période où j'avais été sous sonde et où j'avais été contentionnée, j'avais trouvé ça très traumatique car je ne savais pas pourquoi on me faisait ça. En fait, ils ont joué sur la confiance. Ils ont dit : « On vous détache les mains si vous arrêtez de vous arracher la sonde et qu'on ne vous en remette pas une autre. » Ça m'est arrivé plusieurs fois d'échapper de peu à la contention.
- Continuez à me parler de ce qu'il s'est passé tout au long de la demi-journée de contention.
- Beaucoup d'attente. C'est surtout qu'il y avait du monde qui me regardait à travers la vitre. Je ressentais beaucoup d'attente. Je n'ai pas aimé. Je trouve que c'est à utiliser en cas d'extrême agitation et pas comme ça, au petit bonheur la chance.
- A quoi vous pensiez tout au long de la contention ?
- Je voulais qu'on me laisse tranquille. Je n'arrêtais pas de dire qu'on me laisse tranquille. Je me faisais du mal et je voulais qu'on me laisse tranquille. J'étais agitée. On m'a dit : « ça ne sert à rien de vous débattre contre vos liens. » Je trouve que ce n'est pas quelque chose... Il faut le faire en cas d'extrême agitation. Quand le patient est vraiment agité, c'est en dernier recours. Il ne faut pas utiliser ces méthodes-là parce que ça ne fait qu'augmenter l'agitation du patient. Je trouve que l'attacher sur un lit et parler avec lui pour voir le pourquoi de la contention et qu'est-ce qu'il s'est passé, je trouve que c'est quelque chose à faire avant la contention. On discute et après, on voit. Si le dialogue est possible.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers le temps que vous soyez contenue ?

- Je ne pouvais rien faire. J'attendais. Je voulais qu'on me débarrasse de ces contentions. Je n'ai pas l'impression qu'ils venaient me voir. Les infirmiers regardaient par la vitre et ils ne me parlaient jamais. On m'a parlée après. Il y a les médecins qui sont venus, on a parlé et on a enlevé les contentions. Mais il a fallu attendre une demi-journée.
- Comment ça s'est passé avec les médecins ?
- J'attendais. J'étais très mal. Ils ont recueilli des informations sur moi et à ce moment-là, on a pu en discuter. Mais, j'ai été très mal à ce moment-là. Le fait de parler de ma vie privée à des médecins, tout ce que j'avais subi, ça m'avait contrariée. Parce que j'étais contentionnée tout le long. Franchement, c'est une expérience à ne pas revivre. Tout ce que je voulais, c'est qu'on me détache et qu'on me laisse tranquille. Le problème, c'était que je voulais me faire du mal. C'est arrivé dans un service où on m'a contentionnée direct alors qu'au jour d'aujourd'hui, il m'arrive encore de me faire du mal et on ne me contentionne pas.
- Qu'est-ce qu'on aurait pu vous proposer dans votre situation pour éviter les contentions ?
- Qu'on essaie de dialoguer un peu plus. Mais parfois, ce n'est pas possible parce que la détresse est telle que... Je trouve qu'il faudrait dialoguer un peu plus, mais le problème, c'est au niveau de la formation des infirmiers. Peut-être qu'il y a des infirmiers qui sont peu expérimentés. Parce que ça s'acquiert avec de l'expérience. Si on est un jeune infirmier et qu'on voit une personne qui est dans une très grande agitation et qu'on contentionne, je dis que ça fait partie de la formation des infirmiers. Il faut qu'il y ait une formation spécifique ou des mises en situation. Savoir reconnaître les signes pour éviter de contentionner une personne.
- Qu'est-ce que l'on pourrait proposer d'autre pour éviter la contention ?
- Je ne sais pas.
- Qu'est-ce que l'on pourrait améliorer dans la contention pour que ce soit mieux supporté ?
- Faire les choses lentement. Parce que pour moi, les choses ont été faites vite, ça m'a serré les poignets et les chevilles. Je ne trouvais pas ça agréable. Il faut faire les choses lentement dans ces cas-là. Ça veut dire qu'il y a une personne qui maintient le patient sur le lit, pendant que les deux autres personnes la contentionnent. Mais il faut que ce soit fait dans de bonnes conditions et il faut que ce soit fait lentement.
- D'autres choses qui pourraient être améliorées ?
- Qu'il y ait un dialogue qui s'instaure tout au long des contentions. Quelqu'un qui a vu la scène, un infirmier ou un aide-soignant, qui a participé à la contention, essaie d'instaurer le dialogue avec le patient. Pendant la mise des contentions et tout au long des contentions. Qui passerait toutes les demi-heures. C'est pour ça que je parlais de la formation. Si on n'est pas assez de personnel pour s'occuper de ce genre de choses, on a tendance à oublier, à laisser le patient là, à mijoter, pendant qu'on s'occupe d'autres patients. C'est pour ça que j'insiste bien sur la formation des infirmiers et l'effectif du personnel. Pour moi, ça a été très traumatique et ce n'est pas du tout évident de vivre une contention. Il faut être accompagné. Il faut beaucoup parler avec le patient, lui donner des traitements. Soit par injection, soit par la voie orale. Des traitements apaisants. Dans un premier temps, dans le but d'apaiser, pour éviter qu'il soit agité dans tous les sens. Dans un second temps, je pense par exemple au Tercian, quand on en a à fortes doses, on peut dormir. Le but ce n'est pas de faire dormir le patient pendant qu'il est contentionné. Le but, c'est qu'il y ait un dialogue avec la personne qui a vécu ce genre de chose.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ?
- Non.

- J'ai passé la nuit à nettoyer ma chambre, j'ai cassé un ventilateur. Je me suis retrouvée épuisée le lendemain matin. J'ai sonné, je n'en pouvais plus. Et là, on m'a sanglée immédiatement avec une espèce de hargne, une espèce de surpuissance. Je me suis sentie toute petite. J'étais extrêmement fatiguée. J'ai vraiment trouvé ça très injuste et très ingrat. J'ai eu vraiment l'impression d'étouffer. C'était la sensation de vouloir partir et de ne plus jamais pouvoir partir. D'étouffer, d'être à mille lieux sous terre. C'est la grande impression que j'ai eue. Sans compter les douleurs. Ils ont serré énormément. C'était très douloureux d'avoir été sanglée, avec des liens qui sont quand même très épais et très larges. C'était en plein été en plus, on a très peu sur soi et c'est douloureux. La sensation, c'était essentiellement l'étouffement. Je pensais ne plus jamais pouvoir me lever ou m'asseoir. J'avais l'impression d'être totalement incomprise. La méchanceté avec laquelle ils m'ont sanglée, la petitesse de ce que j'ai fait, c'était complètement démesuré. Dans la mesure où je le sentais comme ça. J'avais passé la nuit à nettoyer ma chambre, comme je le fais d'habitude quand je suis maniaque ou hypomaniaque. J'ai tout nettoyé avec du papier toilette. Et je me suis retrouvée exactement dans la même situation le lendemain matin. C'était toujours tout aussi sale et mal rangé, et j'ai lavé des choses. J'avais un grand ventilateur, je l'ai cassé en deux et je n'arrivais plus à le réparer. J'étais de toute bonne foi. Je voulais vraiment faire du mieux que je pouvais. Et puis, il y avait tout de suite la sanction après. C'était sanction pour quelque chose que je pensais être bien.
- Comment s'est passé le moment où on vous a attachée ?
- C'était vraiment difficile parce qu'il y avait un premier infirmier qui a constaté, qui a appelé du renfort. Ils étaient à trois pour me mettre des sangles. Ils ont tiré et tiré, chacun à chaque membre. Ils éprouvaient une certaine jouissance à le faire. C'est l'impression que j'ai eue en tout cas. Une espèce de sourire. C'était très désagréable. Je me sentais amoindrie. Je vous ai parlé de la souffrance morale, cette impression d'étouffement, enfin c'est aussi physique. Ce qui est physique pur, c'étaient les liens qui étaient très, très serrés. Je n'avais strictement aucun choix. Et puis cette surpuissance des autres par rapport à moi. Trois infirmiers vachement balèzes, qui viennent vous sangler comme ça, chacun à sa sangle. C'était difficile à recevoir. C'étaient des hommes puissants. J'avais l'impression qu'il y avait une jouissance de leur part. Je les voyais avec un sentiment de contentement, un sourire de contentement, comme si c'était pour me punir, comme si j'étais une petite fille. Pour me punir de quelque chose d'énorme que j'avais fait. Ce qui n'était, à mon avis, pas le cas. Il y avait eu une espèce de rapidité. C'était immédiat. Je n'avais pas de laps de temps pour réfléchir. On me sangle immédiatement. J'ai l'impression que c'étaient des gladiateurs. Quelque chose de très dur.
- Combien de temps ont duré les contentions ?
- Pas longtemps, une nuit seulement.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti tout au long des contentions ?
- J'ai beaucoup souffert. J'ai beaucoup pleuré. Toujours pour l'injustice. Et puis, j'avais mal. J'avais très chaud, il n'y avait pas de ventilation dans la chambre. Il faisait trente-huit dehors. Je n'avais pas d'eau, pas à manger. Oui, c'est difficile. Et toute une nuit dans le noir sans manger et sans boire. J'étais laissée comme un vagabond dans le caniveau. C'est comme ça que je l'ai ressenti.
- A quoi est-ce que vous pensiez tout au long des contentions ?
- A la vengeance. Je me disais : « Je les aurai. Je les aurai. » Et puis, j'ai commencé à essayer d'ouvrir les sangles, mais il n'y avait pas moyen de les ouvrir. Je poussais dans tous les sens. Il n'y avait strictement rien à faire. Je les haïssais à un point. D'ailleurs, j'ai continué à les haïr

après et je ne leur ai plus jamais parlé. Je les regardais méchamment. Je dis : « ça, vous ne me le referez plus jamais. » Je n'avais pas peur pour moi. J'avais juste des idées de vengeance et d'injustice. C'est ce qui me vient de plus spontané.

- De quoi est-ce que vous vous souvenez d'autre pendant la contention ?
- Ne pas voir clair. Ne serait-ce que me lever pour me soulager. Ne serait-ce que me lever un tout petit peu. Le fait d'être derrière, d'être comme poussée à l'arrière, pris par la gorge. C'était quelque chose de très pénible. J'ai toujours eu envie de me lever. Les pieds, à la limite, ça passe. Mais quand on a les mains liées, on ne peut pas se lever. On a tout le torse qui est pris. Je vous avais parlé d'étouffement tout à l'heure. C'est ça. L'envie de me lever et de ne pas pouvoir. L'impression de couler, de couler complètement. Parce que quand on est couché, on a l'impression d'avoir la tête en arrière. L'impression de couler et de crouler. Ce qui était pénible, c'est le noir, pas d'eau, rien.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long des contentions ?
- Je les ai insultés. Je les ai traités de tous les noms. Il fallait qu'ils écopent pour ce qu'ils me faisaient écoper. Voilà, c'étaient : « salauds », « fils de putes ». C'est quelque chose que j'aime bien dire parce que c'est ma méchanceté contre les hommes. Je les ai appelés « couilles molles » parce que justement ils avaient profité d'être plus puissants que moi, plus forts que moi pour me sangler. Ils ont utilisé leur puissance masculine pour me sangler. Comme par hasard, ce sont toujours les hommes qui vous sanglent. C'est dégueulasse. Ma féminité en a pris un coup aussi. La haine de l'homme est passée en même temps que la haine de la personne, de l'infirmier en l'occurrence. Ça, c'est personnel. J'étais très soulagée mais la haine est restée pendant pas mal de temps encore. Je vous dis, j'ai continué à les haïr et à ne plus leur parler. De toute façon, je n'avais pas trop intérêt à faire n'importe quoi, à les insulter. Parce que, sinon, je retournais en chambre fermée. On se trouve tout petit quand on est comme ça. On sort les sangles, je fais un faux pas et j'étais enfermée pendant je-ne-sais-combien de jours dans ma chambre, presque sans eau, en restriction totale. Pas de droit de visite. Pas de droit de téléphone. Rien. Vous vous sentez très dépossédé.
- Comment est-ce que ça s'est passé avec les médecins ?
- Je leur ai dit que c'était totalement injuste. J'ai gueulé avec eux. Ils ne semblaient pas très touchés par ce que je leur disais. Ils estimaient certainement que c'était normal. Je me suis vengée. Verbalement, je me suis vengée. Je leur ai dit : « Oui, est-ce que vous vous rendez compte de ce que vous avez fait ? »
- Vous vouliez me parler d'une autre contention ?
- Je suis venue le lundi de Pâques aux urgences. J'étais beaucoup plus agressive. Il y a quatre vigiles qui sont venus me sangler. Ils m'ont sanglée pendant deux jours. Je n'arrêtais pas de bouger. J'étais invincible. Je criais. Je tapais dans les portes. J'insultais le personnel médical. En plus, j'avais une espèce de main mise sur ma voisine. Je faisais n'importe quoi. Je criais ce qu'il fallait qu'elle fasse. Une espèce de dictateur. Je donnais des ordres. J'étais totalement insupportable et ingérable. Ce sont quatre vigiles qui m'ont sanglée, des espèces de molosses. C'était une chambre normale, à trois lits. Là, c'était une sorte de vengeance par rapport au fait d'être sanglée la nuit dernière. Je me suis jouée des sangles et je les ai ouvertes régulièrement, l'une après l'autre. Il y avait trois sortes de sangle différentes et je les ai ouvertes. C'était un plaisir. Une espèce de vengeance énorme. J'étais d'autant plus contente que c'était quatre molosses qui m'avaient fait ça, chaque fois que je les ouvrais, ils revenaient les fermer. Je ne ressentais rien, uniquement de la vengeance, un plaisir pur. Je commençais un peu à apprendre ce qu'était une sangle. J'avais bien essayé d'expérimenter mais c'était trop serré. Et puis, je ne connaissais pas encore trop les systèmes. Et là, avec un peu d'expérience, et quand on est maniaque, on est diabolique, on est capable de faire des trucs que je n'aurais

jamais imaginé que je pourrais faire. J'ai déjoué leurs plans. Donc, je n'avais strictement aucune douleur. C'était une vengeance pure. Et de la jouissance. Enormément de jouissance. Je disais : « Vous ne m'aurez plus. Vous ne m'aurez plus. » Pas de douleur.

- Comment est-ce que ça s'est passé avec les infirmiers à ce moment-là ?
- Ils n'étaient pas là. Ils appelaient les vigiles comme ils voyaient que j'étais ingérable. En tout cas, je ne les ai pas vus. Et je n'avais qu'une chose en tête, c'était d'ouvrir ces sangles, de leur damer le pion en fait. Vengeance contre l'homme. Vengeance contre le vigile. C'est une expérience rigolote pour moi. C'était plus drôle qu'autre chose. Le ressenti de l'hôpital C. était d'un autre ordre. Et puis, c'était nouveau. Je n'avais jamais été sanglée. Je me disais : « Mon Dieu, combien de temps ils vont me laisser ? Qu'est-ce que ça va me faire ? Est-ce que ça va me laisser des traces ? »
- Est-ce que vous avez des idées pour améliorer la contention afin qu'elle soit mieux supportée ?
- Au moins monter le corps pour ne pas avoir la tête en bas. C'est extrêmement douloureux d'être comme ça. Ne pas être complètement à plat. Pouvoir soulever son corps, ne serait-ce que pour avoir l'impression d'être un homme.
- Qu'est-ce qui est désagréable d'être à plat ?
- D'être complètement démuni, complètement désœuvré, laissé pour mort. On se sent mise à terre quand on est comme ça. On n'a plus aucune force. On n'a plus aucune possibilité de faire quoi que ce soit. Alors qu'une personne qui peut se lever un tout petit peu a plus de dignité. Elle se sent un tout petit peu plus forte. Elle est quand même attachée. Mais elle peut être attachée de façon plus lointaine pour qu'elle ne puisse pas toucher ses sangles, être un peu plus lâche. Les pieds, ça va. C'est le buste. Juste surélever un peu plus la tête. C'est une question de dignité.
- Autre chose à améliorer ?
- Les fermetures, lorsqu'elles ferment mal. (rire). Après, c'est la façon d'appréhender les gens. J'ai toujours été appréhendée de façon très brutale. Comme je vous l'ai dit, j'avais l'impression que c'était une force. Quelque chose de jouissif pour ceux qui le faisaient. Je pense que ça peut se faire tout à fait normalement. On n'est pas obligé d'arriver avec quatre vigiles, comme un morceau de bœuf qu'on transporte. C'est le côté plus psychologique de la chose. On pourrait le dire sans crier : « Madame, si vous vous ne tenez pas un peu plus tranquille, on va vous sangler. » Ils arrivent, ils viennent vers vous à une vitesse pas possible, ils prennent les sangles. Je ne sais pas si vous avez déjà vu un porc être tué, à qui on enlève le poil. C'est un petit peu ça. On vous tourne, on vous prend comme un ballot. On ne vous prend plus du tout comme un être humain. Ils peuvent le faire de façon plus calme, ça ne changera rien de toute façon. Je ne peux rien faire contre trois, quatre hommes. Je ne peux strictement rien faire. On n'est pas obligé de montrer sa jouissance. C'est très désagréable. Ça entraîne de la rage par celui qui est sanglé. Chez moi, ça entraîne encore plus de rage que le fait d'être sanglé.
- Tout le long de la contention, qu'est-ce qu'on pourrait améliorer aussi ?
- Je vous l'ai dit, à l'hôpital C., c'était le manque d'eau. Qu'on vienne régulièrement me voir, qu'on ne me laisse pas pendant des heures toute seule à broyer du noir, parce que c'est difficile d'être seule dans le noir, sans eau et sans manger. Une fois par heure ils pourraient passer, donner un peu à boire, avec des mots, pas des mots méchants, pas des mots dégradants, des mots normaux. Des mots de soignants normaux : « Il y en a plus pour longtemps. Restez tranquille, ça va aller. » Des choses un petit peu douces, qu'on puisse faire confiance. Et là, on m'a laissée toute une nuit sans rien. Sans rien du tout. Sans aucune consolation. Et je pense que l'on fait la même chose à des gamins de dix-huit ans. J'en ai cinquante et un. Un gamin de dix-huit ans, c'est la même chose, on le traiterait de la même façon.
- D'autres choses que l'on pourrait améliorer ?

- Non. Je ne pense pas qu'il en faille trop. Il faut quand même que ce soit une sanction. Il faut quand même que l'on vous sanctionne pour ce que vous avez fait. Après, c'est sûr que généralement, on n'y peut rien, c'est la maladie qui le veut ou ce sont les médicaments qui le veulent. Et qu'on ne vous engueule pas systématiquement pour des choses pour lesquelles vous n'y êtes pour rien. Quand vous êtes maniaque en général, et quand vous êtes sanglée en particulier, on n'arrête pas de vous traiter comme un chien, comme si c'était de votre faute. C'est vrai qu'on est pénible, c'est vrai qu'on peut être dangereux, c'est vrai qu'on est insultant. Il faudrait bien qu'ils se rendent compte qu'on est malade avant tout. On ne nous traite plus comme des malades, on nous traite vraiment comme des forcenés. L'enfermement, c'est la même chose. C'est une sanction incroyable. On vous crie après. On vous crie tout le temps après comme si vous étiez prisonnier. C'est une dégradation. Une dégradation totale. Une injustice. Ce n'est pas du tout à la mesure de ce que vous avez fait. C'est vraiment pire. On n'a pas le droit de vous traiter comme ça. On pourrait le faire en laissant la personne digne de ce qu'elle est et non pas en la dégradant. C'est déjà assez pénible d'être sanglée, en plus on la dégrade verbalement. C'est ça le ressenti, de n'avoir aucun recours possible, à tous les niveaux, à la fois physique et psychologique. On vous ligote.
- D'autres choses que l'on pourrait améliorer ?
- Par exemple, si c'est la nuit, vous mettez une petite lumière, au lieu de vous laisser dans le noir, pour les gens comme moi qui ont une phobie du noir. Une petite lumière. Un petit peu d'eau. Un passage régulier. Quelques mots normaux, on ne demande pas d'être gentil, un peu normaux. Et techniquement, la possibilité de se lever un peu. Homo erectus quoi. (Rire). Pour mettre un peu la tête hors de l'eau.
- Qu'aurait pu-t-on vous proposer dans votre situation pour éviter les contentions ?
- Je ne vois pas dans quelle mesure qu'on me sangle, qu'on ferme la porte et qu'on m'empêche de tout, je ne vois pas quel est l'intérêt. Eventuellement de m'enfermer dans ma chambre. Et me dire ce qu'il va se passer. Or là, on ne m'a rien dit. Ils viennent avec les sangles. Tu ne sais pas trop ce que c'est. On ne te dit pas si on va te laisser longtemps. On ne te dit pas exactement pourquoi on te sangle. On te dit : « ouais, tu le mérites. ». Des choses comme ça. On ne te dit pas, effectivement, que quelqu'un va passer régulièrement te voir, pour voir si tout va bien. J'avais en plus des problèmes cardiaques et respiratoires. C'était particulièrement douloureux dans la nuit. Pour rassurer. Et avec un langage normal. Bon, ça n'empêche pas d'être ligoté et de ne pas pouvoir bouger. Parce que, là, on ne vous dit rien. On ne vous dit rien du tout. On vous laisse comme ça. On vous sangle. On éteint la lumière. Vous ne savez pas où vous êtes. C'est brutal. C'est vraiment brutal.
- Qu'est-ce qu'on aurait pu vous proposer d'autre pour éviter les contentions ?
- L'enfermement. Au moins, ça ne vous fera pas mal physiquement. Vous pouvez rester debout ou vous coucher. La porte est fermée à clé, vous ne risquez pas de... Il y a le minimum. Tout est fermé à clé. On vous enlève la table de nuit. Il vous reste le lit et l'armoire fermée, c'est tout ce qu'il vous reste. Et puis, quand on est sanglé, ce qui serait sympa, c'est d'avoir la possibilité d'avoir une sonnette. Ça, ce n'est pas possible non plus. Quand on veut aller aux toilettes par exemple, ou des choses comme ça. Quand on a des problèmes pulmonaires. Moi, j'étais assez inquiète parce que je respirais mal et je ne sais pas ce qu'il pouvait m'arriver, puisque personne ne venait me voir, et je ne pouvais pas sonner. Quand on est enfermé, on a au moins ça. On est bien bloqué à l'intérieur. Après, j'ai l'impression que pour eux, la sanction est moindre. Je reviens toujours sur la jouissance qu'ils ont. C'est certainement l'impression que j'ai. La jouissance qu'ils ont à sangler. D'autres sanctions, je ne pense pas qu'il puisse vraiment y en avoir. Qui soient aussi dures. C'est dur d'être enfermé, mais c'est physiquement moins dur, moins inquiétant que d'être sanglé.

- Est-ce que vous voulez ajouter autre chose ?
- Non. Je crois que j'ai tout dit par rapport à mon ressenti.

Entretien 23

- Pour moi, les contentions, c'est comme empêcher de pisser. Vous voyez ? Quand vous avez envie de pisser, il y a une énergie naturelle qui fait que ça va de haut en bas. Pour moi, les contentions, c'est pareil. C'est comme si j'avais mon esprit qui voulait s'évader. C'est-à-dire qu'il veut marcher, il veut boire, il veut faire quelque chose, et qu'on est empêché. Ça engrange en moi une sorte de claustrophobie. Et si elle n'est pas maîtrisée, ça peut entraîner des crises. Après, ces crises-là, je n'en ai jamais faites car j'ai confiance en la médecine et ils ne vont pas me laisser contentonné des journées et des journées. Mais si j'avais le cauchemar des tortures des guerres d'Algérie, d'Indonésie, de Syrie. Les Américains contentionnent aussi. Si j'avais cette sorte de mentalité-là, je pourrais avoir peur pour ma propre santé. C'est pour ça que je trouve ça très dangereux.
- C'est-à-dire ?
- C'est-à-dire que si vous me mettez plus longtemps et sans surveillance. Ça peut me faire du mal. Ça va commencer par se sentir claustrophobe. Après, une agitation non maîtrisée. Et une agitation et être contenu, ça se contredit. Pourquoi ça se contredit ? ça fait une énergie pas très bonne. Vous voyez ? Vous êtes humain, vous aussi ? Si vous étiez contentonné toute la journée, vous comprenez bien que vous ne seriez pas bien. Parce que vous avez une paix intérieure très développée. C'est-à-dire que vous êtes bien sain. Vous savez que vous allez sortir, vous êtes à l'aise, pas envie de pipi, pas agité. Là, oui d'accord, c'est bien. Mais une personne, naturellement... Si, moi, on m'a désigné comme malade, on sait bien qu'il ne faut pas me contentonner, parce que je suis agité ou un truc comme ça. Vous voyez ? Et quand on vous les enlève, ça vous fatigue. Parce que, je ne sais pas pourquoi, mais ça nous fatigue. J'ai la tension qui baisse. Et moi, ce sont surtout les cauchemars, les guerres qui me font peur. Imaginez qu'on m'oublie dans une salle où j'ai été contentonné. Il suffit juste d'un oubli. La porte est fermée. Si je commence à crier, je vais m'agiter. Il faut se contrôler. Je suis dans la salle. Personne ne s'occupe de moi. Ils font leur vie et moi je suis contentonné. Je reste contentonné jusqu'à ce que quelqu'un m'enlève les contentions. C'est très difficile.
- Est-ce que vous pouvez me décrire dans quelle situation on vous a contenu ?
- Naturellement. Bien posée. Je n'ai pas voulu. On m'a dit : « Est-ce que vous voulez les médicaments ? » J'ai dit non. On m'a dit : « Monsieur, on va vous faire la piqûre. » J'ai dit : « Moi, je n'ai pas envie ». Ils m'ont quand même fait la piqûre. Après, je ne me souviens plus de rien. Mais je n'aime pas être contentonné.
- Comment s'est passée la pose des contentions ?
- Tranquillement. Je me suis laissé faire parce que je me suis dit que plus ils savaient qu'ils m'avaient bien contentonné, plus ils allaient me les enlever.
- Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?
- Du mépris envers les gens qui me contentionnent. Mais pas envers les personnes en elles-mêmes. Le système. Le mépris de ces techniques. Parce que je sais que l'homme est intelligent. Alors, l'homme peut trouver une solution pour contenir une personne au lieu de l'attacher comme ça. Je ne sais pas. Le mettre dans une pièce. Regarder une vidéo. Faire une partie

d'échec. Ça aussi, ça doit canaliser. Je n'aime pas les contentions. Parce que j'ai des a priori par rapport aux guerres. Il y en a qui ont été torturés comme ça. Et quand ça me vient dans la tête, comme ça, ça me fait mal.

- Ce sont des pensées que vous avez lorsque vous êtes contenu ?
- Non, il ne faut pas que j'y pense. J'ai toujours fait le lien. Parce que je regarde des films, je vois la télé, ils se tirent dessus, je vois des trucs comme Hannibal Lecter. Et il y a des choses que je ne supporterai pas. Personnellement, dans le monde de la contention, je n'y connais rien du tout. Je n'ai jamais contentonné quelqu'un. Je me suis battu avec des gens, je ne les ai jamais attrapés. Je leur ai mis des coups de poing, ça s'est réglé comme ça. Mais c'est très dangereux ça. Parce qu'il suffit qu'il y ait un oubli. Je peux faire une crise cardiaque. Je m'agite, je crie, sueurs froides, tatata. C'est la crainte. Je crains à nouveau les contentions. C'est comme un appel au secours dans le vide. Et rien qu'y penser, ça me fait la chair de poule. Je n'aime pas. Après, ça va, s'il y a une personne qui regarde, qui voit. Si je suis contentonné et qu'il y a une personne en face de moi, je suis plus à l'aise. C'est mieux. Si je suis tout seul contentonné dans la cellule, je n'aime pas. Ça me fait mal.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers le temps des contentions ?
- Très bien. Ils ont fait leur travail et moi, j'étais moi-même.
- Et avec les médecins ?
- Bien, dirai-je. Il n'y a pas eu de retour, ni de bilan. Mais le fait d'aller le voir, ça m'a fait une auto-percussion. C'est-à-dire que je vois mieux mes problèmes. Je ne sais pas si c'est à cause des contentions, mais c'est par rapport à mes problèmes, si vous voulez, mon père nous a quittés il y a dix ans. Et j'ai dû le remplacer. Avec une fragilité psychologique, un petit frère à gérer, une mère fatiguée, tous les jours pendant dix ans, vous comprenez bien que ça engendre quelques faiblesses. Et je me suis réveillé il y a trois jours, je me suis dit : « C'est bon, j'ai compris. Il faut que je trouve un appartement, que je me marie, que je fasse des enfants. Il faut que je fasse ma vie. Si je ne fais pas ma vie, je vais rester vieil homme, avec Maman. » Et ça ne me convient pas.
- Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses que l'on pourrait améliorer pour que les contentions soient mieux améliorées ?
- Des contentions avec des ressorts. Quand il veut un peu bouger, il peut bouger pour se sentir bien. C'est pas mal ça quand même. Pour qu'il y ait plus de mou. Avec des ressorts pour que, s'il veut se débattre pour se sentir bien, il peut tirer sur le ressort. Et un bracelet qui comprime moins. Qui fasse moins le mec qui est attrapé. Parce que ça entraîne des douleurs psychiques. C'est comme si je vous mettais dans du ciment. Ça vous ferait plaisir ? J'imagine que non aussi. Parce qu'on ne peut pas bouger dans le ciment. C'est très désagréable ça. Les pieds, encore, ça va. Ce sont les mains le pire. Et encore, à force de me faire attraper comme ça, j'arrive à mieux me contrôler. Je fais plus confiance qu'avant. Mais les premières fois, c'est vrai que c'est dur. Après, ce qu'on pourrait améliorer, je ne sais pas. Des gants. Des gants avec un bracelet à ressort, c'est mieux. C'est mieux que de sentir avec le poignet. Parce qu'avec les gants, on peut bouger les doigts. On n'a pas trop la sensation de l'attache.
- Est-ce qu'il y a des choses qu'on aurait pu vous proposer dans votre situation pour éviter la contention ?
- Je ne sais pas parce qu'à chaque fois, en entrant aux urgences, on me dit : « Prenez les médicaments » Et quand je les prends, on me met quand même les contentions. C'est à vous de me dire. C'est vous qui connaissez le protocole.

- L'idée, c'est justement de recueillir votre avis afin de trouver des alternatives à la contention.
- Un bain. Pour me détendre. Un bain. Ou un jacuzzi. Après, est-ce que ce serait une avancée de mettre un jacuzzi à l'hôpital ? Je ne sais pas. Moi, je sais que si j'étais dans un bain au lieu d'être sous contention, je serais mieux, plus apaisé. Je pourrais plus écouter les gens.
- D'autres idées pour éviter les contentions ?
- Une cellule psychologique. Parler à la personne. Demander qui veut l'assister. Par exemple, si j'ai un problème avec ma mère, parler avec ma mère autour d'une table. Moi, mon sujet est faible. Je suis fatigué d'être le parent de la maison. Moi, je n'ai pas de problème psychologique comme des hallucinations ou des meurtres.
- D'autres idées ?
- Je ne sais pas. Dans quel cas on met les contentions ?
- Qu'est-ce que vous en pensez, vous ?
- En pratique, je ne peux pas dire que c'est pour calmer quelqu'un. Parce que moi, ça ne me calme pas. J'étais calme avant, j'étais calme après. Après, je sais que quand on me les enlève, je me sens mieux. Mais est-ce que ce n'est pas pervers de faire du mal pour que l'autre soit mieux quand on les enlève ? C'est un peu pervers quand même. Mais je ne vois pas à quoi ça sert sinon. Ou si la personne est dangereuse. Mais, moi, je ne suis pas dangereux, sinon on ne serait pas dans une pièce à deux. Moi, c'est surtout les fantômes du passé. Enfin, du passé, il y a toujours des guerres maintenant. Les fantômes des tortures qui se passent. On ne va pas se voiler la face. Quand on fait une guerre, il y a des tortures. En Syrie. Aux Etats-Unis, il y a la peine de mort. Même en France qu'on ne voit pas.
- Vous faites le lien entre torture et contention. Vous y pensez pendant la contention ?
- J'ai confiance en le système français. On est bien ici. Ce sont des professionnels ici. Mais si je suis donné à une personne mal intégrée, une personne qui a une haine contre moi, qui travaille dans la société clinique et qui veut me faire du mal. C'est possible qu'il me laisse attaché des heures et des heures. Heureusement, j'ai confiance en le système français. En fait, c'est plutôt un fantasme qu'une peur. Enfin, pas un fantasme du bon côté. Pas un fantasme comme une belle meuf. Plutôt un fantasme moche. Parce que je préfère que ça reste du côté du fantasme que vrai. Parce que vous comprenez bien que de se faire attacher par quelqu'un qui ne m'aime pas, ça fait mal.
- Est-ce que vous voulez ajouter autre chose sur les contentions ?
- Qu'est-ce que je peux faire pour ne pas être contentonné la prochaine fois ? Si j'accepte de prendre les médicaments, ils vont me contentonner ? Moi, ils m'ont déjà contentonné, même en ayant pris les médicaments. Après, c'est comme ça. Ce n'est pas un problème. C'est un sujet sensible quand même. C'est comme la claustrophobie. Quelqu'un qui est claustrophobe, ça fait très mal. Il peut mourir d'étouffement. Moi, ça va. Je vois que c'est pour mon bien, que ce n'est pas pour mon mal. Si ça avait été pour me faire du mal, je me serai échappé. Enfin, j'aurai résisté un minimum. Là, je suis venu pour mon bien. Ils ont fait ça pour mon bien. Sur le coup, c'est vrai que ça fait mal. Est-ce qu'ils vont nous détacher ? Parce qu'on a envie de se gratter le nez. Parce qu'on veut se gratter le front. On veut se rassurer. Parce qu'on veut boire de l'eau, faire pipi.
- Que ressentez-vous par rapport à ça ?
- De la rancune. Ce n'est pas de la rancune visée. C'est de la rancune envers le système. Pas du système clinique ou du système sociétaire. Du système fait. La rancune d'avoir les mains attachées. De la rancune de ne pas bouger. De la rancune de ne pas se contrôler.

- Est-ce que vous voulez ajouter autre chose ?
- Je n'aime pas. Ça sera mon dernier mot. Je n'aime pas me faire contentionner. J'espère que personne ne se fera contentionner à vie.

Entretien 24

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez été contenu physiquement.
- Vendredi, je suis arrivé aux urgences à 10 heures. Samedi, je n'ai pas voulu faire certaines choses. J'ai été agressif avec le personnel et j'ai été attaché. Ils ont jugé nécessaire de m'attacher, donc ils m'ont attaché. Ils m'ont attaché les pieds et les mains. Un pied et une main, pas les deux, je crois. Ça m'a permis de me calmer un peu. Et puis après, ils m'ont détaché dans la journée. Sous l'effet des cachets, parce que j'avais pris une centaine de cachets jeudi, j'étais encore assez agressif avec eux. En fait, ce que je voulais, c'était sortir de ce service et aller dans un service plus calme. Parce que je voulais marcher dans le couloir mais je n'en étais pas capable en fait. Je voulais voir ma famille, ce n'était pas possible aussi. Personne ne pouvait me voir. Ensuite le dimanche, j'ai été de nouveau détaché jusqu'en fin de journée où on m'a dit qu'on allait m'amener dans service en bas, dans le sous-sol des urgences. Dans un service fermé. Là, ça m'a vraiment énervé car je pensais que j'allais sortir ou que j'allais rester là-haut et rester tranquille. Et là, j'ai vraiment été très énervé. J'ai traité la psychiatre de tous les noms d'oiseau. J'ai traité les messieurs de la sécurité qui étaient là aussi, le personnel. J'ai été vulgaire avec eux, chose que je n'aurais pas dû faire. Là, ils m'ont attaché et ils m'ont détaché que le lendemain matin.
- Qu'avez-vous ressenti au moment où vous avez été attaché aux urgences ?
- Quand vous êtes attaché, vous ressentez de la haine, de la violence, du mépris. C'est vrai que j'avais pris énormément de cachets. J'ai peut-être été agressif verbalement avec eux, mais je n'ai jamais été agressif physiquement avec eux. Je ne les ai pas tapés, je ne les ai pas touchés. C'est vrai que je les ai peut-être insultés, mais après, je n'ai jamais été agressif brutalement. Je pensais qu'en étant juste agressif verbalement, ce n'était pas la peine de m'attacher. Tout simplement.
- Il y avait des émotions à ce moment-là ?
- Oui, oui. J'ai pleuré. J'avais les boules. J'avais l'impression d'être pris pour un fou complet. D'être vraiment quelqu'un de fou, fou, vraiment fou. Je ressentais un peu de haine parce que je me disais que je n'étais pas quelqu'un de violent en temps normal. Après, avec les cachets, c'est sûr qu'on n'est plus le même. Après, je me connais. Je sais que je peux gueuler, monter le ton très vite. Mais après, je ne suis pas quelqu'un de violent physiquement. Physiquement, je n'ai jamais été violent. Je n'ai jamais tapé quelqu'un. J'ai peut-être agressé des gens verbalement, mais jamais physiquement. Physiquement, je ne me permets pas. C'est du personnel hospitalier qui travaille ici, il faut quand même le respecter, ils sont là pour ça. Après, c'est sûr que verbalement, je n'ai pas été très gentil avec eux.
- A quoi est-ce que vous pensiez lorsque vous étiez contenu ?
- A combien de temps j'allais être attaché. A combien de temps j'allais rester là. A combien de temps ça va durer. Est-ce qu'ils vont me mettre sous cachet ou sous perfusion. Est-ce que j'allais être shooté plusieurs jours comme je l'avais été une fois. J'étais dans un hôpital, et pendant quatre jours, j'étais sous antidépresseur par perfusion. Pendant quatre jours, je n'ai pas vu le jour. Je me levais le matin, je tombais dans les pommes. Je me relevais à cinq heures, je retombais dans les pommes. J'avais peur de ne pas être conscient de moi-même, de ne pas

pouvoir marcher, de ne pas pouvoir... C'était ma première crainte. J'avais peur de rester beaucoup plus longtemps ici que prévu. Après, je pense que pour mon bien, ils ont bien fait de m'attacher. Peut-être que ce n'était pas la peine d'appeler tous ces gens de la sécurité, parce que je n'ai pas été agressif avec eux. Pas du tout. Même avec la sécurité, je n'ai pas été agressif. Je ne les ai pas tapés. Ils m'auraient attaché, et c'est tout. Je n'ai pas mis de claques. Je n'ai jamais eu l'intention de pousser quelqu'un.

- Qu'avez-vous ressenti tout au long de ces contentions ?
- De la détresse, parce qu'on est attaché, on ne peut rien faire. Pour aller aux toilettes, il faut sonner. Et vous ne pouvez pas sonner parce qu'il n'y a pas le bip. Je ne me suis pas fait pipi dessus, mais bon voilà.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti par rapport à ça ?
- C'est gênant quand même si vous avez un problème ou si vous avez envie d'aller aux toilettes ou si vous avez soif ou quelque chose comme ça. Après, je n'appelle pas les infirmiers toutes les minutes pour je veux ci, je veux ça. Je ne suis pas comme ça. J'ai quarante ans. Je fais ma vie et puis voilà. Après, c'est vrai que si on a envie d'aller aux toilettes, si on a envie d'aller quelque part, c'est dur parce que, déjà le bip, je n'arrivais pas à le trouver. J'étais attaché de la main droite, je crois, avec le pied gauche. Je crois que j'avais le bip du côté droit, donc je ne pouvais pas appuyer dessus. C'est vrai que ce n'était pas évident de pouvoir faire ça.
- D'autres choses qui se sont passées tout au long des contentions ?
- Non, après, ils m'ont attaché. Ils m'ont amené à quatre agents de la sécurité en bas. Non, rien d'autre. J'étais attaché. On peut bouger quand même, mais pas beaucoup. Je ne pouvais pas aller aux toilettes. Il a fallu que je me retienne pendant très, très longtemps. J'ai dû résister très, très longtemps car, je vous dis, le bip, je ne savais pas où il était. J'étais incapable de le trouver. Donc, le fait d'aller aux toilettes. Et après, vous savez, je n'ai pas pris beaucoup de cachets parce que j'ai pris cent cachets pour la tentative de suicide. Mais quand vous prenez des cachets ici, vous avez tout le temps la gorge sèche. Et j'avais souvent soif, et donc je ne pouvais pas demander de l'eau pour boire. Même là, j'ai la gorge très, très sèche à force de parler. Donc, il faut que je boive, pas beaucoup, mais régulièrement pour avoir la bouche réhydratée. Ça, c'est quelque chose qui manque et qui est lourd.
- D'autres choses ?
- Non. J'ai fait des erreurs, je les assume. Il faut assumer ses erreurs. J'ai quarante ans, j'assume. J'ai fait un peu tout et n'importe quoi et voilà.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- Pas très bien parce que je les ai traités un peu de tout, un peu de tous les noms d'oiseaux, je pense. Peut-être pas tous les noms d'oiseaux, pas de pédé ou d'enculé. Je leur ai dit que je ne voulais pas être attaché. Je leur ai dit d'aller se faire voir. Mais pas d'aller se faire enculer. J'ai dit des mots mais pas des mots crus. J'ai dit des mots vulgaires. J'ai eu un vocabulaire vulgaire. Mais pas des mots : « va te faire enculer. » ou des choses comme ça. Je n'ai pas eu des mots aussi crus. Après, lundi, ça a été très, très dur parce qu'ils ne m'ont pas laissé sortir et moi je pensais sortir. J'ai fait la gueule. J'ai un peu mal parlé aux infirmiers. Après, j'ai compris que ça ne servait à rien. Déjà, c'est un métier qui n'est pas facile. Il y a des patients qui ne sont pas faciles. Si en plus, nous, on est agressif avec eux, ce n'est pas évident. Après, il y a des fois où on leur demande des choses et c'est très long. Je vais vous donner un exemple : je fais une intolérance au lactose et ils m'ont donné que des produits à base de lactose : de la purée, des yaourts. Ils m'ont donné plein de produits comme ça. J'avais demandé un cachet à onze heures et demie et à midi moins le quart, je n'avais toujours pas le cachet. J'avais le ventre en vrac. Donc, il y a des fois, ils pourraient répondre un peu plus rapidement aux questions ou aux demandes qu'on a fait. Après, le psychiatre a été vraiment très bien. Le premier jour, ça s'est

vraiment très mal passé mais, après, c'était un super psychiatre. Je n'ai rien à dire sur lui. Après, il y a deux infirmiers qui se sont beaucoup occupés de moi. Ça s'est un peu mal passé. Après, je me suis excusé, ça a été mieux.

- Est-ce qu'il y a des choses qu'on pourrait améliorer pendant les contentions pour que ça soit mieux supporté ?
- Venir voir plus souvent. Toutes les demi-heures pour voir s'il n'y a pas besoin d'aller aux toilettes, voir si je m'étais calmé et si on pouvait enlever une sur les deux. Dire à la personne : « Si vous vous calmez, je vous en enlève une. Si vous ne vous calmez pas, on vous les laisse. » Après, je comprends. Il y a des personnes qui sont tellement agressives, tellement perturbées. Je comprends que tout le monde n'est pas pareil.
- D'autres choses qu'on pourrait améliorer pendant les contentions ?
- Non, mise à part venir un peu plus régulièrement. La chambre qui était pourrie, mais ça n'a rien à voir. Pas de chauffage. L'intérieur pourri. Un peu mieux chauffée. Je ne demande pas qu'il fasse vingt-cinq degrés. Mais au moins vingt degrés. La première nuit, je n'avais qu'une couverture, je me les suis pelé. La deuxième nuit, j'ai eu deux couvertures, ça a été limite.
- Est-ce qu'il y a des choses dans votre situation qu'on aurait pu vous proposer en alternative de la contention ?
- Oui, essayer de discuter avec moi et ma famille. Parce qu'on a discuté avec moi, mais sans ma famille. Sans le consentement de ma famille à chaque fois. Ils discutaient, eux, avec ma famille mais moi, je n'ai jamais pu discuter avec ma famille et les docteurs. Quand j'étais là-bas. Ici, il y a une petite salle où on peut discuter avec la famille et le docteur. Puisque ma famille aurait pu me calmer : « Calmes-toi, ça ne sert à rien. Ils vont t'attacher. Arrêtes de faire des conneries. »
- D'autres choses qu'on aurait pu mettre en place en alternative des contentions ?
- Non.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur les contentions ?
- Non.

Entretien 25

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez eu des contentions en psychiatrie.
- Alors, je les ai eues suite aux actes pour lesquels j'ai été en hospitalisation d'office de la part d'un arrêté préfectoral initial. C'est ce que j'ai coché sur ma feuille. Donc, pour éviter que je commette des actes graves envers les infirmiers. Parce qu'il y a un soir où je n'ai pas voulu prendre le traitement parce qu'ils m'ont réveillé pour me dire qu'ils me donnaient le traitement qui allait me permettre de dormir. Et, pour moi, ça faisait trop. Parce que c'était du Largactil, un neuroleptique lourd. D'un coup, de n'avoir jamais pris de traitement, comme je ne bois pas à titre personnel, je ne bois pas d'alcool et je ne fume pas, ça a engendré en moi un sentiment d'oppression subit. Donc, en retour, j'ai fait un mouvement brusque. J'ai balancé le verre qui contenait le traitement. C'est-à-dire que je l'ai échappé des mains de l'infirmier. Et après je lui ai mis un coup de poing. Mais bon, c'était plutôt une patate rapide. Mais le fait d'avoir fait ce mouvement violent et vis-à-vis des événements qui m'ont mis en hospitalisation d'office, ça a entraîné que j'ai été contentonné après pendant pas mal de jours.
- Est-ce que vous pouvez me décrire comment s'est passée la pose des contentions ?

- Moi, je ne me suis pas débattu. Il y en a beaucoup qui se débatta dès le début. Je ne me suis pas débattu pendant la contention. Mais il y avait quand même pas mal d'inconvénients. Par exemple, si c'est trop serré, et qu'on veut bouger un peu. Parce qu'on ne peut pas bouger, on est toujours dans la même position. Qu'on soit couché, debout ou assis, rester toujours dans la même position, ça donne l'impression d'être emprisonné, un peu comme avec des menottes. Sauf que là, c'est du tissu. Et le toucher, le frottement entre la peau et ce tissu, c'est ça qui a provoqué en moi le fait que le sang va coaguler. Pendant que je vais rester contentonné, le sang va coaguler à certains endroits et, du coup, ça peut faire développer un caillot de sang. Et c'est comme ça que j'ai eu mon embolie pulmonaire. C'est à cause de la contention. Parce que c'était au niveau des pieds. J'avais le pied droit où j'avais pris un choc et à la place de faire un simple bleu et de partir quelques jours après, ça a enflé un peu à cause de la contention. C'est là que des caillots se sont formés. Et quand ils me l'ont enlevée, des petits caillots sont remontés à la surface. Et pour éviter que le caillot bloque la circulation du sang à un endroit, ou justement de provoquer des embolies pulmonaires, on me donnait déjà des anticoagulants. Le problème, c'est qu'ils m'ont enlevé d'un coup la contention. Avec les anticoagulants, j'avais tendance à saigner du nez parce que j'avais envie de me moucher. J'ai une partie du sang, un caillot de sang qui est reparti du côté des poumons et c'est là que j'ai fait mon embolie pulmonaire. J'avais aussi les mains attachées, contentonnées sur les côtés du lit de façon très courte. Ce qui fait qu'il y avait plein de choses que je ne pouvais pas faire. Par exemple, pour manger, il fallait obligatoirement m'en décontentonner une. Je n'avais pas droit aux deux. Et donc pour manger, ça pose parfois pas mal de difficultés de ne pas avoir les deux mains libres. C'est assez dur de manger dans ces conditions. On fait ce qu'on peut avec une fourchette. Parce que, évidemment, quand on est contentonné, c'est pour une situation de violence particulière, donc il y aura pendant le repas des outils qu'il n'y aura pas. Il y aura la fourchette en plastique, des choses comme ça. Et ce n'est pas évident de manger avec une seule main, et l'autre qui est trop près du bord du lit et qu'on ne peut pas ramener. Je mangeais la tête à moitié courbée, et ça me posait un petit problème au niveau des cervicales à un moment. Avec ce qui s'appelait le Largactil là-bas, le traitement neuroleptique qui avait des effets secondaires qui favorisaient, par exemple, le fait d'avoir la tête un peu courbée. Et je me suis retrouvé, à la place d'avoir la tête droite, d'avoir la tête courbée à peu près tout le temps. Du coup, ça me faisait mal aux cervicales gauches. Et après, pour arriver à me remettre la tête de façon droite, j'étais obligé de demander l'aide d'un aide-soignant. De toute façon, j'étais attaché. Et je sentais que quand ils me remettaient la tête droite, ça apaisait directement la cervicale. La douleur disparaissait. Et malgré tout, tant que j'avais les contentions et qu'on pouvait me libérer les mains, souvent je me retordais la tête à nouveau. Et pour les pieds, j'avais les deux pieds soit espacés de ça, c'est-à-dire un petit espacement, soit complètement collés, contentonnés ensemble. Mais le fait d'être comme ça, tout le temps avec ça, ce n'est vraiment pas confortable. Par contre, c'est efficace dans la mesure où on ne peut pas prendre des lampes pour mettre un coup violent, ou quelque chose comme ça. De ce côté-là, du côté sécurité, vis-à-vis des infirmiers, c'est sûr que c'est efficace. Mais après, tout le problème que ça pose, quand la contention est trop serrée au niveau des pieds, le sang ne peut plus circuler correctement. C'est ça mon vécu de la contention. C'est très oppressif au niveau... C'est la même impression que si on portait des menottes, au niveau des pieds et des mains, parce que la position n'est peut-être pas la même qu'avec les menottes, quand on a les mains liées. Mais même si c'est trop lié, on va dire qu'il y avait des petites longueurs de dix

centimètres pour avoir des mouvements de liberté du pied ou de la main. C'est emprisonnant. Ça fait comme une cage. Il y en a qui vont dans de grandes fêtes de foie gras. Il y a des volailles attachées. Ça me faisait un petit peu penser à ça, à la façon dont on est attaché. Ça fait presque penser à ça. C'est comme lorsque les policiers m'ont arrêté dehors. Sauf que là, c'est du tissu de contention. Après pour l'enlever, j'ai tenté de tirer dessus. Il y a des moments où j'ai tenté, mais ce n'était pas pour ensuite faire de la violence. C'était simplement pour voir la résistance du tissu. On ne peut pas se défaire. Moi, je ne peux pas m'en défaire. Pareil, c'est l'inconvénient lorsque vous êtes tout le temps allongé et contentonné, vous ne pouvez pas vous lever debout, marcher, faire circuler le sang. Et tout ça, ça pose problème parce que ça crée justement un stress. Donc, ça contribue à un état anxieux, plus stressé en permanence. Ça aussi, ça va favoriser le fait que le sang va circuler de façon instable. Et l'oppression au niveau des chevilles et de la tête, pour ceux qui sont déjà claustrophobes, c'est un traitement qui ne doit pas être idéal. Moi, je ne suis pas claustrophobe par nature. J'ai passé pas mal de temps, pendant mes loisirs, quand je travaillais à l'usine, je passais beaucoup de temps devant le PC, même le week-end. Donc c'est plutôt l'inverse. Des fois, je sortais un peu pour m'aérer. Après, de plus en plus, j'ai eu cette envie-là. Mais pendant la contention, c'est pire. La contention, c'est vraiment... On est toujours coincé dans la même position quasiment pendant de très longues heures. Et c'est vraiment éprouvant vis-à-vis de ça. Et si j'avais des repas, j'aurais préféré qu'ils me laissent défaire la deuxième main. Parce que pendant les repas, c'est juste le temps des repas qu'ils décontentent. Le verrouillage des contentions, c'est avec des aimants. Donc il faut des clous spéciaux qui soient de la taille du bloc de verrouillage pour pouvoir le déverrouiller correctement. Mais des fois, j'aurais préféré qu'ils me défassent les deux mains pour que je puisse manger normalement, et justement éviter de me tordre davantage la tête, ce qui me faisait vachement mal au niveau des cervicales. Parce que, comme je vous ai dit, une fois que vous êtes de nouveau attaché, quand vous n'avez pas la tête droite, il n'y a pas moyen de prendre sa main, comme ça, pour essayer de bouger sa tête dans certaines positions. Quand c'est trop verrouillé au niveau de la cervicale, c'est difficile de trouver, en forçant avec les muscles, le bon mouvement de tête. Et de ce fait, on peut encore plus tirer sur la cervicale et c'est douloureux. Donc ça empêche de dormir correctement. On n'est pas assez stable pour dormir. On peut dire que le seul moment où j'ai pu dormir correctement, c'est quand j'étais dans le coma parce que j'avais mon embolie pulmonaire et la saturation en oxygène était tombée en dessous de cinquante pour cent. Ça ne s'appelle pas dormir, ça s'appelle être dans le coma. Ce n'est pas la même chose. Mais la contention, je l'ai vécue comme quelque chose de très emprisonnant, très oppressif à ce niveau-là.

- Qu'avez-vous ressenti tout au long des contentions ?
- C'est-à-dire ?
- Comme émotion, par exemple.
- Comme émotion ? Et bien pas vraiment. C'est-à-dire que j'essayais de me préoccuper s'il y avait moyen que j'arrive à me défaire des contentions. Ça ne m'aurait même pas dérangé de me défaire des contentions par moi-même, de pouvoir marcher dans la chambre même quand il n'y a pas d'infirmier pour pouvoir refaire circuler le sang. Et même si je me retrouvais de nouveau avec les contentions. Ça, ce sont des choses que j'ai imaginées. J'avais ce genre d'idées, de me détacher momentanément et de me rattacher quand les infirmiers reviennent. Moi, je ne suis pas d'un naturel violent, même si les actes que j'ai commis sont violents. Ce n'est pas dans ma nature. C'est lié à une grande oppression subie tout au long de ma vie

personnelle. Ça, j'en avais déjà discuté avec les policiers, c'était au sujet de harcèlement avec ce qu'on appelle des outils issus des technologies psycho-électroniques, qui mélangent la psyché et l'électronique. Ils ne m'ont pas trop cru à ce niveau-là. Et pourtant, j'ai bien les marques au niveau magnétique. J'étais obligé de dormir, pour pouvoir dormir correctement, avec un sac de couchage dehors, dans un milieu où il y avait plutôt de la verdure pour que ça fasse barrage aux rayonnements électromagnétiques issus des dernières technologies. Et la contention, ça fait un peu comme un pardessus, comme une couverture d'oppression pardessus tout ça. Ça se vit un peu de la même façon. Vraiment un sentiment d'oppression. Ça peut, effectivement, pour ceux qui sont beaucoup plus nerveux par nature, ça peut les pousser, quand ils n'ont plus les contentions, à essayer de rester calme pour ne pas les avoir de suite. Mais l'accumulation de stress, si on n'arrive pas à trouver le moyen de déstresser le patient assez rapidement, peut le mener à refaire un acte de violence. Et si ce ne sera pas envers les infirmiers, ce sera envers lui-même. C'est-à-dire des tentatives de suicide par exemple. Dans mon cas, je n'étais pas trop sujet à ça parce que justement, par nature, je ne suis pas quelqu'un de stressé. C'est-à-dire, si on enlève à l'extérieur certains groupes de harcèlement, si j'avais pu ne pas les avoir, à la place d'être dans mon logement, ça faisait un moment que je voulais le quitter parce que je voulais faire de l'agroforesterie, s'il n'y avait pas eu certaines atteintes, certains harcèlements ultérieurs à ce moment-là où j'avais trouvé une voie pour pouvoir sortir, déménager de la résidence où j'étais et aller dans un endroit un peu plus au vert, à la campagne, s'il n'y avait pas eu ce genre de harcèlement, il n'y aurait pas eu les péripéties que j'ai faites quand je suis parti récupérer en zone blanche, où il n'y avait pas de rayonnement électromagnétique. Après, je suis revenu de là, j'ai fait les papiers. Et comme ça a continué d'oppresser, je suis allé à Paris. Au début, j'ai essayé de discuter avec eux mais ils esquaivaient tout le temps le dialogue. Après, ça a continué à monter, une escalade d'oppression. Donc, c'est de la violence de se sentir oppressé. C'est comme si on était en prison alors qu'on n'a rien fait de spécial. Après, j'ai fait l'acte grave. Et il y a eu les policiers, les menottes, et ensuite les contentions. Ça tendançait toujours dans le même bain d'oppression, de sentiment d'oppression qui pèse sur ma personne. C'est ça que je ressens, une forme d'oppression.

- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout le long des contentions ?
- Ça s'est bien passé. Le seul qui s'est mal passé, c'est celui à qui j'ai mis une pêche. Mais je ne l'ai pas fait dans l'intention de le blesser gravement. C'est-à-dire que c'était un coup rapide, mais pas un coup en puissance. Je n'avais pas de puissance de punch dans la pêche que je lui ai mise. C'est vraiment juste l'acte, c'est principalement l'acte. Vis-à-vis des actes précédents, ça a fait que j'ai été placé en contention. Et je peux dire que les contentions, ce n'est vraiment pas rigolo. C'est vraiment vécu comme une oppression pour moi. La seule chose, c'est que les positions sont différentes, puisqu'on est souvent allongé et alité pendant les contentions. Evidemment, on est contentonné au lit. Mais c'est quand même assez oppressif. S'il y a des infirmiers qui sont costauds et de garde, que les personnes puissent être décontentonnées et marcher un peu de temps en temps. Parce qu'après, il y a tous les acquis de la musculature au niveau de la cage thoracique, des jambes qui s'atrophient. Ça, c'est un des inconvénients de rester contentonné, c'est qu'on a les muscles qui s'atrophient, vu qu'on ne les fait plus travailler régulièrement. Ça fait à la fois oppression et à la fois, ça handicape, comme si on devait faire de la rééducation à la sortie de la contention pour pouvoir marcher normalement, avoir la tête de nouveau bien placée.

- Comment se sont passés vos rapports avec les médecins tout au long de la contention ?
- Ça s'est bien passé avec les médecins. Il n'y a pas eu d'échange, de dialogues violents avec les médecins. De temps en temps, je leur demandais de m'enlever la deuxième main. Ils me disaient : « Vous savez, ce n'est pas possible. Vous savez pourquoi. » Ils revenaient à chaque fois explicitement à l'acte. Par contre, j'ai été décontentionné et j'ai pu marcher librement. Ça donne un grand bol d'air frais. Mais sinon, les dialogues avec les infirmiers, je suis toujours resté correct, poli et courtois, en dehors de l'acte que j'avais commis. Sinon, pas d'échange tendu avec les aides-soignants, les médecins et ma personne.
- Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous vous souvenez le temps des contentions ?
- Non, il n'y a pas vraiment d'autres événements. Les contentions, je les ai gardées quand j'étais en embolie pulmonaire. Les infirmiers de l'hôpital psychiatrique venaient et géraient les contentions suivant les soins qu'il y avait à ma portée vis-à-vis de mon embolie pulmonaire. Mais sinon, il n'y a pas d'autres choses dont j'aurais à parler sur les contentions.
- Est-ce qu'il y a des choses que l'on pourrait améliorer dans les contentions pour que ce soit mieux supporter ?
- Si on ne peut pas être décontentionné, prévoir des contentions assez longues pour qu'il puisse marcher un peu ou se mettre en position debout, faire quelques pas pour que le sang puisse circuler à nouveau en étant debout. En fait, ça serait surtout de ne pas rester dans la même position alitée pour éviter l'atrophie des muscles. Même si ce serait des contentions qui seraient prolongeables par moment sur autorisation des infirmiers. Pour que le patient puisse faire des exercices les plus basiques et les plus simples. Quand ils sont bien faits, ça marche bien. Le seul fait de marcher, et les pompes aussi. Les pompes classiques, les plus basiques, dans la maîtrise de soi. A mon avis, ça aide à combattre l'effet oppressif de quand on est alité avec les contentions. Chercher la maîtrise de soi en faisant des exercices physiques, ça peut être permis par une longueur supplémentaire de tissu de contention, momentanément. Et ça éviterait en même temps que le patient puisse s'enfuir de l'endroit où il est. Si ce sont des contentions qui sont assez longues, ça ne lui permet pas de s'éloigner trop du lit. Comme ça, les infirmiers savent où il est. Pour s'enfuir, ça ferait du grabuge pour embarquer tout le lit avec. En général, ils font des lits assez solides. Je pense que ça pourrait être amélioré sur ça, les contentions. Le fait de pouvoir, comme je l'ai dit, prendre d'autres positions, au lieu de rester tout le temps alité avec les muscles qui s'atrophient.
- D'autres idées ?
- Dans l'immédiat, non.
- Est-ce qu'on aurait pu dans votre situation vous proposer des alternatives à la contention ?
- Je dirai comme ici, j'ai le droit de marcher au lieu de rester dans la chambre. Dans ce cas-là, si c'est encadré par des infirmiers, d'être décontentionné pour pouvoir de nouveau marcher, faire d'autres activités que de rester alité, avec des infirmiers, avant de revenir et d'être de nouveau contentionné. Ce sont des choses qui auraient pu être prévues. Ça revient au même, sauf que la différence là, c'est qu'ici, il y a un système de deux infirmiers pour surveiller. Ça permettrait d'alléger l'oppression des contentions, d'éviter l'effet d'étouffement en fait. Ça donne un effet d'étouffement. On est alité de force, donc on s'atrophie. Donc, on sent qu'on est comme en train de se noyer là-dedans, dans cet emprisonnement. C'est principalement dans le fait de pouvoir bouger, faire des activités, même les plus basiques, soit surveillé par deux infirmiers avec les contentions défaites, soit des contentions extensibles. Par exemple, qu'il y ait un plot, que s'ils enlèvent, ça permettrait de libérer plus de sa propre personne qui

est contentionnée. Et ça, c'est quand ça se passe bien avec les infirmiers, quand la personne n'est pas violente par nature. Je pense que ça, ça peut être envisageable que plutôt de rester alité, contentionné vraiment serré. Et puis d'un coup, clac, du jour au lendemain, c'est bon vous n'êtes plus contentionné parce que vous avez eu un comportement correct. Oui, mais en même temps, la personne est complètement atrophiée après cette période de contention. Donc, ce n'est pas vraiment bon, quand on est trop atrophié. J'ai fait l'expérience, j'ai fait des exercices de base pour récupérer ce que j'ai perdu au niveau de la musculature, principalement au niveau du torse, et ce n'est pas quelque chose d'évident. Depuis, je n'ai pas vraiment récupéré, moi, à titre personnel.

- Est-ce que vous voulez ajouter autre chose sur les contentions ?
- Oui, un élément important dans la gêne occasionnée par le fait qu'on ne puisse pas librement aller aux toilettes et qu'on soit obligé de pisser dans un urinoir. Encore plus gênant, enfin dérangeant, c'est pour aller à la selle. Pareil, on ne peut pas. Il faut appeler les infirmiers et faire ça dans ce qu'on appelle un pot. En ce qui me concerne, ça m'a gravement dérangé d'être obligé de faire ça dans l'urinoir ou dans le pot. Derrière une porte qui se trouve tout juste à deux mètres, il y a des toilettes normales. Là, j'aurais préféré aussi que les infirmiers, même s'ils devaient rester là me surveiller, me défassent les contentions pour que je puisse au moins aller à la selle. C'est déjà gênant mais ça convenait. Mais pour aller à la selle, c'est vraiment dérangeant. C'est simple, je n'ai jamais pu avoir de grosses selles, de selles normales dans le pot comme ils disent. Le pot pour aller à la selle
- Qu'est-ce que vous avez ressenti par rapport à ça ?
- C'est un peu comme si on me mettait en situation où j'étais une personne handicapée au point que je ne puisse pas me gérer moi-même au niveau de ces besoins-là. On se sent un peu humilié. Un sentiment d'humiliation.

Entretien 26

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez eu des contentions en psychiatrie.
- Je suis rentrée à la clinique. J'avais très peur parce que l'ambulance n'était pas un taxi-ambulance mais une personne anonyme qui m'a dit qu'il allait chercher un monsieur qui devait faire une dialyse. J'ai accepté. Il m'a amené du côté de Montpellier puis il l'a ramené à la dialyse. Et moi, il m'a ramenée à la clinique. Arrivée à la clinique, ma psychiatre de l'hôpital m'avait dit qu'à la clinique le Dr B. m'attend. Mais le Dr B. était en vacances. Je ne l'ai su qu'à la clinique. Donc ma psychiatre n'était pas au courant. Et alors, suite à ça, j'étais un peu perdue, affolée parce qu'il n'y avait pas mon psychiatre qui me suivait à la clinique. Et je cherchais une infirmière qui puisse m'expliquer qu'est-ce que je peux faire. Et puis, j'ai couru dans le couloir et je me suis dit : tu vas aller sur un lit. Peut-être qu'on te dira quelque chose. Puis, je me suis allongée pour souffler un peu. Seulement, je courais vite. Alors, ça fait que deux infirmières m'ont couru après. Donc ça a fait comme la loi de la relativité, moins et plus. Le choc. Le contre-choc. Sitôt que je me suis allongée, elles sont tombées sur moi. Je ne me débattais pas à ce moment-là. « Qu'est-ce que vous faites ? Pourquoi vous êtes sur moi ? » J'étais un peu perdue. J'avais du mal à respirer. Elles ne savaient pas qu'elles me faisaient du mal mais elles m'ont contenue. Je ne pouvais pas bouger.
- Est-ce que c'est à ce moment-là qu'on vous a attachée ?

- Non, ils ne m'ont pas attachée. Ils ont appelé l'hôpital et une ambulance de l'hôpital est venue. Et le SAMU est venu me chercher et m'a amenée à l'hôpital.
- C'est là que vous avez été attachée ?
- Oui. Je ne me suis pas débattue la première fois. Après, plus tard, je ne m'en rappelle pas bien. Je sais que je me suis débattue une fois. Et c'était vraiment le catch. C'était vraiment la défense pour ne pas être attachée car ça fait une impression d'être attachée, une souffrance d'être attachée qui fait très mal. (Pleurs). On ne veut pas être attachée, alors on se débat pour ne pas être attachée. On n'en veut pas aux infirmiers. Mais c'est terrible. On n'a pas tué, on n'a pas volé pour être attaché.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti au moment de la pose des contentions dans le service ?
- L'impression d'une grande solitude et d'abandon. Une solitude où on est impuissant devant personne. Livrée à soi-même. On se laisse faire après. On fait du mal parce qu'on tape fort, on se débat. Moi aussi, j'avais des bleus. C'est quelque chose de dur à vivre. Mais bon, ça ne dure pas très longtemps. Mais des fois, oui.
- Combien de temps a duré la contention la dernière fois ?
- La première fois, je me suis laissé attacher. Parce que j'étais fatiguée de la clinique où j'avais été contenue. Déjà, j'étais plus faible. Et quand on m'a attachée, ils ont mis beaucoup de sangle autour des poignets mais je me suis laissé faire. Parce que je ne pouvais plus me battre. Je n'avais plus de force. Mais après, avec les piqûres, quand on me détachait et qu'on me rattachait... On ne m'a pas rattachée après. On m'a détachée une fois pour toute. Mais ils m'ont laissée attachée longtemps.
- Et combien de temps avez-vous été attachée ?
- Aucune idée. Quelques jours. Deux ou trois jours. Je ne sais pas exactement. Un jour et une nuit, c'est sûr.
- Qu'est-ce que vous avez ressenti tout au long de ces contentions ?
- On m'a fait une piqûre et je voyageais dans ma tête. Comme un scénario. C'est-à-dire que c'est une piqûre qui est dosée pour le cas que je suis. Je pense que c'est ça. Je voyageais. Dans ma tête. Mon cerveau s'est libéré de tout ce qui était centré sur moi qui m'étouffait, qui me rendait si nerveuse et si agitée. J'ai rêvé de la guerre mondiale, puis aussi de ma famille. Parce qu'il y a beaucoup de choses sur ma famille. Pendant le voyage, j'avais trouvé une jolie chambre mais ce n'était pas la bonne. Ce n'était pas la meilleure. C'était différent comme famille, ce n'était pas la même famille. C'était ma famille, mais vu d'un autre angle, qui aurait été plus positif. Mais c'était toujours mon souci, de réunir tout le monde mais ce n'était pas possible. Et là, c'était presque possible mais il y avait une erreur très grande. Je pensais à ça quand je me réveillais.
- Qu'est-ce que vous ressentiez dans le fait d'être attaché ?
- De l'impuissance. Pas d'esclave mais je devais être attachée pour ne pas me faire mal ou faire mal aux autres. Ça, je le comprenais. Mais être attaché, c'est très dur. Surtout quand on n'a pas fait de fautes trop graves. C'est ça qui est dur. Je n'ai pas tué, je n'ai pas volé. Quand j'étais jeune, c'est vrai, j'ai fait des bêtises mais pas graves au point de tuer, ni blesser non plus. Je me blesse plus en me tapant à la chambre d'iso que ce que j'ai fait comme bêtise.
- D'autres choses pendant la contention ?
- J'avais du mal à redescendre sur terre. Toujours dans le voyage. Je me souviens de la famille par exemple. A la fin, j'étais la femme de mon père et ma petite sœur et mon petit frère étaient mes enfants. J'étais tout à fait illogique. Ce n'est pas logique. Et j'ai eu du mal à me défaire de

ça mais je savais que ce n'était pas ça. J'en étais consciente. Je ne pouvais pas parler. Difficultés à communiquer. Je pense que j'ai communiqué mais je ne m'en souviens pas. Parce que, avec la piqûre, on est toujours dans le voyage. Mais je ne m'en fais pas. Je pense que j'ai parlé mais ce que j'ai dit, je ne sais plus. Pour ma famille, ça, oui, je l'ai dit. Les autres, c'était autre chose. C'était la guerre mondiale, ça avec mon grand-père, on en parlait toujours. Il était prisonnier. On le savait qu'il avait été prisonnier. Les tortures qu'on faisait. Ce n'est pas une torture d'être attaché. C'est vous qui provoquez l'attachement. Le patient provoque l'attachement parce qu'il n'est pas possible de se contenir donc il faut l'attacher pour qu'il se calme. Et ça, ça fait très mal au patient. Ça le bloque, ça l'empêche de s'exprimer. De vivre. (Pleurs). C'est étouffant. C'est... Pas inhumain. Je ne pense pas. Est-ce qu'il n'y aurait pas d'autres façons de faire qu'attacher. C'est-à-dire donner des calmants, à la limite. Sauf s'il y a trop de turbulences. Mais proposer au malade s'il veut les cachets ou l'attachement ou la piqûre. Eventuellement, s'il peut répondre. S'il ne peut pas répondre, on l'attache. Mais s'il peut répondre à ça, lui laisser une chance. Et rester en iso parce que on se repose, c'est calme. Et là, c'est positif. Par contre, quand j'appelais, personne ne répondait. Je me sentais seule au milieu de tout. Très seule. Enormément seule. Je pensais que j'étais toute seule sur Terre, des fois. Que j'étais rescapée dans un bunker. C'est terrible. Ça fait des choses très dures à vivre. Des fois, je chantais Piaf parce que j'aime beaucoup Piaf. Il y a une résonance dans la pièce qui fait de jolis sons quand on chante. Après, il y avait autre chose. C'est que les draps et les couvertures, je voyais des monstres. C'était terrible. Je voyais des lézards. J'avais peur. Pour moi, c'étaient des lézards, des monstres. Et puis, j'ai eu l'hallucination d'un monstre, j'ai cru réellement qu'il y en avait un. Alors j'ai eu très peur. Et là, je ne savais pas quoi faire. Et quand les infirmiers venaient, ça me rassurait. (pleurs).

- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long de la contention ?
- Bien. Bien. Il n'y a pas trop eu de problème. Non. Ecoutez, ils savaient que je souffrais de toute façon. Ils voulaient savoir pourquoi je pense, pourquoi j'avais cette grande souffrance.
- Et avec les médecins ?
- Très bien avec les médecins. Je ne les ai pas trop vus. Je ne m'en rappelle pas trop.
- D'autres souvenirs de ressentis, de pensées ?
- Une autre piqûre m'a fait... C'était après la guerre mondiale. J'ai rêvé que, vous allez rire, Sarkozy allait se marier avec une sirène. Et alors toutes les sirènes étaient avec des murènes sous les pieds, sous les nageoires, pour qu'elles se tiennent droites. Je ne sais pas si ce n'était pas illogique tout à fait mais avec la murène, on glisse quand même. Enfin, je ne sais pas. Je n'ai pas essayé et je ne veux pas. Ça me faisait peur, la murène. Dans ce rôle, j'étais le garde du corps du président. Et après, il a fini le voyage dans un grand lézard qui est dans la mer. Il était sur une plage, au bord de l'eau, dans le lézard, comme voyage de noces. C'est bizarre mais ça peut faire un scénario comme un autre. J'ai vu le vol des sirènes, les sirènes qui nageaient. C'était très beau mais bon, ça n'existe pas. J'ai beaucoup fabulé là-dessus. J'ai toujours pensé aux sirènes, qu'il y avait quelque chose qui existait dans la mer. C'est peut-être pour ça que j'ai rêvé ça. L'eau, c'est la vie. Peut-être que la vie est dans l'eau. On ne peut pas savoir. Je ne suis pas assez savante pour ça. Je n'ai pas fait assez de recherches pour ça.
- Est-ce qu'il y a des choses qu'on pourrait améliorer dans les contentions pour que ce soit mieux supporter ?
- Je ne sais pas. Aucune idée. Un peu plus de visites dans la chambre. Qu'ils regardent au carreau s'il dort ou pas. S'il dort, on le laisse dormir. Mais s'il ne dort pas, qu'ils rentrent me demander

quelque chose. Communiquer. Qu'il y ait quelque chose de vivant. Pas d'éteint, mais de prisonnier.

- D'autres idées ?
- Les repas étaient bons. Une collation. Apporter de l'eau. J'avais très soif quand j'étais attachée. J'ai bu beaucoup. J'avais très soif. Parce que j'étais déshydratée déjà avant de venir. La soif, c'est dur.
- D'autres choses que l'on pourrait améliorer ?
- Peut-être mettre des mandalas au mur de la chambre d'iso. Pas tous, mais certains. Ça serait bien pour que le malade se calme. Même s'il se concentre sur un, il explique aux infirmiers ce qu'il ressent à ce moment-là. Et ça lui ferait beaucoup de bien. C'est bouddhiste ça mais ce n'est pas une religion, c'est juste un dessin qu'il faut colorier avec des couleurs précises, et pas n'importe comment. C'est très intéressant pour la méditation et se calmer, se centrer sur des couleurs vives. Des couleurs assez joyeuses quand même, pas trop tristes non plus. Vivantes quoi. Et naturelles. Le soleil, la terre, l'eau, voilà. Bleu, vert, orange, jaune. Pas noir. Il n'y a jamais de noir dans un mandala. Ou alors pour entourer une couleur, pour la dissocier de l'autre.
- D'autres idées d'amélioration ?
- Surtout, ne pas me toucher. Je pense que ça peut amener un défaut dans le scénario. Ça peut amener quelque chose d'une touche différente. Parce que le toucher est important. Quand on est attaché, on est très sensible au toucher. Et si on nous touche trop, ça nous énerve trop. Ça nous agace. C'est pénible. On est face à un problème qui est difficile à résoudre autrement que par les débats. C'est quand même dur à assumer. Quand il y en a quatre autour de vous et que vous êtes seule à vous défendre pour ne pas être attachée. Forcément, on est perdant. Forcément. Mais quand même, on se débat parce que d'être attaché, c'est affreux. La souffrance physique. C'est affreux. Les impatiences. On veut bouger la jambe, et avec les contentions, on ne peut pas. On peut sombrer dans la folie avec les impatiences. Moi ça m'est arrivé une fois aux urgences, et là, j'étais très mal. Je leur ai dit : « j'ai des impatiences, tuez-moi. Ne m'attachez pas, tuez-moi. » Et puis, ils m'ont attachée et voilà. Je m'attendais aux coups. De toute façon, on s'attend aux coups. On ne souffre pas trop. On a des bleus, mais on ne les sent pas. On ne sent pas les coups. Des fois, on a mal. Mais ça ne dure pas longtemps. Parce que dans la crise, on déborde. Pour moi, je ne le prends pas pour une crise. C'est un débat pour retrouver la liberté, pour ne pas être prisonnier, pour ne pas être victime d'insolence auprès du personnel. Alors que c'est une attaque, c'est vif pour le personnel. C'est souvent qu'ils souffrent plus que moi, avec d'autres patients. Je ne dis pas qu'avec moi, c'est du gâteau. Je ne dis pas ça. Il y en a d'autres, c'est plus violent. Je crois que c'est violent tout de même. Et puis, il y a trop de poids à porter. Ça dépend, quand j'y pense trop.
- Est-ce que vous pensez qu'on pourrait proposer des choses en alternative de la contention dans votre situation ?
- Un bain. Un bain qui détend. Une piscine. Mais pas avec la tête sous l'eau. Laisser libre de patauger, de bouger dans l'eau. Mais avoir pied quand même. Avoir une sécurité. Parce que si on n'a pas pied, on panique et on coule. Ce n'est pas le but.
- D'autres choses qu'on aurait pu vous proposer ?
- Une glace. (rires). Des traitements adaptés à la pathologie. Mais quand on vient d'arriver, la première fois, il faut trouver des médicaments. Avec moi, ça fait longtemps qu'on essaie.
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur la contention ?

- Pas trop de piqûres. J'en ai eu deux ou trois. Je ne sais plus. J'ai fait trois voyages, je pense que j'ai eu trois piqûres. Je ne sais pas trop. Je ne me souviens pas avoir été agitée la nuit. Mais sûrement que j'ai dû être agitée parce qu'ils me l'ont dit le matin. Je pense qu'ils avaient raison. Avec tout ce que j'ai vécu dans les contentions, c'est sûr que ce n'est pas évident de rester sans bouger. Mais j'étais attachée, heureusement, parce que j'aurais pu me faire mal en tombant du lit.

Entretien 27

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez eu les contentions.
- J'ai commis un homicide en 2010 et j'ai été interrogé par la gendarmerie et envoyé à l'hôpital R. où ils m'ont gardé quarante-cinq jours avant que j'aille en UMD. J'ai été mis sous contention pendant une trentaine de jours. Ça a été immédiat. En fait, je dormais et on m'a posé les contentions absolument injustifiées, dans le sens où je n'étais pas du tout agressif. J'étais très calme et je pense que ça a été totalement injustifié. Alors, dans un premier temps, j'étais attaché les deux pieds et une main. Et ensuite on m'a libéré la main. Au bout d'une dizaine de jours. J'avais les deux pieds attachés.
- Qu'avez-vous ressenti au moment où vous vous êtes aperçu que vous étiez attaché ?
- C'est-à-dire que comme je culpabilisais tellement d'avoir commis un homicide, bien qu'il fut involontaire, j'acceptais cette mesure de protection calmement et sereinement, sachant que ça n'allait pas durer ad vitam aeternam.
- D'autres ressentis ?
- La gêne, peut-être de ne pas pouvoir bouger. La gêne de ne pas pouvoir se retourner, comme j'en ai l'habitude la nuit pour dormir sur le côté. Ça, c'est assez embêtant. Le fait que le médecin me connaissait depuis plusieurs années et qu'il ait pris cette décision que j'ai trouvée vraiment injustifiée. Encore une fois, j'avais commis un homicide, alors voilà.
- Qu'avez-vous ressenti tout au long de ces trente jours de contention ?
- De la gêne, c'est tout.
- De la gêne par rapport à quoi ?
- A la motricité. En plus, j'ai commencé l'écriture de mon livre à cette époque-là. Donc, ça m'a empêché de pouvoir écrire correctement. De la gêne. Il n'y a eu aucune atteinte psychologique par rapport aux contentions. Je vous dis, je culpabilisais. Ça m'est arrivé qu'une seule fois et c'était dans une situation tellement anormale par rapport à mon personnage que je n'ai eu aucune haine par rapport à la personne qui m'a mis sous contention ou aucune réflexion par rapport à l'injustice que ça pouvait être. Je l'acceptais.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long des contentions ?
- En fait, je connaissais le service dans le sens où je m'étais automutilé plusieurs fois durant les six années qui avaient précédé l'homicide. Je connaissais bien les infirmiers avec qui j'avais des rapports cordiaux et rien n'a changé.
- Et avec les médecins ?
- (silence) Avec les médecins... Si vous voulez, c'est lui qui m'a mis en UMD alors qu'il n'était pas obligé de le faire. Les rapports étaient assez tendus dans le sens où c'était lui qui m'avait arrêté les neuroleptiques six mois avant l'homicide. Donc, lui aussi culpabilisait du fait qu'il m'avait arrêté les neuroleptiques. Il a avoué à mes parents qu'il pensait que c'était un échec de sa part en vingt ans ou trente ans de psychiatrie que j'ai pu causer cet acte. Les rapports étaient assez distants. Quand je suis parti en UMD, il ne m'a pas serré la main par exemple. Il aurait pu.

Surtout qu'il est parti à la retraite depuis. Je le voyais tous les mois au CMP depuis quelques temps lors des piqûres retard. C'était une personne avec qui j'avais des entretiens assez réguliers, qui m'avait connu dans le service, avec qui je n'avais jamais vraiment pu dialoguer de la maladie, ou du moins des symptômes que je pouvais ressentir. Nous parlions de toute autre chose que ma maladie. Je pense que ce n'était pas un excellent médecin.

- Est-ce que vous pensez que l'on pourrait améliorer les contentions pour qu'elles soient mieux supporter par le patient ?
- C'est vraiment une question, que d'abord je ne m'attendais pas, et à laquelle je n'ai jamais réfléchi pour ne l'avoir vécu qu'une seule fois. Je ne suis jamais allé en isolement en UMD en trois ans. J'ai des amis qui ont beaucoup souffert des contentions, qui étaient attachés de nombreux jours en UMD, qui ne le supportaient pas du tout, qui ne supportaient pas l'isolement, la solitude de la chambre et qui criaient, bougeaient sur le lit, qui s'excitaient. C'est à eux qu'il faudrait poser la question. Il y a peu de personnes en service d'admission qui sont sous contention. Ça arrive rarement. Je ne sais pas si je me trompe mais d'après mon expérience, depuis que je suis ici, je n'ai jamais entendu parler de contentions pour des personnes dans le service. Sincèrement, je n'ai pas beaucoup d'idées d'amélioration. Peut-être le système mécanique qui prend beaucoup de temps, qui ne marche pas toujours bien. Ce système d'aimant qui ne marche pas très bien. Un système plus technologique qui prendrait moins de temps.
- Est-ce que vous pensez que dans votre situation, on aurait vous proposer des alternatives à la contention ?
- Sincèrement, on n'avait pas à me mettre sous contention. On aurait pu me laisser dans la chambre, comme je l'étais, ou du moins me mettre sous contention pendant moins longtemps. Après avoir vécu un acte de violence pour la première fois de ma vie, qu'on m'ait laissé sous contention pendant quelques jours, j'aurais pu le comprendre mais j'ai du mal à imaginer qu'on ait pu me laisser trente jours.
- Est-ce que vous voulez ajouter autre chose ?
- Je pense que ça peut aider les soignants dans certains cas de délire paranoïaque et d'excitation du patient, pour ne pas exposer le soignant à la violence d'une personne. Mais je pense que ça doit être appliqué à bon escient. Même en UMD, les patients qui étaient mis sous contention étaient des personnes qui étaient susceptibles d'être violent. Ou, du moins, dans un état d'excitation telle qu'on les mettait sous contention pour essayer de juguler cette violence. Mais je ne pense pas qu'il faille le prendre pour un acte avilissant. Peut-être à certains moments, je ne sais pas, pour protéger le patient. Dans une chambre d'isolement, il n'y a rien qui puisse permettre de se faire du mal. Mais bon les soignants, quand ils arrivent avec les repas, ils ont peut-être peur d'être agressé. Et c'est la raison pour laquelle on met sous contention.

Entretien 28

- J'ai vécu la contention mécanique aux urgences et à la clinique M... parce que j'ai été énervé et j'ai envoyé valdingué des infirmières derrière une porte coupe-feu avec mes parents. Parce que l'infirmière est entrée dans le cercle familial sans toquer à la porte, donc j'ai été très énervé. Et ils nous ont mis dans une salle d'isolement et la police est arrivée, m'a pris, m'a menotté derrière après un long moment de, je ne dirai pas torture mais presque. Ensuite, j'ai été dans une civière avec les liens dans l'ambulance qui était suivie par la police. Puis ils m'ont

quitté les liens arrivé à l'hôpital, puis ils m'ont remis sur un autre lit qui avait lui des liens et j'ai passé une nuit comme ça. C'était à l'hôpital P., aux urgences. Ça a duré une nuit.

- Qu'est-ce que vous avez ressenti au moment où les infirmiers vous ont posé les contentions aux urgences ?
- J'ai été surpris, d'une part. Et j'ai été très énervé, d'autre part. Je ne voulais pas de liens parce que ça m'opprime. Ça m'opprime parce que j'aime bien avoir ma liberté de mouvement, comme je ne dors pas avec les pieds fixés. J'ai réussi à dormir mais très mal et parce qu'on m'avait administré un somnifère. J'ai eu une nuit très agitée.
- Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce que vous avez ressenti tout au long de la nuit de contention ?
- J'avais l'infirmière qui était à ma gauche, qui était assise et j'ai ressenti que j'appelais le médecin les dix premières minutes pour qu'il m'enlève les contentions. Le médecin n'est venu que le lendemain, et j'ai pu voir un psychiatre. Je suis resté dans une chambre en isolement pendant un temps, puis sans isolement.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers ?
- J'ai été très calme avec les infirmiers, je ne voulais pas avoir plus de problèmes. Mais sans cette volonté, j'aime beaucoup les infirmiers. J'aime beaucoup les infirmiers parce qu'il y a quelqu'un de ma famille qui est infirmier. Et je trouve que c'est débile de refaire ce que j'ai fait à la clinique M.
- Et avec les médecins ?
- Très bien. Ils ont accédé à ma demande de libération des liens.
- Est-ce que vous avez des idées de choses qu'on pourrait améliorer pour que les contentions soient mieux supportées ?
- Peut-être les utiliser seulement pendant le voyage. Quand on est dans une cellule fermée, empêcher, à part s'il y a une personne vulnérable à côté et que le patient est vraiment énervé. Je pense que derrière une porte fermée, ça suffit. Il ne faut pas en plus des contentions.
- Et sur les contentions, est-ce qu'on pourrait améliorer quelque chose ?
- Non, les contentions sont agréables comme elles peuvent l'être. C'est-à-dire pas beaucoup mais elles sont bien élaborées je pense.
- Est-ce qu'il y a des alternatives qu'on aurait pu proposer dans votre situation pour éviter les contentions ?
- Oui, on aurait pu me proposer de parler déjà. De me demander pourquoi j'avais eu cet accès de rage, de colère. Mais on a préféré me menotter et m'écraser la gueule à coups de pompe par les policiers.
- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?
- J'aime beaucoup participer à cette enquête parce que j'y ai pensé pendant que j'étais en contention. Je pensais aux autres qui pouvaient ressentir la même chose et qui avaient moins de chance que moi. C'est-à-dire ceux qui restent plus longtemps en contention et ceux qui n'ont pas la force mentale pour résister, ceux qui ont des accès de rage sur les civières ou les lits.

Entretien 29

- Décrivez-moi la situation pendant laquelle vous avez été contenu.
- Moi, j'étais là pour du repos. C'est mon père et mon frère qui m'ont amené au début de l'hôpital. Je n'arrivais pas à trouver le sommeil, donc ils m'ont attaché au lit pour en quelque

sorte que je puisse m'endormir. Je pense que c'est pour ça. D'autres fois, j'ai été attaché parce que, en psychiatrie, dès qu'on est un peu agité, dès qu'on est un peu énervé, vu que c'est glauque, parfois on s'emporte. Ils nous amènent en chambre d'isolement, ils nous enferment, ils nous attachent, ils nous mettent des piqûres. C'est injuste. Ils n'ont pas le droit de faire ça, alors que les infirmiers, dans certains endroits, pour être tranquille, ils sédatent les personnes pour avoir la tranquillité. Ils jouent avec moi. Quand j'étais aux urgences, il y a de ça quelques jours, au moment de sortir, ils ne voulaient pas me faire sortir. Ils rigolaient. Il y a une sorte de moquerie. Donc, quand on est attaché, ça leur permet de dire que c'est eux les chefs. Parce que, bon, chez eux, ce n'est peut-être pas la même chose. Ils ont besoin de se défouler. Après, il y en a qui disent qu'ils n'aiment pas ça mais je les vois sourire. Il y a beaucoup de manque de respect.

- Au moment où on vous a attaché, qu'est-ce que vous avez ressenti ?
- J'étais énervé parce qu'au début, je n'avais rien fait pour ça. Je n'avais rien fait pour ça. Ils sont arrivés, ils m'ont dit : « asseyez-vous » et je me suis allongé. Ils m'ont attaché et puis, des fois, on arrive à se détacher. C'est la liberté. Là, c'était vraiment attaché, il y avait deux trucs rouges en haut et en bas, et deux trucs bleus de l'autre côté. Et puis, ils m'attachent, c'est une souffrance. On est là, attaché au lit. On ne peut rien faire. De temps en temps, ils viennent, ils nous regardent, ils nous guettent. C'est de la perversion. Vu qu'ils nous donnent des médicaments qui font dormir, on ne sait pas ce qu'ils font après. En fait, ils nous violent psychologiquement. Au lieu de nous aider, ils nous rentrent dedans, ils profitent des raisons qui sont présentes, ils essaient de récupérer nos personnalités. Après, du moment que ma personnalité a été multipliée, en contention, j'ai l'impression que j'ai fini un jeu. Et puis, j'ai été attaché. Et après, dans mes rêves, quand j'étais enfant, j'avais une petite porte jaune qui était en vision avec une caméra. Et là, quand je me suis réveillé de contention, la porte était jaune, il y avait la caméra au-dessus, comme si j'étais passé dans un autre monde. J'ai fini ma première vie pour passer dans un autre monde. Quand ils m'ont attaché, j'ai l'impression qu'ils m'ont tué en vérité. Quand ils m'ont attaché, en fait, ils m'ont dit : « désolé » et j'ai dit : « je ne veux pas être attaché », ils m'ont dit : « désolé, on ne peut pas faire autrement. » Ils sont venus à plusieurs et ils m'ont fait une piqûre. Et là, j'ai vu ma tête s'arrêter. Et comme si j'étais une pierre. Mon corps qui se figeait et je me sentais partir, mourir. D'un coup, je ne pouvais plus bouger. Je ne pouvais bouger que la bouche et là, je me suis rendormi. Ils m'ont dit : « voilà, ça fait un jour que tu es là » alors que ça faisait déjà des jours et des jours et des jours.
- Combien de temps ont duré les contentions à ce moment-là ?
- Elles ont été faites pendant un jour et demi. Et une fois, à l'hôpital ici, ils m'ont enfermé pendant un mois et demi en chambre d'isolement. Et contentonné pendant trois jours. Et ils m'ont fait faire les besoins dans un seau. C'est de la maltraitance. Tout ça, exprès parce que j'avais tapé un infirmier et j'avais tapé cet infirmier parce que, bon, j'étais aux urgences et je changeais de pavillon. J'allais avoir ma propre chambre et puis, lui, il m'a dit... J'ai demandé du feu, j'ai toqué à la porte. Il a dit que j'étais agressif. Il a voulu me prendre et me mettre en chambre d'isolement. Je ne demandais que du feu. Donc, moi, je n'ai pas supporté et je lui ai mis un coup de poing, parce qu'il voulait m'enfermer à tout prix. Je suis resté enfermé un mois et demi à cause de lui. Un mois de prison en plus. Alors que c'est lui qui m'a balancé la chaise. Il s'en sort bien. Toujours, les infirmiers, ils se couvrent entre eux. Alors que nous, on est des victimes. Dès qu'on se rebelle, on est en chambre d'isolement. Eux, ils ont le droit de tout, ils se permettent tout. On parle à peine un mot un peu plus haut, ça y est, c'est l'enfermement. C'est très difficile. C'est beaucoup de souffrance d'être attaché, ne pas pouvoir bouger. On a soif. On ne peut pas lutter. On crie. On hurle. On nous prend pour des fous parce qu'on gueule mais, en fait, on est attaché.

- Qu'est-ce que vous avez ressenti tout au long de la contention ?
- Je me sens attaché. J'essaie de me mettre à l'aise. Le but, c'est de me détacher. Donc, j'essaie de me plier, de faire passer la main. En fait, quand on se fait attacher, il ne faut pas lutter. Il faut être tout doux. Moins on lutte, plus ils nous attachent doucement. Plus on lutte, plus ça se serre et ça fait mal. Il faut se faire attacher doucement. Et puis, pour s'enlever les contentions, je ne l'ai fait qu'une fois aux urgences. J'étais sympa toute la nuit, ils m'avaient laissé une main et la ventrale. Je m'étais enlevé la main. J'étais passé en dessous et je m'étais échappé. Il y en a qui s'échappent, d'autre pas. J'espère qu'il y en a qui ne sont pas à vie là-bas. Parce que, moi, j'ai l'impression que c'était mon lit. Que j'étais contentonné dans ce lit. Que ça repart de là-bas. J'avais le lit et le lit était là-bas, aux urgences. J'étais attaché, et maintenant, chacun a son lit. Quand vous avez un lit, il est à vous. Et bien, moi, il y avait mon lit là-bas, il est à moi. J'ai plusieurs maisons, ça veut dire. J'ai plusieurs lits.
- A quoi est-ce que vous pensiez tout au long des contentions ?
- Aux urgences, j'avais une partie délirante parce que je n'avais pas dormi pendant sept jours. Les délires, c'était me récupérer mentalement parce que divaguant. Il y avait des filles qui me suivaient et qui voulaient m'absorber. Alors que moi, je voulais être moi-même. Je voulais que chaque personne soit elle-même et ne soit pas enfermer dans des portes, dans des vitres. Mon but, c'était aller aux urgences, à la base, pour sortir toutes les personnes enfermées dans ce secteur-là. Donc j'ai mis du temps mais j'ai sorti du monde. Là, il y a des nouvelles personnes, j'espère qu'elles vont être bien. Je suis sorti, j'ai changé de place.
- Comment se sont passés vos rapports avec les infirmiers tout au long des contentions ?
- Tout au long des contentions, j'étais avec une black. La black était là à me toucher, à me caresser. Elle me disait : « ça y est, c'est fini. » Il y a eu des abus. Ils m'ont touché, ils m'ont agressé. Je me sens un petit peu violé à cause des contentions. Après ils arrivent : « Non, on ne vous détache pas », avec un grand sourire. Après, je me réveille. Je vois quelqu'un qui me fait une piqûre : « Non, ne vous inquiétez pas, c'est juste une prise de sang. Après, combien de fois j'ai eu des injections dans les fesses pour me calmer. Tout ça parce qu'ils refusent que je sois moi-même. Ils veulent que je sois calme. Parce que j'étais incontrôlable avant. A partir de quinze ans, mes parents m'ont amené en psychiatrie. Mais bon, les contentions, pour en revenir au fait, c'est un moment très dur à passer. Donc, quand il faut, il faut apparemment. Mais, à des moments, c'est abusé. Il y a des infirmiers ou des docteurs, rien que pour leur envie ou la jalousie, ils nous attachent et ils nous traitent comme des chiens. Je n'ai même pas eu le droit de boire de l'eau. A la limite, ils me disaient : « tant pis pour toi. » Ils ne nous traitent pas bien. J'ai vachement souffert quinze ans à la psychiatrie et à vingt et un an en prison. C'est insoupçonnable. J'ai besoin de vivre. A partir de trente ans, au niveau des astres, je vais partir. Je vais pouvoir vivre ma vie. Les contentions. Qu'est-ce que vous voulez savoir sur les contentions ?
- Comment ça s'est passé avec les infirmiers.
- Des fois, j'ai un lien psychologique avec les infirmiers. Là, je n'en avais pas. Là, j'étais trop loin pour eux. Comme si, après moi, il n'y avait personne d'autre. Mais après, il y a quelqu'un qui est arrivé et qui refait la vie. Et la vie repart d'un autre sens. C'est un tournant dans la vie important.
- Avec les médecins, comment ça s'est passé pendant les contentions ?
- Avec les médecins. Je n'ai pas vu de médecins. Ils m'ont drogué. Je ne me rappelle plus de ce moment-là. La contention, on ne peut plus s'en rappeler. Ils nous droguent. Je n'aime pas ça. Comme s'ils arrivaient à gérer le temps. En plus, je dormais. J'ai ma montre. J'ai les jours sur ma montre. Le neuf, je suis entré là-bas, ils m'ont dit : « Mais non, ça ne fait qu'un jour que tu es là ». ça faisait une semaine. Donc ils me mentent. Ils te mentent pour te garder le maximum.

Je ne sais pas pourquoi ils font ça. Je ne sais pas quel intérêt ils ont. C'est leur vie, c'est leur pathologie. Moi, je ne fais confiance qu'aux yeux bleus. Les yeux bleus, eux ils trouvent des solutions. C'est la gentillesse. Mais, il y a beaucoup de méchanceté. J'ai beaucoup souffert pendant ces onze jours. Mais bon, ce n'est pas grave. Maintenant, je suis là, je vais mieux. Je vais bientôt sortir, j'ai ma copine. On est bien quoi.

- Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses que l'on pourrait améliorer dans les contentions pour que ce soit mieux supporté ?
- Oui. Il faudrait proposer un traitement qui est quand même assez fort. Et proposer ce traitement ou la contention. La contention, ça devrait être supprimé mais j'avais besoin de sommeil impérativement. Donc, ils m'ont scotché au lit parce que je ne faisais que marcher, je ne pouvais pas. Mais à des moments, c'est injuste.
- Et qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour que le supportiez mieux à ce moment-là ?
- Me donner un bon traitement. Quitte à me donner cent-cinquante gouttes de Tercian, cent cinquante gouttes de Loxapac, cent cinquante gouttes de Lexomil et cent cinquante gouttes d'Haldol. Là, j'aurais bien dormi. C'est que me donnait tous les jours Dr G. dans la chambre d'isolement. Elle a voulu me bousiller.
- D'autres choses qu'on aurait pu faire pour que ce soit mieux supporté ?
- Ils auraient dû me laisser choisir entre le traitement et la contention. Ils ne m'ont même pas laissé ce choix-là. Ils ont voulu de suite m'enfermer. Dès que quelqu'un essaie de taper contre une vitre ou de casser une porte parce qu'il en a ras le bol d'être dans un couloir. Ils appellent à cinq ou six ou sept ou huit, et ils sont tout contents. Il y a la sirène qui retentit. Ils sont vite contents pour savoir qui s'est énervé et qui va être enfermé. Donc, c'est pour ça qu'il y a des rebellions des fois. Dès qu'on se fait attaché, on tape un peu, donc c'est normal, ils nous font mal au bras, ils nous tirent, ils nous poussent, ils nous bloquent, ils nous attachent, et après, ils nous serrent fort, ils nous insultent : « Tiens, tu vas rester là pendant longtemps. Tiens, la piqûre. Tiens, cela. » C'est vrai qu'il y a des violences et qu'on essaie vite de se venger au niveau des infirmiers. On essaie de les taper un peu. Parce qu'ils nous font la même chose. C'est une guerre entre patients et infirmiers. Et après, le docteur, il juge de donner un traitement adaptable avec le patient.
- Est-ce que vous voulez ajouter autre chose sur les contentions ?
- Sur les contentions ? Les arracher. Je crois que j'en ai arraché une. C'est vrai qu'il y a des petits points bleus en dessous. Après, on peut tirer et tout arracher. J'ai été contenu aux urgences et ça mérite de porter plainte.

CONTENTION PHYSIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ETUDE QUALITATIVE DU VECU DES PATIENTS

RESUME :

La contention physique reste une préoccupation majeure en psychiatrie. Une revue de la littérature révèle l'absence d'étude faisant la preuve de son efficacité clinique et montre au contraire qu'elle peut être responsable d'effets indésirables graves. L'objectif de cette étude qualitative est d'analyser le discours de patients ayant vécu la contention physique a posteriori de cette expérience. Les résultats révèlent un vécu essentiellement négatif avec la prédominance de thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude, de déshumanisation, de sanction/punition, d'humiliation, d'abandon et de violence. Les participants ont pu également exprimer leur avis sur des perspectives d'alternatives et d'amélioration. A la lumière de ces résultats, La question de l'utilisation de la contention comme mesure thérapeutique ou comme mesure de protection se pose et il semble nécessaire de limiter au maximum sa pratique.

PHYSICAL RESTRAINT : A REVIEW OF THE LITERATURE AND QUALITATIVE STUDY OF PATIENTS' PERCEPTIONS

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLES : contention physique, psychiatrie, étude qualitative, analyse thématique, revue de la littérature, vécu de patients, état de stress post traumatique, impuissance, déshumanisation, punition, violence, humiliation.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073
Toulouse Cedex 7

Directeur de thèse : Anne-Hélène MONCANY