



HAL
open science

Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art

Aziliz Leboucher, Cynthia Fleury-Perkins

► To cite this version:

Aziliz Leboucher, Cynthia Fleury-Perkins. Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art. GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences; Le Cnam. 2021. hal-04079668

HAL Id: hal-04079668

<https://cnam.hal.science/hal-04079668v1>

Submitted on 2 May 2023

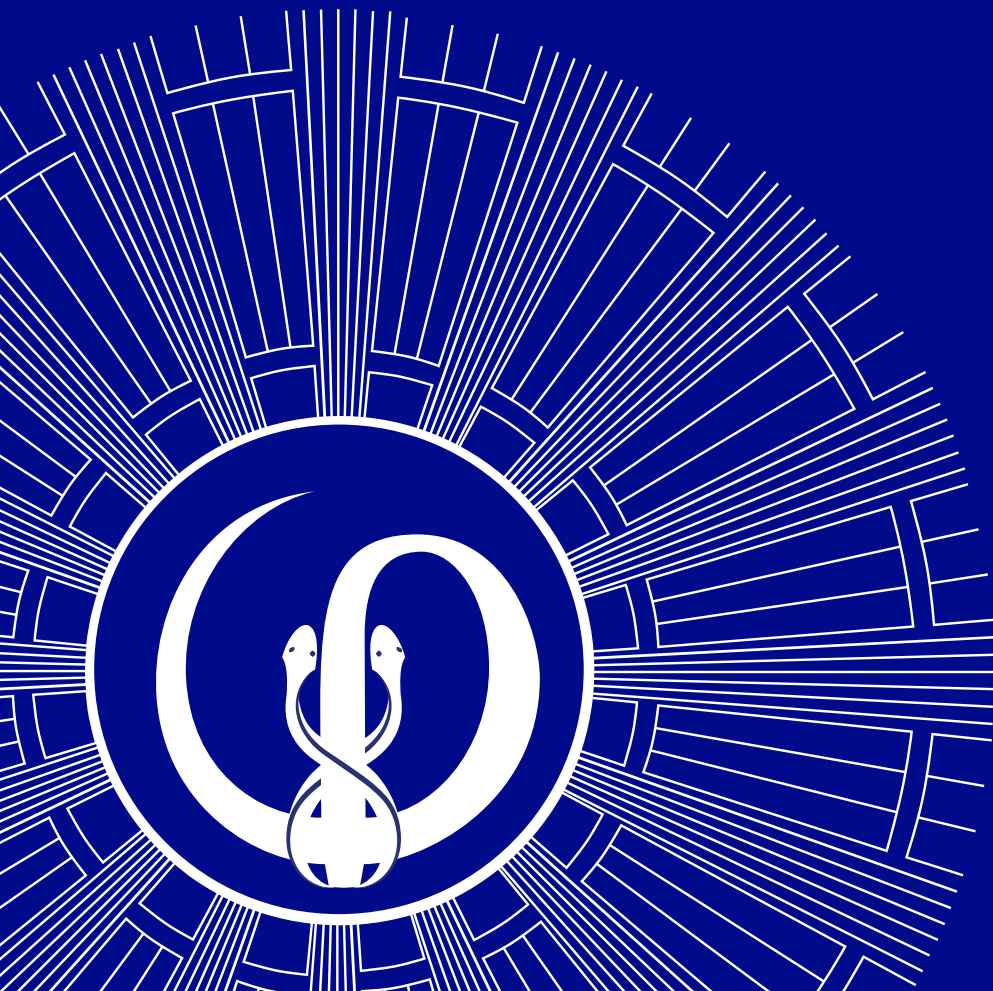
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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

LES MÉTHODES DE CONTENTION EN PSYCHIATRIE : ÉTAT DE L'ART

TRAVAIL PRÉPARATOIRE AU PROJET « DE LA CONTENTION
INVOLONTAIRE AU SUJET SE CONTENANT »

Auteurs : A. Leboucher, C. Fleury



Juillet 2021

LES MÉTHODES DE CONTENTION EN PSYCHIATRIE : ÉTAT DE L'ART

TRAVAIL PRÉPARATOIRE AU PROJET

« DE LA CONTENTION INVOLONTAIRE AU SUJET SE CONTENANT »

Juillet 2021

Auteurs

A. LÉBOUCHER¹, C. FLEURY²



-
- 1 Chargée d'étude à la Chaire de Philosophie à l'hôpital, titulaire d'un master en neurosciences de l'École Normale Supérieure, d'un master en affaires publiques de Sciences Po et étudiante en médecine à l'Université de Paris.
 - 2 Professeur titulaire de la Chaire Humanités et Santé au Conservatoire National des Arts et Métiers, titulaire de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.

PRÉAMBULE

Cet état de l'art s'inscrit dans le projet « De la contention involontaire au sujet se contenant ». Conduit par la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, sous la direction de Cynthia Fleury, professeur titulaire de la Chaire Humanités et Santé (Conservatoire National des Arts et Métiers), en partenariat avec l'agence de design Les Sismo, ce projet a vocation à associer usagers, aidants, médecins, paramédicaux, directions, chercheurs et designers autour de la notion de contention volontaire dans les services de psychiatrie et de neurosciences.

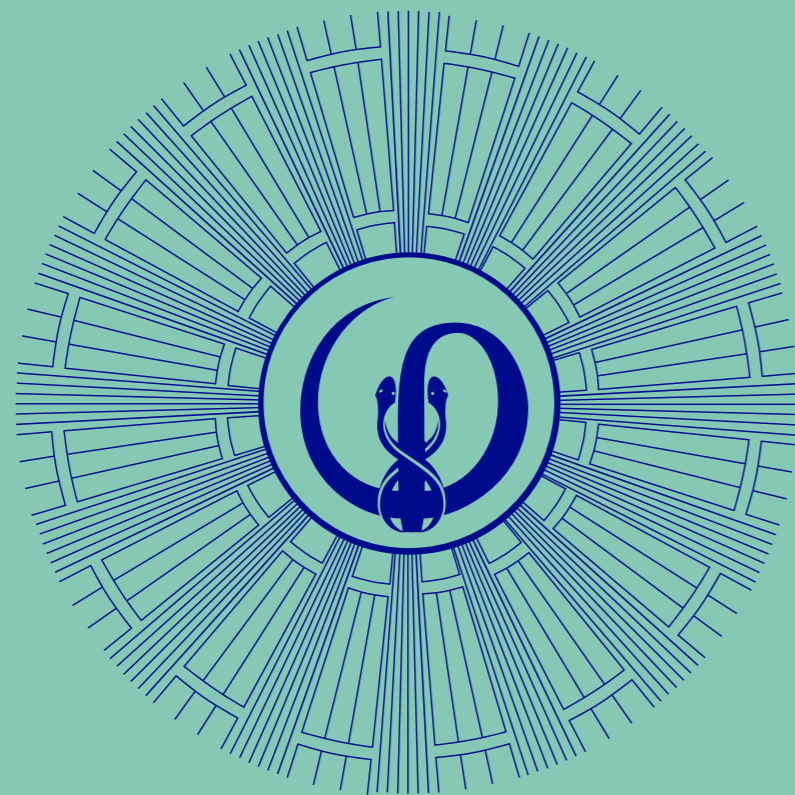
Les hypothèses et enjeux de ce projet sont de :

- Proposer une « contention volontaire » qui transforme le rapport à la contention et permet d'abaisser la contention non volontaire ;
- Impliquer patients (pair-aidance) et soignants dans la définition de ce nouveau protocole de contention ;
- Faire de la contention un outil de soin capacitaire, sur lequel le patient ait prise (anticiper les crises, poser un diagnostic sur soi-même, ...).

La méthodologie repose sur plusieurs phases :

- Première phase : immersion dans 5 services de psychiatrie et de neurosciences.
- Deuxième phase : co-construction expérimentale de prototypes.
- Troisième phase : expérimentation dans 10 services de soin sous la forme de prototypes fonctionnels à l'occasion de Proofs of Care®.
- Quatrième phase : adaptation du prototype suite aux retours d'expérience et standardisation.

Cet état de l'art a été réalisé dans ce contexte pour soutenir la réflexion éthique, qui est associée au savoir-faire des soignants et aux méthodes de conception en design. Cette démarche est un préalable indispensable à la co-construction d'un outil de soin capacitaire.



INTRODUCTION

Initiée par la décision du 19 juin 2020 du Conseil constitutionnel considérant que la loi encadrant les modalités d'application de l'isolement et de la contention en psychiatrie¹, était contraire à l'article 66 de la Constitution, la contention fait actuellement l'objet d'une réforme, portée par l'article 84 de la loi de financement de notre système de santé pour 2021. Le 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel² a de nouveau appelé le législateur à modifier le cadre juridique de l'isolement et de la contention en psychiatrie, en instaurant un contrôle systématique du juge judiciaire de ces mesures de contrainte au-delà d'une certaine durée. Le législateur doit ainsi modifier le cadre juridique de l'isolement et de la contention en psychiatrie avant la fin de l'année 2021.

De plus, en juin 2020 était publié un rapport thématique dédié aux soins sans consentement, dont la contention fait partie, par la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), institution qui a visité depuis 2004 l'ensemble des établissements de santé mentale autorisés à prodiguer des soins sans consentement. Dans ce rapport, la CGLPL continue d'alerter sur la situation d'atteinte aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées qui peuvent faire l'objet de mesures de contraintes.

Ainsi la remise en cause du cadre juridique de la contention fait écho à la réflexion plus large menée dans les communautés hospitalières, médicales et soignantes afin de trouver un équilibre entre soin, protection et respect des droits des patients. En France et dans le monde, des alternatives et des approches complémentaires émergent et invitent les soignants et les personnes prises en soin à repenser la nature et la place de la contention dans la clinique, notamment en psychiatrie.

La contention renvoie à l'immobilisation du corps dans un contexte de soins, cette pratique recouvre plusieurs motifs distincts selon qu'elle permette une intervention, laisse le temps à un médicament d'agir, protège et évite des dommages ou des risques corporels à la personne immobilisée ou à autrui, ou encore suscite une sensation corporelle (Velpry & Saetta, 2018). La diversité des formes qu'elle peut prendre et des personnes qui peuvent y avoir recours dans un cadre professionnel renvoie à des enjeux éthiques et pratiques différents. Lorsque l'immobilisation répond à une agitation, à une violence, elle peut aller à l'encontre de la volonté de la personne, il faut alors « déterminer où se situent les frontières de l'acceptable dans l'engagement corporel des patients comme des soignants » (Velpry & Saetta, 2018). En psychiatrie, la violence est l'expression brutale d'un vécu douloureux (crainte de l'intrusion, angoisse, idées délirantes, intolérance à la frustration) qui n'est pas ou ne peut pas être verbalisé ou différé. C'est une manifestation de la souffrance de la maladie et parfois celle de la faillite du cadre de soins (Chazalet & Perrin-Niquet, 2014). Les premières victimes de ces violences sont les personnes souffrant de troubles mentaux graves qui sont 7 à 17 fois plus

1 Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

2 Conseil constitutionnel, Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

fréquemment victimes que la population générale (HAS, 2011).

Dès lors, la conception de la maladie mentale comme « pathologie de la liberté »³, telle qu'elle est envisagée par Henri Ey, suggère que la limitation de la liberté de mouvement du sujet peut se révéler une part intégrante du soin à lui apporter. Ainsi les méthodes de contention sont utilisées pour contenir la souffrance psychique d'hier et celle d'aujourd'hui, prenant des formes variées et soulevant un certain nombre de controverses.

Cependant, Jean Maisondieu propose de dépasser le concept de pathologie de la liberté par celui de « pathologie de la fraternité », qui se distingue de la pathologie de la liberté classique en ce qu'elle est créée par le contexte. Dans ce cas, c'est l'exclusion qui crée la différence. L'usage de la contrainte semble alors moins se justifier et la réponse à apporter dépasse le cadre de la prise en charge sanitaire au sens strict. La contrainte est alors comprise comme une limitation de liberté puisque la contention réduit la liberté de mouvement, mais circonscrit également l'intégrité physique de la personne (ASSM, 2015). Dans une situation de contrainte, l'autonomie du sujet se trouve alors considérablement réduite.

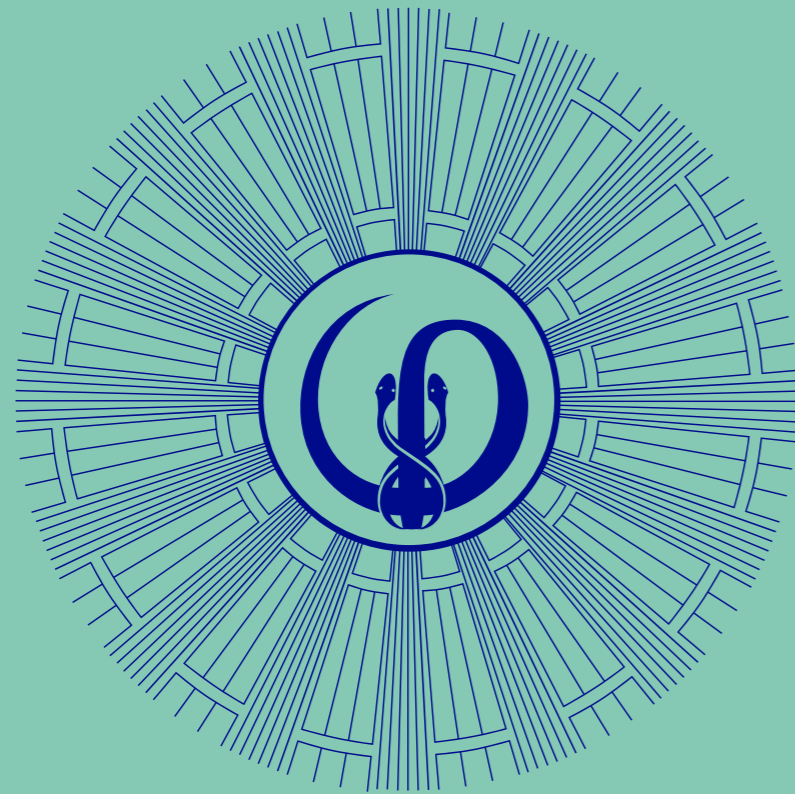
Aujourd'hui, un Français sur cinq souffre de troubles mentaux. 342 000 personnes ont été hospitalisées en psychiatrie en 2018 dont près d'un quart sans leur consentement (CGLPL, 2020). La croissance de la part des soins sous contrainte dans les admissions est préoccupante, doublant en vingt ans et représentant jusqu'à 40 % des admissions dans certains établissements (CGLPL, 2020). Les taux de recours aux soins sans consentement sont extrêmement hétérogènes avec des variations de 1 à 6 entre les départements (IRDES, 2017) et le recensement des pratiques de contention en France reste parcellaire. Le voile posé sur ces pratiques tend à se lever à mesure qu'est considérée l'atteinte à la liberté du sujet par la société et les professionnels de santé.

Dans son rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013), le député Denys Robiliard indiquait que l'augmentation du recours à l'isolement et à la contention dans les hôpitaux psychiatriques « témoigne d'une perte de la culture de la relation humaine dans les établissements ». Les « paradoxes de l'enfermement » (Velpry, 2019) sont aussi évoqués pour décrire la situation dans laquelle se trouve la relation de soin en psychiatrie et comprenant un risque non négligeable de maltraitance. En effet, la pratique de la contention comme réponse à un moment d'agitation voire de violence est traversée de controverses éthiques, scientifiques, soignantes et thérapeutiques. La réflexivité collective en amont et en aval du moment d'agitation est donc nécessaire pour que les soignants puissent rester dans le soin approprié (Velpry, 2018). Cette réflexivité se doit d'inclure et de mettre en avant le sujet, ses perceptions, ses besoins, ses attentes pour lui permettre d'être acteur de sa prise en soin.

Avec quels outils peut-on penser une clinique de la situation de « crise » et ses capacités à la contenir (Fernández *et al.*, 2019) ? La contention contenante peut-elle être thérapeutique, notamment en dehors des situations de crise ? Quelles sont ses modalités et quels peuvent être ses usages ?

Dans le contexte actuel d'une contention majoritairement involontaire, l'ambition de la Chaire de philosophie à l'hôpital est de proposer une autre façon de contenir le sujet. L'hypothèse d'une forme de « contention volontaire » et qui mobilise les concepts de contenance issus de la psychanalyse et d'intégration sensorielle provenant des neurosciences est de permettre d'apaiser le sujet en amont des situations de crise ou de violence. Ce prototype contenant pourrait *in fine* conduire à une diminution du recours à la contention involontaire.

3 Henri Ey, étude n°4, 1948.



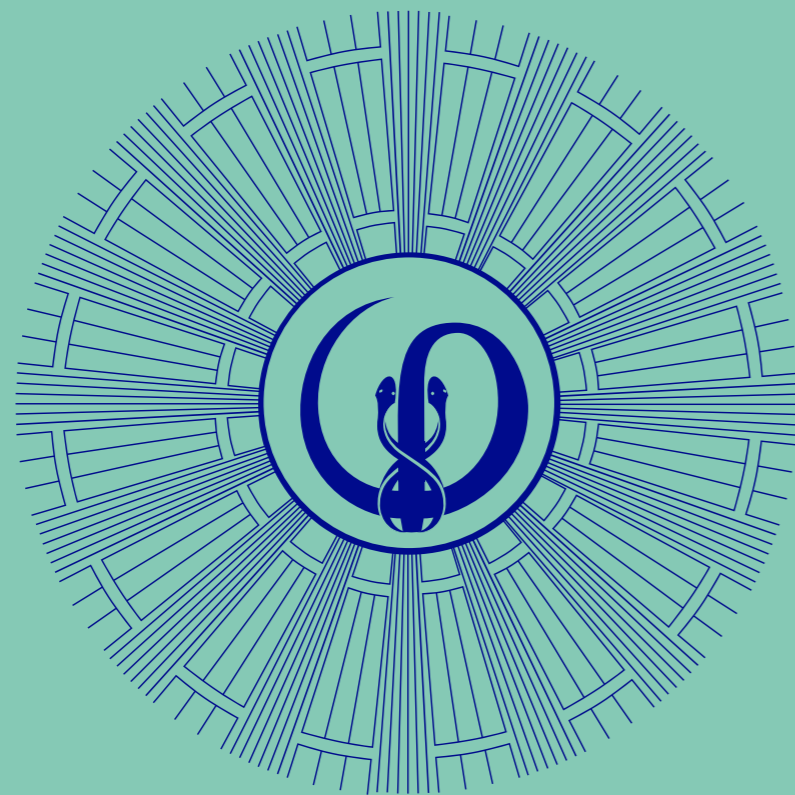
RÉSUMÉ

La contention en psychiatrie recouvre des notions disparates et prend des formes diverses. C'est aujourd'hui une mesure encadrée par des indications strictes car elle reste une pratique controversée. Pour penser les différents usages de la contention des corps dans les différents lieux de soin, la philosophie, l'éthique et la déontologie peuvent être utilement invoquées. Cette étude vient proposer, par le prisme de la contenance, une méthode visant à contenir le sujet, à le soutenir sans l'aliéner, de façon nécessairement volontaire.

La contention involontaire est une réalité dans le soin en psychiatrie. Néanmoins c'est à la fois une expérience décrite comme traumatisante par le sujet contenu et un acte particulièrement ambigu pour le soignant. L'encadrement législatif spécifique de cette mesure de protection a été assez tardif en France, malgré une longue histoire du droit de la psychiatrie. Cette démarche s'inscrit dans un mouvement international qui vise à limiter l'usage des mesures de contrainte, dont la contention involontaire. Ainsi la mise en place de protocoles permet de restreindre les indications de son usage en dernier recours. Cependant, un important vecteur du changement des pratiques est le respect des droits de l'usager contenu, bénéficiant d'un contrôle du juge et d'une mobilisation forte des associations.

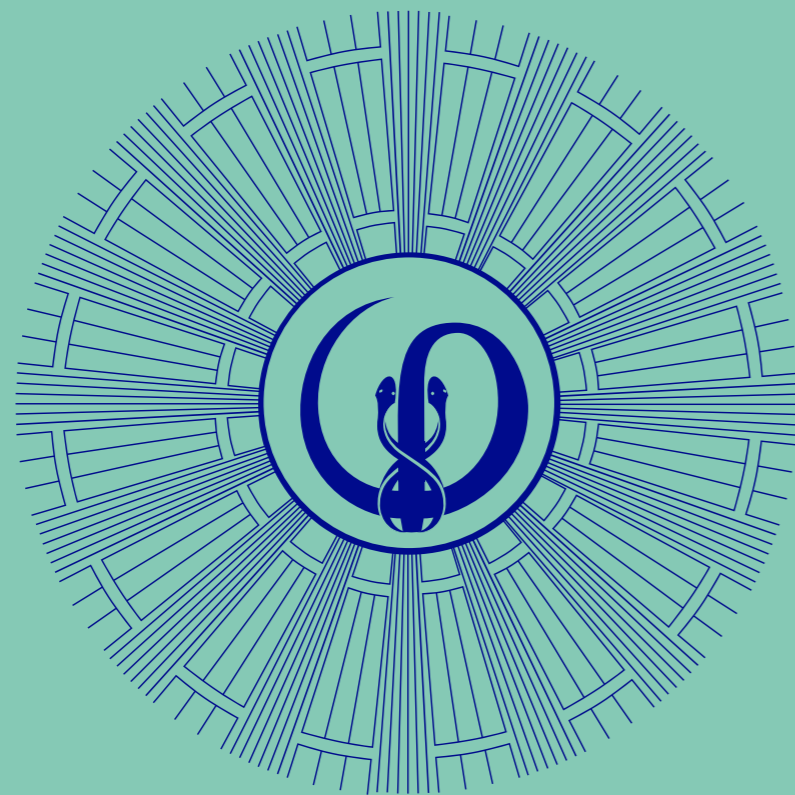
L'approche complémentaire envisagée ici est la « contention volontaire », mobilisant les notions de contenance d'origine psychanalytique ainsi que l'intégration sensori-motrice décrite dans des travaux de psychomotricité. Le rôle thérapeutique hypothétique de la contention prend ainsi différentes formes, même si son efficacité thérapeutique reste encore non démontrée. Des objets de contenance volontaire se développent en explorant les diverses modalités immersives, calmantes, soutenantes de la contenance et nécessitent une réflexion sur la notion de consentement.

Enfin, l'objet de cette recherche est d'adopter une démarche qualité pour l'élaboration d'un prototype contenant qui se confronte à la réalité et s'améliore par le retour d'expérience des usagers de la psychiatrie. L'expérimentation s'inscrit dans les techniques de désamorçage des tensions ainsi que dans le mouvement de restauration de la qualité des soins relationnels et de construction d'un environnement apaisant. Pour permettre une contention non seulement volontaire mais également autonome du sujet, il est nécessaire de renforcer ce dispositif d'outils de prévention adéquats.



SOMMAIRE

3	PRÉAMBULE
5	INTRODUCTION
9	RÉSUMÉ
13	I. DE LA CONTENTION AU CONTENANT
13	1. La contention, une notion équivoque
19	2. Penser une pratique clinique controversée
24	3. Proposer une méthode contenante
31	II. LA CONTENTION, UNE RÉALITÉ DANS LE SOIN
31	1. Une expérience difficile décrite dans la littérature
38	2. Quand la violence s'installe, une relation ambiguë soignant-soigné
42	3. L'encadrement de la contention : de l'exclusion sociale au soin
52	4. Limiter l'augmentation des pratiques de contention
59	5. Les droits fondamentaux du sujet contenu
71	III. LA PISTE DE LA CONTENANCE VOLONTAIRE
71	1. Une historiographie des objets et des concepts contenantants
83	2. L'hypothèse d'un rôle thérapeutique de la contention
90	3. Le développement d'une contenance volontaire
99	IV. LA CONTENTION VOLONTAIRE, UNE ALTERNATIVE À ÉVALUER
99	1. Une approche phénoménologique
100	2. Stratégies alternatives pensées par et pour les usagers
106	3. Vers un sujet se contenant
111	V. RECOMMANDATIONS
111	1. Garantir le respect des droits du sujet contenu
112	2. Faire vivre les principes d'autonomie et de bienfaisance dans le soin
117	LISTE DES ABRÉVIATIONS
119	MÉTHODOLOGIE
123	BIBLIOGRAPHIE



I. DE LA CONTENTION AU CONTENANT

Dans cette première partie, on explore la pluralité de sens recouverts par la notion de contention et les indications relatives à cette pratique aujourd'hui. Penser éthiquement cette pratique permet de dégager d'autres façons de contenir et de proposer une approche contenantante non aliénante.

1. La contention, une notion équivoque

a. Les différentes formes de contention et leur rôle

Une définition large de la notion de contention

Le terme de contention, du latin *contentio* et du verbe *contendo*, *contendere*, de *cum* et *tendere*, au sens propre « tendre avec force », renvoie à la lutte, l'effort et la tension. La contention est connexe à l'acte de maintenir, d'empêcher de franchir certaines limites, de rester dans un état stable dans l'objectif de protéger l'individu de ce qui pourrait se trouver au-delà de ces limites. Il est associé au terme de contenance qui provient de contenir, du latin *contineo*, *continere*, de *cum* et *tenere*, littéralement « maintenir ensemble », d'où provient « embrasser, enfermer en soi » (Carré et al., 2018). Ainsi tenir, ou encore soutenir est une autre façon d'envisager l'acte de contenir.

Pour Jérôme Palazzolo, la contention est la « limitation, par toute espèce de procédure, de l'autonomie des mouvements corporels du patient » (Palazzolo, 2002). Il évoque ainsi la restriction de certaines libertés qu'implique cette pratique dans le monde du soin, notamment celle d'aller et venir, conduisant à une nécessaire réflexion éthique. Les différentes formes de contention se distinguent selon lui en deux catégories, suivant qu'elles « vont de soi » ou non (Palazzolo, 2002, p. 36).

La première catégorie rassemble les contentions individuelles ou institutionnelles pratiquées dans un souci de protection, de *holding* d'après le concept développé par Winnicott⁴ sur le portage de l'enfant par sa mère et sa capacité à contenir ses angoisses physiques et psychiques. Cela rassemble les différents actes de *nursing*, ensemble des soins pratiques qui ne sont pas dénués d'une implication du sujet renvoyant au concept du *handling* de Winnicott, tels que la pose de barrières dans un lit, le maintien physique pour une prise de sang, une prémédication pour un examen, l'attachement d'une main pour éviter l'arrachement d'un pansement ou d'une perfusion. L'ambivalence relationnelle est moindre et l'usage du dispositif de contrainte physique est compris par le sujet comme nécessaire à la réalisation d'un soin.

⁴ Par exemple, « La théorie de la relation parents-nourrissons », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Winnicott, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1969.

Le second type, les contentions qui « ne vont pas de soi » rassemblent la contention institutionnelle, physique, chimique et psychologique. Elles sont plus souvent sources d'ambivalence et de culpabilité dans leur fonction de contrainte et nécessitent la formalisation d'un protocole d'usage. Elles sont le plus souvent imposées au patient à visée de protection et d'apaisement et suscitent des remises en cause de leur caractère thérapeutique face à un impératif sécuritaire.

La contention institutionnelle

La contention en psychiatrie est d'abord institutionnelle ou environnementale en ce qu'elle incarne les moyens architecturaux de limitation de l'espace dans lequel une personne peut se déplacer dans un bâtiment, un secteur ou une pièce au moyen de portiques électroniques, de portes fermées à code ou à clef, de caméras de surveillance. Elle porte différents noms selon les contextes nationaux et historiques – isolement, enfermement, réclusion – mais présente toujours six caractéristiques majeures que sont l'unité de lieu, la rupture sociale, la contrainte, l'intensité, la durée et le motif (Palazzolo, 2002, p. 24). La forme de contention institutionnelle la plus contraignante est celle de la chambre d'isolement, qui est une limitation de l'espace de mobilité du patient mais qui le laisse libre de ses mouvements corporels. Dans son rapport sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale de 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'isolement comme le « placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. » C'est une mesure de soins sans consentement au même titre que la contention mécanique, encadrée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La contention physique

La HAS définit la contention mécanique ou physique passive comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui ». La contention physique peut être active, manuelle et consiste en le « maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique » (HAS, 2017). Ainsi, l'entrave à la mobilité de l'individu peut se traduire par des dispositifs spécifiques (sangle, ceinture ventrale, contention de poignet, de cheville, gilet, vêtement, siège gériatrique, barres de lit) ou par la disposition d'éléments non spécifiques (tablette, fauteuil basculé en arrière, draps) ou encore par des techniques d'immobilisation effectuées par des soignants.

La contention chimique

La contention chimique ou pharmacologique désigne la pharmacopée utilisée pour réduire le niveau d'agitation d'une personne par voie orale en première intention ou par injection intramusculaire voire intraveineuse en deuxième intention. Il s'agit de molécules entraînant la sédation ou avec une forte action anxiolytique : benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs, tranquillisants ou encore antipsychotiques.

La contention psychologique

Enfin, la contention peut prendre une forme psychologique ou relationnelle, verbale ou non et regroupe un ensemble d'attitudes qui incitent le patient à rester tranquille (regards, postures, gestes d'apaisement, mises en garde, conseils, ordres, activités occupationnelles). Ce type de contention est notamment utilisé par les professionnels de santé pour instaurer un climat de confiance et ainsi favoriser l'alliance thérapeutique.

De manière générale, lorsqu'il n'est pas précisé de quelle forme de contention il s'agit, ce document fait

référence à la contention physique passive ou mécanique par le terme de « contention » et à la contention institutionnelle par le terme d'« isolement ». Ces mesures sont employées dans divers contextes pour des indications plus ou moins strictement définies.

b. Le protocole, les indications et contre-indications de la contention

La contention, dans quels contextes ?

Les pratiques de contention, bien que soumises à des indications toujours plus précises, sont néanmoins présentes dans des contextes très différents. La contention est utilisée dans les établissements psychiatriques, mais également dans les hôpitaux généraux au sein des services d'urgences, de soins intensifs, d'orthopédie, de chirurgie, de kinésithérapie, de radiologie, de gériatrie, de pédiatrie, de pédopsychiatrie, de psychiatrie et de neurologie, et dans les structures médico-sociales qui accueillent les mineurs (IME, ITEP...), les personnes handicapées (MAS, SAMSAH...) et les personnes âgées (EHPAD).

En psychiatrie, la contention est utilisée dans une proportion telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels. Ainsi il existe de plus en plus d'unités fermées au sein des structures de soins psychiatriques (Hazan & Hatry, 2018, p. 66). La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) estime ainsi que les pratiques de mise à l'isolement ou sous contention sont en recrudescence depuis une vingtaine d'années (Hazan & Hatry, 2018, p. 69).

La prise en charge de l'agitation

Concernant la prise en charge de l'agitation, plusieurs niveaux sont à distinguer. La recherche d'une cause organique (des troubles hydroélectrolytiques, une hypoglycémie, une hypoxie, une hypercapnie, un globe vésical, un fécalome, une hyperthermie, une méningoencéphalite, un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, une tumeur intracrânienne, une épilepsie, un traumatisme méconnu, une douleur) ou toxique (alcool, drogues, médicaments, ...) est une priorité. Puis une prise en charge relationnelle pluridisciplinaire (urgentiste, psychiatre, équipe soignante et au besoin agent de sécurité) permet d'instaurer un climat de confiance. Le travail relationnel, considéré parfois comme contention psychologique (Hyvert, 2014) doit être préalable. La contention chimique sous forme de sédation médicamenteuse par voie orale (neuroleptique ou benzodiazépinique) doit ensuite être privilégiée (HAS, 2005) car elle est souvent mieux acceptée par le patient (Charpeaud *et al.*, 2012).

Si ces premières mesures ont échoué, la contention physique peut être mise en place sur décision médicale. Elle doit être réévaluée régulièrement, d'une durée la plus brève possible, expliquée au patient et à la famille et s'accompagner d'un suivi des fonctions vitales. La levée des contentions physiques est réalisée dès l'apaisement de l'état d'agitation psychomotrice (Tezenas du Montcel *et al.*, 2018).

Le protocole de mise sous contention mécanique

La conférence de consensus de la Société Francophone de Médecine d'Urgence a défini un protocole de mise sous contention mécanique (HAS, 2017; SFMU, 2002). Une partie de l'équipe se consacre à la gestion de la crise, l'autre partie prend en charge les autres patients. Au moins cinq personnes sont nécessaires pour la mise sous contention : le patient sédaté et isolé du reste du groupe est saisi par quatre soignants (un par membre) et est maintenu sur le dos. Le cinquième intervenant doit avoir un rôle de coordination, il est également chargé de maintenir et protéger la tête du patient, de s'assurer de ses capacités respiratoires, et d'éviter le risque de morsure. Dans la mesure du possible, le maintien du dialogue avec le patient doit être privilégié pour l'informer de manière claire sur les raisons de la mise en contention, son caractère

temporaire et sa levée immédiate une fois l'état d'agitation terminé. La procédure classique est une contention « cinq points » en position allongée sur le dos, avec une attache fixée au lit pour chaque membre et une ceinture ventrale, adaptées au poids et la stature du patient. Certains dispositifs de type « harnais » permettent le maintien du torse et des épaules au niveau du lit ou du brancard (Charpeaud *et al.*, 2012). Une équipe de renforts spécifiquement formée peut être sollicitée. Son rôle est décrit dans une procédure écrite qui précise sa place dans l'équipe et prévoit les réponses graduées. La contention manuelle en amont de la contention mécanique ne doit pas entraver la capacité du patient à respirer et ne doit faire usage que d'une force justifiée, appropriée, raisonnable, proportionnée à la situation et d'une durée la plus courte possible.

La HAS rappelle qu'il ne faut jamais placer de serviette, sac ou coussin sur le visage du patient, pendant ou après la mise sous contention (2017). Si possible, la tête du lit doit être surélevée pour limiter le risque d'inhalation. Les objets dangereux doivent être mis à distance du patient et un dispositif d'appel fonctionnel relié aux soignants doit être accessible par le patient.

La disponibilité de la chambre du patient sous contention et en isolement lui est assurée à tout moment dès l'amélioration de son état clinique. La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance.

L'isolement et la contention sont réalisés sur décision d'un psychiatre pour une durée maximale de douze heures pour l'isolement et de six heures pour la contention, renouvelable dans la limite de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention. S'il n'est pas possible de le faire d'emblée, la décision prise par l'équipe soignante ou par un médecin non-psychiatre doit être confirmée par un médecin psychiatre dans l'heure qui suit le début de la mesure et après examen médical (CGLPL, 2020 ; HAS, 2017). Au moment de la réalisation de l'isolement ou de la mise sous contention, un entretien et un examen médical doivent permettre d'évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, de lui expliquer les raisons de la mesure et les critères de sa levée, d'indiquer les modalités de la surveillance, de discuter des facteurs déclenchants de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de la mesure et de l'évolution clinique du patient et enfin de mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de la mesure (HAS, 2017). Le médecin participe à la mise sous contention mécanique s'il est présent.

L'agitation doit être considérée comme une urgence absolue qui ne peut pas être différée. Il s'agit d'une exception faite au régime du patient admis en soins libres, uniquement pour des raisons tenant à sa sécurité (HAS, 2017). Cette situation ne doit pas durer plus de 12 heures. Les contentions d'un patient arrivant aux urgences ne sont levées qu'après évaluation médicale qui peut conduire à l'instauration d'une mesure de soins sans consentement⁵. L'avis d'un psychiatre doit pouvoir être recueilli dans un délai raisonnable. Dans les cas d'agitation extrême et de menaces imminentes de passage à l'acte hétéro-agressif, un agent de sécurité devrait pouvoir être sollicité (Charpeaud *et al.*, 2012).

En psychiatrie comme en gériatrie, ces mesures d'isolement et de contention sont soumises à des règles strictes de traçabilité dans le dossier médical⁶. Elles entraînent systématiquement l'alerte du service de sécurité incendie pour assurer la sécurité de tous en cas d'incendie.

5 Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993.

6 L'épisode de contention doit être renseigné avec date, heure de début et de fin de la mesure, nom de l'unité, modalité d'hospitalisation, motif de la mesure, risques de violence, précisions sur ce qui a été mis en œuvre en amont, recherche de contre-indication, modalité de dispensation du traitement médicamenteux, modalités de surveillance, consigne permettant au patient de boire, manger, aller aux toilettes ou se laver.

Les indications pour la mise en place d'une contention

Les indications concernent les états d'agitation et de confusion avec auto ou hétéro agressivité (en psychiatrie notamment) ainsi que les situations où le patient se met en danger par son état clinique en déambulant de manière excessive avec un risque de chute (dans les services de gériatrie ou de soins palliatifs) et pour permettre l'administration d'un soin (Afssaps, 2011).

En psychiatrie, le recours à la contention physique est supposé permettre une baisse de l'agitation du sujet, afin de protéger le patient et son entourage, voire l'environnement, et répond donc à un impératif de sécurité face à des comportements violents ou menaces de violence.

Dans ses recommandations de bonne pratique (2017), la HAS a indiqué que la contention peut être utilisée dans le cadre de la prévention d'une violence imminente du patient ou la réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. Elle est envisagée uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui. Réservée aux situations d'urgence médicale, la contention physique en psychiatrie ne peut avoir lieu que lorsque le patient est placé à l'isolement sur décision d'un psychiatre et limité dans le temps. Elle est réalisée uniquement dans un espace dédié avec des équipements spécifiques. Enfin, il doit s'agir d'une mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques et qui nécessite une prise en compte systématique de l'état clinique somatique.

Dans certains cas de « troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées », la contention peut être pratiquée avec des « vêtements de contention » et hors de la chambre d'isolement (HAS, 2017). Toutefois, cette mesure devra s'intégrer dans le plan de soins établi par le psychiatre référent et faire l'objet d'une réévaluation clinique régulière.

Les contre-indications à la mesure de contention

Les motifs de punition, de répression ou de recherche de confort du service aux dépens du patient sont des contre-indications formelles (HAS, 2017). L'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique représentent des processus complexes, de dernier recours (c'est-à-dire au terme d'un processus de désamorçage d'un tableau clinique critique), qui doivent être justifiés par une situation clinique.

Une réflexion bénéfices-risques doit être menée au regard des risques liés à l'état somatique du patient. Les contre-indications somatiques à la mise en place d'une contention sont une insuffisance cardiaque, un état infectieux, un trouble de la thermorégulation, un trouble métabolique, une atteinte orthopédique ou neurologique liée aux traitements utilisés. Une vigilance somatique tout autant que psychique du patient contenu est nécessaire.

La contention de la personne âgée

Chez la personne âgée, une cause organique ou iatrogène de l'agitation doit être recherchée en priorité même avec la présence d'antécédents psychiatriques.

Concernant la contention chimique, des recommandations spécifiques concernant les traitements médicamenteux symptomatiques de courte durée ou des interventions médicamenteuses par des psychotropes ont été émises (HAS, 2009a, 2009b).

La contention physique de la personne âgée n'est possible que sur prescription médicale, après l'avis de l'équipe soignante pluridisciplinaire et l'appréciation du rapport bénéfice-risque. Elle entraîne une surveillance programmée qui est retranscrite dans le dossier du patient (ANAES, 2000). L'usage de la contention mécanique chez la personne âgée est une « atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir » qui reste

exceptionnelle, dans les situations d'urgence médicale (ANAES, 2004). La durée de prescription médicale recommandée est de trois heures. S'agissant du confinement de la personne âgée, cette décision doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrite sur un registre consultable par les autorités de contrôle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage.

Le ministère chargé de la santé et la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie précisent que la prévention des chutes, des blessures ou des troubles du comportement ne constitue pas une indication à la contention physique passive, notamment chez le sujet âgé (2007). L'immobilisation prolongée conduit même les patients à un déconditionnement physique et psychologique qui augmente le risque de chutes et de blessures. La mesure de contention doit ainsi rester exceptionnelle et impose une évaluation de l'état de la personne âgée. Les alternatives doivent être proposées selon que le risque est lié à la chute, l'agitation, la confusion ou la déambulation. Elles imposent une évaluation des besoins et de l'environnement du patient. La personne et ses proches sont informées des raisons et buts de la contention, leur consentement et leur participation sont systématiquement recherchés.

Le matériel de contention doit être approprié aux besoins du patient et présenter des garanties de sécurité et de confort. Les contentions au lit ne doivent jamais être fixées au matelas ni aux barrières mais aux parties fixes (sommier ou cadre) et les fonctions d'articulation du lit doivent être verrouillées. Les dispositifs doivent comporter un maintien pelvien pour éviter le glissement du patient et la remontée de la ceinture de contention vers le thorax et le cou (Afsapps, 2011). La taille du dispositif et le serrage lors de la mise en place doivent être adaptés à la corpulence du patient. L'utilisation de barrières de lit entières en position haute est indispensable. Les dispositifs avec sangles latérales, permettant d'éviter la latéralisation du patient, doivent être privilégiés. Le buste du patient doit être surélevé.

Pendant la contention, la prévention des régurgitations et des escarres est particulièrement importante lorsque le patient est allongé. Il ne peut être dérogé à l'impératif de dignité et d'intimité. Des activités doivent pouvoir être proposées selon l'état de santé du patient qui est évalué toutes les vingt-quatre heures. La reconduction de la mesure de contention est possible sur prescription médicale motivée.

Les dispositifs de contention sont à distinguer des dispositifs de maintien postural qui visent à pallier le manque de tonus musculaire. Celui-ci est corrigé grâce à la mise en place de dispositifs pour obtenir une position physiologique (Afsapps, 2011).

La contention du sujet mineur

Si la pratique de la contention et de l'isolement sur les mineurs admis pour des soins psychiatriques n'est pas interdite par la loi, aucune disposition spécifique les concernant n'est prévue. Cependant, les recommandations de bonne pratique de la HAS et l'article L. 3222-5-1 du Code de la Santé Publique (CSP) prescrivent que la contention et l'isolement ne peuvent être pratiqués que dans des cas d'hospitalisation sans consentement. Par conséquent, aucune pratique d'isolement ne peut être légalement admise dans le cas d'un mineur admis en hospitalisation libre (c'est-à-dire sur demande des titulaires de l'autorité parentale)⁷. Des pratiques de contention du sujet mineur existent cependant, sans que les titulaires de l'autorité parentale en soit toujours systématiquement informés.

À titre d'exemple, dans le contexte institutionnel, la contention physique active du sujet mineur est un moyen de gestion de l'agitation fréquent. Une contention physique est considérée dysfonctionnelle (Desveaux, 2018) lorsqu'elle :

- exprime la haine ou le sadisme de l'éducateur envers le mineur contenu,
- est utilisée en représailles de situations d'impuissance ou d'humiliation antérieures,
- est l'imposition d'une force ou d'une puissance à défaut d'autorité, d'autant plus lorsque l'éducateur dispose d'une force supérieure au sujet contenu et le soumet à une position infantile humiliante,
- est une illusion d'autorité qui contraint le corps mais n'a pas d'effet sur les pensées ou la volonté individuelle,
- est fondamentalement une limitation de la liberté individuelle (entrave aux mouvements).

Ces pratiques ne sont neutres ni pour le sujet contenu, ni pour le soignant contenant. C'est pourquoi il s'est développé une forme d'éthique de la contention pour penser cette pratique controversée à l'aide de la philosophie et des humanités.

2. Penser une pratique clinique controversée

a. Déontologie, morale ou comment rétablir le lien

Au cadre thérapeutique qui définit les conditions d'usage de la contention, la philosophie, l'éthique et la déontologie peuvent être utilement invoquées pour penser le soin.

L'institution psychiatrique comme lieu de normalisation sociale utilise une contrainte « euphémisée » (Foucault, 1975, 2003) et multiple : administrative, soignante, juridique, familiale et sociale (Scotti, 2017). Le rapport à la contrainte et à son usage est fondé sur les représentations ambivalentes de la folie et des maladies mentales. Ces modes de représentations conduisent à une incapacité du patient et rendent impossible l'autodétermination dans le soin, mais également une perception du sujet comme un patient à soigner, respecter, traiter ou contrôler et enfin sur une représentation de la valeur intrinsèque de l'hospitalisation et de ses effets (Guibet-Lafaye, 2014). La décision de contenir une personne étant particulièrement complexe, une réflexion éthique, individuelle et collective, est de nature à mieux appréhender des situations de soin parfois critiques.

Les principes fondamentaux de la déontologie

Dans le code de déontologie médicale⁸, plusieurs principes fondamentaux sont énoncés et forment la base de la réflexion éthique du soignant (Palazzolo, 2002, p. 35) tels que :

- le respect de la dignité humaine (article 2) ;
- la nécessité de tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles (article 8) et de limiter les actes et prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ;
- la nécessité de porter secours à un malade ou un blessé en péril et de s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires (article 9) ;
- l'absence d'atteinte à l'intégrité physique ou mentale de la personne privée de liberté et l'obligation d'information de l'autorité judiciaire si la personne a subi des sévices (article 20) ;
- le droit garanti au patient à une information claire et appropriée à son état, ce que Cynthia Fleury appelle la « vérité capacitaire »⁹ (article 35) ;
- la recherche systématique du consentement du patient, l'information de sa famille des décisions

7 <http://www.senat.fr/rap/r17-726-1/r17-726-17.html>

8 Articles R4.127-1 à 112 du CSP.

9 Fleury, *Le soin est un humanisme*, Tracts, Gallimard, 2019.

importantes le cas échéant, sauf dans les situations d'urgence ou d'hospitalisation (article 36).

De plus, le décret relatif aux actes infirmiers et l'exercice de la profession d'infirmier mentionne les caractéristiques nécessaires aux soins réalisés dans son article 4 (qualité des relations avec le malade, respect des droits de la personne, prise en compte de sa personnalité aux plans physiologique, psychologique, économique, social et culturel) et rappelle la vocation de protection, de maintien, de restauration et de promotion de la santé physique et mentale des personnes et de l'autonomie de leurs fonctions vitales et psychiques, par la mise en œuvre des traitements et prescriptions médicales et par la surveillance clinique. En 2002, la surveillance du patient en isolement devient un acte spécifique de l'infirmier psychiatrique¹⁰ et l'usage de la force par les soignants est proscrit¹¹.

Un jugement médical facilité par la protocolisation

La décision de contention est le fruit d'un jugement médical¹² qui comporte trois niveaux. Le premier niveau est prudentiel : la faculté de jugement est appliquée à des situations particulières où un patient est en relation interpersonnelle avec un médecin. Le sujet moral applique avec discernement une règle universelle de morale dans une situation particulière, quitte à corriger la règle. L'instabilité de la relation soignant-soigné rend toutefois ce type de jugement difficile. Dans les deux autres niveaux, la liberté de jugement se trouve encadrée : au niveau déontologique¹³ ou normatif aussi bien qu'au niveau dialectique où le jugement devient réflexif. Ce dernier niveau est paralysé lorsqu'il s'agit d'appliquer un protocole pour mettre en place une mesure de contention (Sales Caires, 2017).

Par ailleurs, avec le suivi d'un protocole dans la prise de décision et la mise en œuvre de la contention, se produit une désindividuation du soignant qui peut se définir comme un état psychologique caractérisé par une diminution de la conscience de soi et une dilution de la responsabilité.

Plusieurs raisons de la violence des patients peuvent justifier l'usage de la contention par les soignants (Nijman, 1999 ; Duxbury, 2005). Elles sont jugées plus ou moins moralement acceptables par le soignant et par un regard tiers (associations, instance sanitaire et judiciaire) pour mettre en place la contention :

- Selon le modèle interne, la violence vient de la pathologie et la contention protège de la violence vis-à-vis d'autrui.
- Si des facteurs externes ou environnementaux favorisant l'agressivité existent (espace de soin, modalités d'hospitalisation, nombre de patients), la contention est alors un moyen de lutte contre la violence institutionnelle qui peut être due au manque de moyens.
- Le troisième modèle est dit situationnel ou interactionnel, il s'agit d'une réaction contre des attitudes négatives des soignants envers les patients (communication, attitudes intolérantes, méthodes punitives), la contention est ici utilisée comme sécuritaire et punitive. Dans ce cas, elle entraîne un état de soumission absolue du patient face à celui qui décide, qui pose la contention et qui lui permet d'assouvir l'ensemble de ses besoins élémentaires.

Au cœur de l'interaction soignant-soigné, le soignant se trouve face à un dilemme entre le respect de l'autonomie et de la dignité humaine du patient et son devoir de protection et de création d'un climat thérapeutique. Selon Ross¹⁴, le principe de liberté-responsabilité, le principe thérapeutique et le principe de

10 Article R.4311-6 du CSP ; décret n°2002-194.

11 Sauf cas de légitime défense, articles 122-5 à 122-7 du nouveau Code Pénal.

12 Ricoeur, (1996). « Les trois niveaux du jugement médical ». *Esprit* (1940-), 21-33.

13 Les jugements revêtent la fonction de normes qui transcendent la singularité de la relation médecin-patient.

14 Ross. *The Right and the Good*. Oxford: Clarendon, 1930.

socialité-subsidiarité sont considérés comme *prima facie*, c'est-à-dire qu'ils sont primaires dans la réflexion éthique et morale (évidents, intuitifs, reconnaissables instantanément et impératifs). Une violation de ces principes ne peut être justifiée que si le but moral qui justifie cette violation a une vraie chance d'être atteint, que la violation d'un principe est rendue nécessaire par l'absence d'alternative préférable, que la violation reste compatible avec le but et que l'agent essaie d'en minimiser les conséquences (Beauchamp & Childress, 2001).

L'analyse éthique de mise sous contention mobilise les principes d'autonomie¹⁵, de bienfaisance et de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001). Respecter un agent autonome signifie de façon minimale reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix, à entreprendre une action sur la base de ses propres valeurs et croyances personnelles. La notion de choix autonome dans le respect des valeurs de la personne peut ainsi émerger lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire.

Dans la décision de contention, l'autonomie du patient n'est pas respectée puisque la décision est prise sans l'avis du patient ni son consentement. Le principe de bienfaisance n'est également pas respecté puisque le vécu de cette mesure est le plus souvent négatif¹⁶. En revanche, la non-malfaisance est respectée et prévaut car le patient ne peut décider pour lui-même en situation de crise (Guivarch, 2016).

Pour contribuer à rendre au patient un peu de l'autonomie dont il a été privé, il est important de :

- Lui donner toute l'information disponible et accessible quant à sa situation ainsi qu'à sa personne de confiance, et de lui fournir des repères spatio-temporels ;
- S'assurer que la contention n'intervient qu'en dernier recours (Petrini, 2013) ;
- Respecter son intimité.

De même, pour restaurer un peu du principe de bienfaisance, le recueil de la parole du patient est fondamental, pendant et après l'épisode de contention. Cet échange ne doit pas s'envisager comme une simple discussion, mais permettre une authentique réciprocité de l'échange qui compense la dissymétrie de la relation soignant-soigné. Cette démarche s'intègre dans l'éthique du *care*¹⁷, de la sollicitude qui suppose un sentiment de responsabilité active et partielle face à la personne vulnérable. Le principe de bienfaisance nécessite également que la proportionnalité soit appliquée pour toute mesure de contrainte, en prenant en compte la situation individuelle et les circonstances.

Pour satisfaire le principe de justice, il est important de s'assurer que la mesure est nécessaire, proportionnée au niveau de danger, ne peut être substituée par une mesure moins contraignante et cesse dès que le niveau de risque ne la justifie plus (Petrini, 2013).

De plus, certains auteurs remettent en cause le respect du principe de non-malfaisance, puisque la contention peut avoir de sérieuses conséquences en termes de morbi-mortalité¹⁸ et que la littérature scientifique ne permet pas de conclure à l'efficacité thérapeutique de la contention¹⁹ (Mohr, 2010).

Selon Caroline Guibet-Lafaye, la question de la responsabilité porte le dilemme soignant en psychiatrie au-delà du principe d'autonomie (Guibet Lafaye, 2016). Ainsi elle considère que les principes de bienfaisance et d'autonomie ne sont pas suffisants pour résoudre les difficultés éthiques actuelles. La responsabilité individuelle du soignant pourrait dès lors se réclamer de l'éthique de la responsabilité, rationnelle par rapport à une fin, ou un but poursuivi par celui qui agit. Cette éthique se caractérise par l'attention aux

15 Pour Kant, l'autonomie consiste à agir selon la règle ou la loi que l'on se donne, déterminée par la raison.

16 Ce point est développé dans la partie II.1.

17 Gilligan, *Une voix différente*, 1982

18 Ce point est développé dans la partie II.1.

19 Ce point sera développé dans la partie III.2.

moyens dans leur efficacité pratique (ici la contention dans sa capacité à protéger et à apaiser le sujet), mais également dans les conséquences concrètes de l'action sur les autres et encourage le pragmatisme, le compromis²⁰.

La contention comme acte de soin et de sécurité peut ainsi se révéler être de la maltraitance si elle est protocolisée pour assurer la sécurité médico-légale du soignant et de l'institution et constitue en ce sens une dérive du principe de précaution (Guivarch, 2016) qui passerait avant le principe de vigilance au bénéfice du résident/patient (David *et al.*, 2019). L'ambivalence attachée à cette pratique conduit à ce que le non-recours à la contention puisse également être un acte de maltraitance.

La domination de la logique conséquentialiste²¹

Par ailleurs, la question de la confusion entre soin et sécurité, entre but et moyen est ancienne²². La fonction de privation de liberté de l'hôpital est aujourd'hui davantage celle d'un « soft renfermement » (Touzet, 2014)

Selon le principe du double effet, un acte qui est perpétré avec de bonnes intentions comme l'est un acte thérapeutique ou de prévention du risque mais qui a des conséquences néfastes telles que la limitation de la liberté peut être moralement acceptable (Petrini, 2013) s'il remplit les conditions suivantes (Boyle, 1980) :

- Le but recherché de l'acte, et l'acte en lui-même, sont moralement bons.
- L'effet néfaste n'est pas le but de l'acte et l'effet bénéfique n'est pas une cause à effet directe de l'effet néfaste.
- L'effet bénéfique intentionnel est autant voire plus important que les effets délétères et leur est proportionné.

Selon Bénédicte Lombart²³, le moment de la contention est un arbitrage entre l'habileté du soignant, c'est-à-dire la maîtrise des moyens de soigner et la prudence, entendue comme le questionnement des moyens et des fins pour y parvenir. Cette délibération est nécessaire pour sortir de la culpabilité de la contention, même si la situation d'urgence entraîne nécessairement un moment de « cécité empathique transitoire » où le soignant est tout à sa tâche de limitation des mouvements du patient et éteint son « radar émotionnel ».

En gériatrie, quatre facteurs sont identifiés pour décider de l'issue du dilemme éthique de la mise sous contention (Yamamoto, 2011) :

- la priorité donnée à l'exécution d'un traitement et à la sécurité (risque d'arrachage d'une sonde),
- la compétence (formation) dont dispose le soignant dans le soin,
- la qualité des relations de collaboration avec les autres intervenants dans le soin (supériorité perçue de la décision médicale ou du cadre, absence de discussion en équipe),
- les autres priorités dans le service (présence de plusieurs patients exigeants, manque de personnel, difficulté d'accompagnement).

Une tension entre éthiques individuelle et collective

De nombreux soignants estiment que l'approche économique et gestionnaire de la culture d'établissement domine et conduit à une dictature de l'immédiateté, une brutalisation du patient pour obtenir des résultats

20 Weber, *Le Savant et le Politique*. 1917-1919.

21 Fondée sur le postulat que l'acte engagé est pour le bien du sujet.

22 Elle est soulevée par Robert Castel dans la préface d'*Asiles* d'Erving Goffman (1968).

23 Bénédicte Lombart. Cours du 21/02/2017 sur la contention en pédiatrie, Chaire de Philosophie à l'Hôpital. <https://chaire-philosophie.fr/seminaire-ralentir-travaux-contention-pediatrie-benedicte-lombart/>

rapides. Selon eux, l'évaluation des pratiques conduit à une standardisation qui va à l'encontre de l'adaptation des prises en charge aux spécificités des patients (Sales Caires, 2017). Le formalisme des protocoles et procédures est identifié comme un risque majeur d'abandon de l'interrogation du sens, de la portée et de la nécessité des pratiques. Il est considéré comme un piège par crainte de la faute et comme une mise à distance des patients (Giloux, 2017). Le manque de moyens humains et financiers disponibles est ainsi perçu comme la cause et la conséquence de la hausse des pratiques de contention, ce qui vient justifier la pratique sans la cautionner (Sales Caires, 2017). Si cette pratique est contraire à l'éthique individuelle, elle correspond à l'éthique institutionnelle et contribue à déculpabiliser le soignant.

Au-delà d'un usage économique et contextuel de la contention, Caroline Guibet-Lafaye avance que le rôle de la contention à l'hôpital public est avant tout celui d'un « contrôle social des attitudes déviantes » (Goffman, 1968), endossé par le psychiatre (2014). En effet le soignant et *a fortiori* le psychiatre dispose dans l'institution psychiatrique du monopole de la violence légitime²⁴.

Une poursuite de la réflexion éthique et de la recherche dans le champ des alternatives et de leur application à certains patients en fonction de leurs caractéristiques intrinsèques est souhaitée (Mohr, 2010). En effet, l'acte de contention ne peut être pensé comme acte de soin distinct d'une prise en soin intégrée de la personne.

b. La normalisation des soins pour une éthique de l'utilisation

S'agissant de la contention, l'éthique de l'utilisation peut s'envisager comme une réflexivité entre éthique de conviction et de responsabilité²⁵ qui distingue la démarche collective de la démarche individuelle (Carré, 2014).

La démarche collective se rapproche de l'éthique de conviction et repose sur les textes de référence qui régissent l'utilisation de la contention (traités internationaux, textes de loi, recommandations d'institutions sanitaires et de sociétés savantes et protocoles établis dans les établissements).

La démarche individuelle correspond davantage à l'éthique de responsabilité et engage le soignant, inscrit dans son équipe, dans une situation clinique particulière. La suspension du geste technique qu'est la contention est nécessaire pour laisser place au jugement, au raisonnement qui amène à la décision de contenir.

Ainsi la décision dans le contexte clinique peut soulever des dilemmes qui dépassent le cadre de l'éthique de conviction. Charles Alezrah indique que s'agissant des populations précaires, la métamorphose de sujets de soin en sujets de droit peut se révéler source de perte de chance pour certains patients²⁶. Il est ainsi nécessaire d'apporter de la nuance à la liberté en toutes circonstances, car l'égalité ne peut être garantie lorsque la faculté de socialisation est compromise. Il est ainsi nécessaire d'arbitrer le dilemme entre droit d'ingérence et devoir d'assistance (exemple de personnes sans-abris souffrant de troubles mentaux).

Par ailleurs, la réflexivité sur les pratiques contraignantes porte ses fruits lorsqu'elle s'ouvre à d'autres points de vue et d'autres expertises que la seule expertise soignante.

Ainsi, l'implication du patient dans son projet de soins peut être facilitée lorsque le soignant accepte d'observer la crise pour adapter la démarche d'éducation thérapeutique, afin de réévaluer avec le patient ses capacités et habiletés. Cette démarche co-construite avec le patient lui permet d'adapter son projet de soin, de négocier les limites du cadre institutionnel (Chazalet, 2017), d'élaborer des directives anticipées à prendre en

24 Weber. *Le Savant et le Politique*. 1917-1919.

25 *Ibid.*

26 Conférence de Charles Alezrah à la Chaire de Philosophie à l'hôpital, 30/07/2018.

compte lors de la prochaine crise et de se situer comme acteur de sa prise en charge (Hyvert, 2014). Certains auteurs proposent que les pairs aidant puissent encourager les soignants à agir avec créativité pour résoudre les situations de crise avec les patients, en utilisant des moyens alternatifs (Godrie, 2015).

Pour résoudre en partie les dilemmes qui se posent au soignant dans sa pratique clinique, on peut choisir d'introduire des dispositifs de moindre recours dans l'espace de soin. Ainsi, on renforce l'autonomie du sujet car on produit des alternatives à la contrainte. En les mettant à disposition de la personne et en l'informant, on introduit encore davantage d'autonomie. Ces dispositifs peuvent s'appuyer sur la notion de contenance qui vise à proposer une autre façon de contenir, non aliénante.

3. Proposer une méthode contenantante

a. L'approche psychanalytique : contenance et fonction contenantante

Au concept de contention issu d'un lexique médical, voire chirurgical, et qui évoque les processus permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus et de protéger un malade agité, s'ajoute également en psychiatrie le concept de contenance. D'approche psychanalytique, la contenance signifie la symbolisation, la délimitation entre l'intérieur et l'extérieur, entre le sujet et l'objet et évoque une modalité tantôt physique et tantôt psychique.

Cette approche trouve son origine dans la théorie freudienne qui énonce que « Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface »²⁷. Il ajoute en 1927 : « Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut donc être considéré comme une projection mentale de la surface du corps. »

Une triple fonction : réceptacle, pare-excitation et métabolisation

S'agissant de la violence, la capacité de contenance renvoie à une triple fonction de réceptacle afin d'accueillir cette violence, de pare-excitation pour la canaliser et de métabolisation pour lui donner du sens (Calamy, 2015).

La violence telle qu'elle peut s'exprimer dans le système de perception-conscience freudienne, « système situé à la périphérie de l'appareil psychique, recevant à la fois les informations du monde extérieur et celles provenant de l'intérieur, à savoir les sensations qui s'inscrivent dans la série déplaisir-plaisir et mes reviviscences mnésiques » (Laplanche & Pontalis, 1967) doit pouvoir trouver un réceptacle. Le soin et *a fortiori* le soignant peuvent être ce réceptacle, puisque soigner consiste à contenir et transformer ce que dépose le patient. Contenir, c'est garder en soi et accepter d'entendre et de recevoir ce qui peut se présenter comme insupportable. C'est également transformer l'expérience, en la pensant (Cicccone, 2012). Ce système de perception-conscience « dispose d'une énergie librement mobile, susceptible de surinvestir tel ou tel élément (mécanisme de l'attention) » (Laplanche & Pontalis, 1967). Ce lien entre la vie psychique et les perceptions physiques du sujet est évoqué par Freud dans sa définition de la conscience comme « la face subjective d'une partie des processus physiques se produisant dans le système neuronique, nommément les processus perceptifs »²⁸. « L'accès à la conscience est lié avant tout aux perceptions que nos organes

27 Freud. *Le moi et le ça*, 1923.

28 Freud. *Aus den Anfangen der Psychoanalyse*, 1887 – 1902, p.331, cité dans Laplanche & Pontalis, 1967.

sensoriels reçoivent du monde extérieur »²⁹. Ce système de perception-conscience est alors l'« organe sensoriel pour la perception des qualités psychiques »³⁰.

Dans ce contexte, le pare-excitation renvoie à une fonction et à l'appareil qui en est le support, dans le cadre d'un modèle psychophysiologique. La fonction consiste à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire. L'appareil est conçu comme une couche superficielle enveloppant l'organisme et filtrant passivement les excitations. Le terme *Reizschutz*, protection contre l'excitation, a été introduit par Freud en 1920³¹ (Laplanche & Pontalis, 1967). Au-delà de la couche protectrice du pare-excitation se trouve la couche réceptrice, le système de perception-conscience évoqué plus haut qui caractérise la fonction de l'attention³² (Mellier, 2005). Le fractionnement des excitations est supposé résulter d'un mode de fonctionnement temporel assurant une inexcitabilité périodique³³. Cette fonction de pare-excitation permet également la construction du moi en distinction entre moi et non-moi, entre dedans et dehors. Une forme de stabilité et de sécurité du psychisme est possible à travers cette distinction essentielle entre l'intérieur et l'extérieur.

La contenance renvoie enfin au processus dynamique de croissance psychique, la métabolisation (Mellier, 2005). Un excès d'excitation risque de bloquer la voie des représentations psychiques (voie normale de cheminement des excitations) au profit des voies comportementale et psychosomatique, ce qui peut favoriser l'apparition de troubles du comportement parfois dangereux. Si l'état psychique de l'individu ne lui permet pas de métaboliser l'excès d'excitation, il y a un risque de destruction de lui-même ou des autres par un mouvement d'autodéfense et de projection de son angoisse vers l'extérieur ou l'intérieur. C'est dans ce contexte que la contention est censée pallier la carence de pare-excitation (Palazzolo, 2002, p. 35).

Le rôle dans le développement et l'introjection

Le concept de contenance chez Melanie Klein (1946) renvoie à l'idée d'une identification projective, c'est-à-dire qu'une personne contient une partie de l'autre. Une théorie du développement de l'enfant, fondée sur le contact émotionnel du nourrisson, s'est ensuite construite à partir de l'intériorisation de la capacité de contenance.

Wilfred Bion a théorisé en 1962 la nécessité d'introjection de la relation contenant-contenu entre la mère et l'enfant (Bion, 2003). L'introjection est alors la capacité du sujet à faire passer, sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets³⁴. L'incorporation est le prototype corporel de l'introjection, avec une référence à la limite corporelle (Laplanche & Pontalis, 1967). Selon Wilfred Bion, le nourrisson projette dans le sein de sa mère une partie de sa psyché, ses peurs archaïques (éléments *bêta*) inassimilables *a priori* par le psychique. Ce contenu reçu par la mère, qui fait office de contenant, est modifié dans le sein maternel (fonction *alpha*) et est ensuite réintrojecté de façon tolérable pour la psyché du nourrisson. La mère dispose donc d'une « fonction à contenir » qui est portée par l'attention³⁵. C'est cette même fonction à contenir qui représente le travail à réaliser, la position clinique

29 Freud. *Abriss der Psychoanalyse*, 1938, p. 24, cité dans Laplanche & Pontalis, 1967

30 Freud. *Die Traumdeutung*, 1900, p. 500, cité dans Laplanche & Pontalis, 1967

31 Freud. *Au-delà du principe de plaisir*, 1920.

32 Le concept d'attention regroupe plusieurs composantes : l'attention diffuse qui est le maintien du niveau attentionnel de base (système d'éveil), l'attention soutenue qui est le maintien d'un niveau élevé d'attention et l'attention sélective qui est la sélection d'une information par le sujet.

33 Freud, *Notiz über den « Wunderblock »*, 1925, cité dans Laplanche & Pontalis, 1967

34 Ferenczi, *Introjection et transfert*, 1909.

35 Bion, *L'Attention et l'interprétation*, 1970.

qui est celle de l'établissement d'une relation contenant-contenu, d'un lien de connaissance (Mellier, 2005). L'attention du soignant devient « une discipline, une éthique même pour un travail de symbolisation, primaire » (Mellier, 2005).

La fonction contenante: holding et cadre phorique

La fonction contenante est le résultat du processus de contenance et l'état de la situation psychique du sujet. Elle est également au cœur du concept de *holding* maternel de Donald Winnicott, pour qui la façon dont l'enfant est porté par sa mère joue un rôle de protection contre les expériences angoissantes générées par l'environnement et permet à l'enfant d'avoir le « sentiment continu d'exister »³⁶. Ce *holding* émerge de l'élaboration imaginative de la mère, sa préoccupation primordiale (Winnicott, 1957). Il souligne l'importance de l'adaptation à l'environnement et des approches corporelles dans le développement du nourrisson. Le rôle de l'environnement dans les relations primitives est de maintenir la continuité d'être du sujet (Mellier, 2005) et de renforcer sa sécurité interne. Le *handling* est la manière dont l'enfant est traité, soigné par sa mère et qui dépend de sa préoccupation, son degré d'empathie envers l'enfant. La capacité de contenance transmise par le *holding* et le *handling* est supposée permettre à l'enfant d'intégrer les limites de son corps et de se percevoir en tant qu'unité (Calamy, 2015). On peut ajouter à cette théorisation les travaux sur le toucher (John Bowlby) et l'haptonomie ou science de l'affectivité (Frans Veldman) qui insistent sur l'importance de l'entrée en relation par le toucher, du contact affectif pour faciliter la communication et le soin, notamment périnatal et de la fin de vie.

Pour Didier Houzel, cette étape est fondamentale car seule la communication psychique et émotionnelle entre un enfant et un objet contenant est susceptible de freiner la précipitation du vécu de la séparation corporelle (enveloppes familiale et institutionnelle). Didier Houzel considère la fonction contenante comme « un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle » (1994). Dans certaines psychopathologies, notamment en pédopsychiatrie, le besoin d'être contenu et rassemblé a ainsi entraîné le développement d'approches corporelles.

En cas de désintégration psychique, l'institution et plus particulièrement les membres de l'équipe soignante constituent un *holding* (Winnicott) ou un cadre phorique (Delion). Il s'agit de « proposer un espace, physique et surtout psychique, dans lequel les signes de la souffrance psychique du patient qui n'ont pas de sens déchiffrable [...], vont pouvoir être accueillis et transformés par les soignants [...]. La fonction phorique est donc une sorte de philosophie du soin qui consiste à accueillir l'autre et à le porter tout le temps nécessaire, jusqu'à ce qu'il puisse se porter lui-même, physiquement et psychiquement. » (Delion, 2018). Cela renvoie à la fonction symbolisante (Roussillon, 1995) développée en lien avec une fonction méta-phorique.

L'importance de la posture et la constitution des enveloppes

André Bullinger évoque que dans le ventre maternel, la posture d'enroulement, la colonne vertébrale fléchie contre la paroi utérine, constitue la position de repos (2004). Dès qu'une stimulation sensorielle non intégrée est perçue, le dos se raidit en hyperextension et rencontre la paroi utérine. C'est ainsi qu'elle constitue dès les premiers instants une surface sur laquelle le bébé peut s'appuyer. La posture enroulée favorise l'intégration de la sphère orale mais constitue aussi une première contrainte spatiale.

Pour Geneviève Haag (Haag *et al.*, 1995), le noyau d'attache central va descendre progressivement

36 Winnicott, *Pédiatrie et Psychanalyse*, 1969.

dans l'axe vertical au cours du nourrissage. C'est ainsi que l'axe vertical se construit vers 5 mois par l'auto-appropriation des membres. Avec Donald Meltzer (1980), elle note un passage d'un espace bidimensionnel à un espace tridimensionnel par l'échange de regards entre l'enfant et son *caregiver* et souligne l'importance du contact-dos dans la constitution de cette première enveloppe.

C'est Esther Bick (1967) qui la première a évoqué le concept de peau ou enveloppe psychique³⁷. La « fonction » de l'enveloppe psychique est une fonction de contenance pour René Kaës (1976, 1979) et Didier Anzieu (1986, 1990) avec une dialectique contenant/conteneur, réceptacle/transformation, topos/chôra. Didier Anzieu a ensuite conceptualisé le Moi-peau qui remplit plusieurs fonctions essentielles. La peau enveloppe et délimite le corps (contenance), défend contre les excitations exogènes mais nécessite des stimulations (constance), le moi enveloppe et délimite le psychisme (Anzieu, 1993). Le Moi-peau exerce la contenance et remplit les fonctions de sac (simple conteneur), barrière (contenant biface) et limite (contenir).

Il précise que le Moi-peau est « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir des expériences de la surface du corps » (Anzieu, 1995, p. 61). Didier Anzieu s'inscrit dans un courant de réflexion (Spinoza) qui considère le vécu corporel sensori-moteur comme le fait psychique premier et la conscience comme contenant originaire des contenus de pensée (Anzieu, 1995, p. 20).

« La troisième fonction contenante du moi-peau est l'activité du contenir proprement dit. Penser, c'est instaurer des limites, c'est limiter, délimiter, c'est lutter contre l'illusion d'une vie et d'un savoir illimités. L'angoisse afférente est double : l'angoisse du claustrum (Meltzer³⁸), d'être cloîtré, d'être prisonnier des limites ; l'angoisse inverse de se perdre en l'absence des repères fournis par les limites, vertige pascalien devant l'infiniment grand et l'infiniment petit. A la contenance s'oppose ici la béance » (Anzieu, 1993, p. 29). Didier Anzieu envisage ainsi les enveloppes comme résultantes de ce qui a été contenu.

b. La fonction contenante en psychiatrie

Fonction contenante et psychopathologie

Selon les psychanalystes, c'est la fonction contenante qui est défaillante chez les patients en état limite ou psychotique, avec une vie émotionnelle perturbée, angoissante et douloureuse qui appelle un espace délimité pour la contenir³⁹. Dans les psychoses, les frontières du moi sont supposées être en changement perpétuel⁴⁰.

Pour Esther Bick⁴¹, l'absence d'introjection précoce d'une expérience contenante permet d'expliquer le développement d'une seconde peau musculaire dans certains cas d'autisme, une hypertonie comme une carapace qui permet de garder rassemblé le sujet en l'absence d'un développement du moi.

Le tonus est un état de tension permanente, active ou involontaire, des muscles. André Bullinger (2004,

37 Bick.(1967), « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces ». in : M. Harris Williams (Éds.), *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor-plage : Éd. du Hublot, 1998, pp. 135-139.

Ciccione, Albert, « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 17, n° 2, 2001, pp. 81-102.

38 Meltzer, *Le Processus Psychanalytique*, 1967.

39 Conférence de Charles Alezrah à la Chaire de Philosophie à l'hôpital, 30/07/2018. <https://chaire-philos.fr/charles-alezrah-quest-ce-que-contenir-en-psychiatrie/>

40 Federn (1952), *La Psychologie du moi et les psychoses*, Paris, Puf, 1979.

41 Bick. (1967), « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces ». in : M. Harris Williams (Éds.), *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor-plage : Éd. du Hublot, 1998, pp. 135-139.

2007) distingue ainsi trois systèmes de régulation tonique : les états de vigilance, le contrôle des flux sensoriels (gravitaires, tactiles, olfactifs, gustatifs, auditifs et visuels) et le milieu humain.

Ainsi les interactions de l'enfant avec son environnement donnent sens à ses états tonico-émotionnels et constituent la face externe de l'enveloppe corporelle. « La "consistance" créée par la variation tonique trouve alors ses frontières et peut "tenir" en dehors de la variation tonique elle-même » (Bullinger, 2004, p. 36). Le traitement multimodal des flux sensoriels permet d'unifier la perception et assure une fonction de constitution d'un Soi qui perçoit chaque partie du corps comme moyen d'action. Les flux sensoriels sont à la base du dialogue tonico-émotionnel. Julian de Ajuriaguerra décrit en 1977 le concept de « dialogue tonique » en s'appuyant sur la notion de « relation tonico-affective » déjà proposée par Henri Wallon en 1930.

La seconde peau musculaire est alors considérée comme « une sorte « d'auto-contention » interne où se mêlent vraisemblablement « adhésivité » et « projection sans relâche ». Contre la « non-intégration qui engendre des angoisses catastrophiques, le moi se défend par une « pseudo-indépendance » vis-à-vis de l'objet » (Mellier, 2005). La multitude d'excitations internes et externes pousse certains enfants autistes à maintenir un environnement constant et sécurisant et à adopter des comportements stéréotypés (Muths, 2011).

La fonction contenante du cadre institutionnel

Bleger évoque la « fonction du cadre » qui a pu être attribuée à l'institution et dans une moindre mesure à la contention. Le cadre institutionnel répond alors au processus de défense du sujet qui cherche à « se contenir à tout prix ». Ce qui ne peut être contenu peut être immobilisé ou déposé dans le « cadre » (Mellier, 2005). La fonction conteneur du cadre est pour René Kaës (1979) l'application de la notion d'enveloppe psychique à l'équipe interprétante de psychanalystes. Didier Houzel poursuit cette idée en construisant la notion d'« enveloppe institutionnelle »⁴² permettant décharge (business du fury room), dévoilement (verbalisation) et contenance. Il évoquait déjà la fonction enveloppe de la famille et de l'appareil psychique familial.

Dans ce contexte, la contention sous ses différentes formes peut être utilisée avec une visée thérapeutique pour des motifs de contenance et permet de canaliser le trop plein d'impulsivité, d'angoisse, de panique. Le cadre spatio-temporel stable et les modalités de soins spécifiques ont un caractère contenant pour le patient qu'il ne parvient plus à trouver dans le cadre général (Vignat, 2014). C'est notamment le cas dans le contexte institutionnel pour les personnes âgées. Les unités protégées ont un objectif thérapeutique, celui de l'espace contenant sécurisant qui favorise la réduction des angoisses « comme si la contenance de l'espace favorisait l'écoute du personnel soignant et de fait une contenance psychique » (Conti, 2019).

La contention physique active est estimée opérante et thérapeutique (Colucci, 2011) lorsqu'elle est réalisée sans violence et suivant une indication justifiée (Desveaux, 2018). Elle est jugée rassurante car elle soutient les éprouvés internes (*holding*), rassemble et contient l'individu avec des vécus de morcellement, permettant un sentiment de cohésion interne. Elle fait physiquement ressentir une limite corporelle, protège de soi et du monde extérieur et permet de sentir son corps. Il est parfois question d'une décharge pulsionnelle motrice et émotionnelle permise par la contention physique active, qui enveloppe les débordements pulsionnels internes et permet d'épuiser la violence ou l'agitation (*basket hold*).

La *Festhalten*, thérapie par le maintien en Allemagne, consiste pour les parents à maintenir une étreinte de leur enfant ayant un diagnostic d'autisme afin de favoriser la communication (Gillis, 2016).

Entre contention et contenance, un rôle controversé

Néanmoins, le rôle contenant de la contention physique reste controversé. Certains auteurs indiquent que la contenance psychique exercée par les soignants lors de la contention est plus thérapeutique et apaisante que la maîtrise mécanique induite par les sangles de contention (Mellier, 2005 ; Bion, 2003 ; Anzieu, 1993). Dominique Friard (2004) démontre la contradiction entre contention et contenance, estimant que la fonction contenante ne peut être exercée que lorsqu'un soignant est disponible pour accueillir les angoisses du patient. Raphaël Carré s'inscrit également dans cette opposition forte d'une fonction contenante attribuée aux sangles de contention ou à l'espace de la chambre d'isolement (Carré *et al.*, 2019).

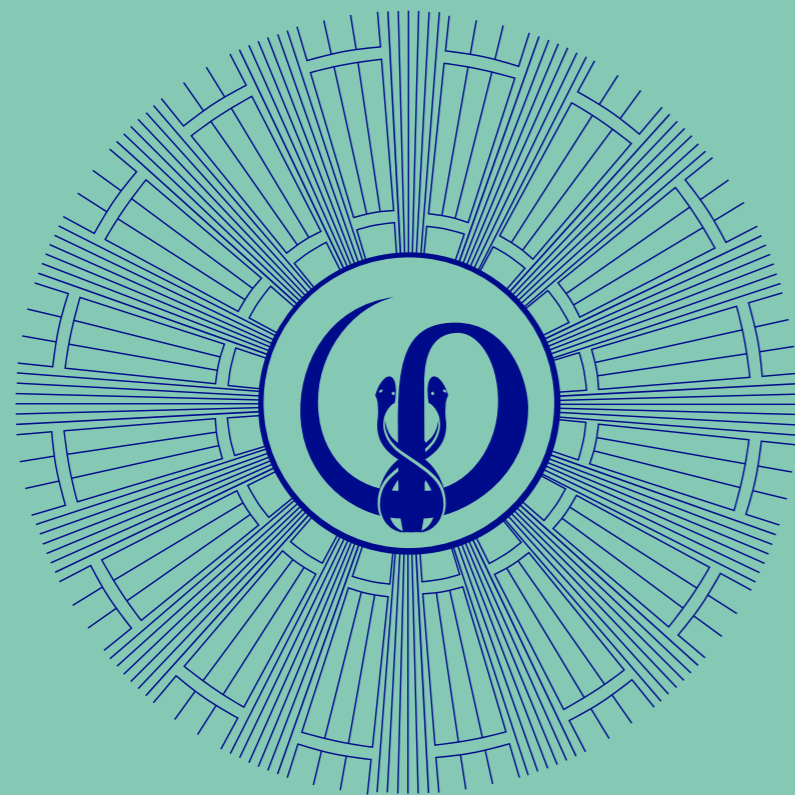
L'objet de ce travail est donc de dépasser le cadre d'une contention involontaire et de proposer une contenance médiée par un objet prototypé dont le sujet pourrait se servir de manière totalement volontaire. Cette démarche mobilise nécessairement les concepts psychanalytiques de *holding* (Winnicott), d'introjection (Bion) et de seconde peau musculaire (Bick) pour développer un objet permettant le support, l'immersion ou encore l'auto-contention.

Cette démarche fait l'hypothèse qu'avec un dispositif de moindre recours permettant d'apaiser le sujet, la contention involontaire soit moins souvent nécessaire.

Conclusion de la première partie

Entre les notions de contention et de contenance, il semble nécessaire de penser une pratique controversée pour faire émerger la nécessité de faire vivre le principe de bienfaisance dans le soin et de redonner de l'autonomie au sujet contenu qui se trouve souvent pris dans une relation de contrainte. Une méthode permettant de dépasser la contention involontaire par une forme de « contention volontaire » est ainsi proposée, mobilisant les notions de contenance et d'introjection.

42 Houzel (1992), « Enveloppe institutionnelle et temporalité », in Bléandou G. *et al.*, Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques, Lyon, PUL, pp. 77-85.



II. LA CONTENTION, UNE RÉALITÉ DANS LE SOIN

Cette seconde partie traite de la contention involontaire telle qu'elle est pratiquée dans les contextes de soin, de l'évolution de ses formes d'encadrement et des approches permettant d'en limiter l'usage. La revue de la littérature permet de mettre en regard la situation française avec celles d'autres pays et le point de vue de chacun des acteurs de la contention – sujet contenu, soignant contenant et acteur tiers – est abordé. Enfin, le respect des droits fondamentaux du sujet contenu est présenté comme moteur actuel de l'évolution des pratiques contraignantes en psychiatrie notamment.

1. Une expérience difficile décrite dans la littérature

a. Une épidémiologie des soins sans consentement : perspective internationale

Les études sur l'usage de la contention en psychiatrie sont assez rares et souvent focalisées sur l'identification des facteurs déclenchants de la mise en place de la mesure et sur les caractéristiques du sujet contenu physiquement (Palazzolo, 2002, p. 30). Les instruments de mesure utilisés et modalités de déclaration hétérogènes ne permettent qu'une comparaison très partielle des usages. Par ailleurs, nombreux sont les services de soins dans lesquels la contention est utilisée sans être suffisamment tracée pour évaluer sa prévalence (en gériatrie, en neurologie ou en réanimation par exemple).

La prévalence

Dans le contexte psychiatrique, la contention est utilisée de manière très différenciée dans le monde (type de contention, durée) et la diversité de recueil des données rend difficiles les comparaisons entre pays (Bak & Aggernæs, 2012). Son incidence varie beaucoup selon les pays, le type d'étude et la méthodologie choisie pour estimer cette incidence (Clenet & Carre, 2018). Ainsi, elle est de 1.2 à 8% des personnes hospitalisées en psychiatrie selon les pays dans une revue de la littérature entre 2000 et 2008, qui met en évidence des différences législatives et culturelles (Steinert *et al.*, 2010). Une revue systématique des études publiées entre 1990 et 2010 dans les services de psychiatrie fait état d'une prévalence de 3.8 à 20% des personnes hospitalisées (Beghi *et al.*, 2013). En Europe, le taux d'utilisation de la contention mécanique sur des patients hospitalisés en psychiatrie entre 1999 et 2010 varie de 7 à 70 pour 100 000 habitants (Bak & Aggernæs, 2012; Clenet & Carre, 2018). Une grande variation dans le recours à l'isolement et aux contentions a été observée selon les centres hospitaliers entre 1.9 et 66% des patients hospitalisés en psychiatrie, avec une moyenne de 15% (Palazzolo, 2002, p. 18).

Plusieurs conceptions de la contention conduisent à des situations disparates. Ainsi en fonction des contextes de soin, certaines pratiques restrictives paraissent plus acceptables que d'autres. La contention mécanique est utilisée aux Etats-Unis, au Canada, en Australie et en Europe (Borckardt *et al.*, 2011; Guzman-Parra *et al.*, 2016; Putkonen *et al.*, 2013). Ainsi aux Pays-Bas, le recours à la contention physique s'étend sur des durées très longues (moyenne de 10 jours) à l'inverse de ce qui se passe au Royaume-Uni (moyenne de 20 minutes). Au Royaume-Uni, la contention mécanique est même interdite et l'utilisation de traitements médicamenteux sédatifs est préférée. En Islande, la contention physique et l'isolement sont proscrits. En Allemagne, les patients présentant des atteintes neurologiques dans les hôpitaux psychiatriques sont comptés, ce qui explique un fort taux de contention (Steinert *et al.*, 2010).

En France, le recueil des données de l'activité psychiatrique des établissements de santé (RIM-Psy) estime la prévalence de l'isolement en 2015 à 27 000 patients (6% des hospitalisations temps plein) avec une durée moyenne de 15 jours (Mauras *et al.*, 2019). Probablement sous-estimé, l'isolement est en augmentation constante depuis que ce recueil de données existe (+ 13% entre 2013 et 2015). Une étude conduite dans 11 établissements de santé en psychiatrie générale, essentiellement de l'ancienne région Midi-Pyrénées a montré qu'un taux de 2,5% des patients adultes admis dans ces services ont subi une contention mécanique, avec une incidence plus élevée dans le service des urgences psychiatriques (Clenet & Carre, 2018). Auparavant, une étude menée rétrospectivement sur un service d'urgence psychiatrique en 1999 avait évalué l'incidence de la contention mécanique à 1.4% des patients (Guedj *et al.*, 2004). Sur la mise en chambre d'isolement, plusieurs études estiment cette prévalence à 5% (Baratta, 2009; Palazzolo *et al.*, 1999). La première étude trouve une durée de mise en chambre d'isolement moyenne de 15 jours, l'usage de contention pour 14% des patients en isolement.

Concernant la personne âgée, l'ANAES estimait en 2000 la prévalence de la contention physique dite passive entre 19 et 85% dans les services de soins de longue durée et entre 18 et 22% dans les services hospitaliers de courts séjours. En 2013, la fondation Méderic Alzheimer⁴³ a montré que la majorité des EHPAD et des USLD (unités de soins de longue durée) utilisent la contention, mais seulement 2% de manière fréquente et systématique (5% dans les USLD).

Les facteurs de risque du sujet contenu

Les facteurs de risque pour faire l'objet d'une mesure de contention ou d'isolement identifiés dans la littérature (Palazzolo, 2002, p. 51) sont :

- d'ordre individuel : le jeune âge (20-35 ans en moyenne), le genre masculin (Beghi *et al.*, 2013; Taylor *et al.*, 2012) ou encore un bas seuil de tolérance de la frustration ;
- relatifs à la pathologie psychiatrique⁴⁴ ou au comportement (Beghi *et al.*, 2013) : la présence d'antécédents psychiatriques ou de comportement violent (Duxbury, 2002; Fish & Culshaw, 2005; Foster *et al.*, 2007; Knutzen *et al.*, 2014; Perkins *et al.*, 2012; Taylor *et al.*, 2012), la rechute par arrêt de traitement, la présence de troubles du comportement, de troubles bipolaires (Goulet *et al.*, 2013), de troubles psychotiques, de troubles de la personnalité⁴⁵, de pathologie toxicologique (Migon *et al.*, 2008), la schizophrénie sur personnalité psychopathe, la déficience intellectuelle, les troubles mentaux, les troubles organiques (Lay *et al.*, 2011), les démences, les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles de l'adaptation. La sévérité des troubles est un

43 Battista E., « Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer », La lettre de l'Observatoire, n°27, juillet 2013.

44 Sans qu'une association ne soit démontrée avec une affection particulière.

45 82% des mesures de contention dans une étude danoise (Kodal *et al.*, 2018).

facteur de risque supplémentaire (Kalisova *et al.*, 2014; Lay *et al.*, 2011; Simpson *et al.*, 2014) ;

• d'ordre contextuel et environnemental : les premiers jours d'hospitalisation, une hospitalisation de longue durée (Guzman-Parra *et al.*, 2016; Taylor *et al.*, 2012), une hospitalisation involontaire (Beghi *et al.*, 2013), le type d'unité psychiatrique (De Benedictis, 2010; Palazzolo, 2015), le manque d'espace et le mobilier insécurisant (Lees *et al.*, 2003), la présence d'un soignant masculin (Beghi *et al.*, 2013), la fin de journée (Kodal *et al.*, 2018; Simpson *et al.*, 2014) ou le fait d'arriver dans le service le matin (Beghi *et al.*, 2013; Migon *et al.*, 2008), des politiques floues, un surpeuplement, une mauvaise organisation du service, une équipe de soins peu familière, peu formée ou insuffisante, un faible partage d'informations entre les équipes (Duxbury & Whittington, 2005; Huckshorn, 2004; Riahi *et al.*, 2016).

La valeur prédictive de certains facteurs de risque de mise sous contention est évoquée par certains auteurs comme une opportunité de définir des profils de patients plus à risque, nécessitant davantage d'attention et de soin lors de leur hospitalisation (Georgieva *et al.*, 2012).

Dans le contexte pédopsychiatrique américain, des facteurs de risque tels que la morbidité psychiatrique, une expérience d'abus, un trouble de stress post-traumatique, un trouble anxieux et le jeune âge sont associés aux mesures de contention et d'isolement (Timbo *et al.*, 2016).

Les raisons de l'usage de la contention

La philosophie de l'unité de soins est particulièrement importante concernant le recours à la contention parmi d'autres choix thérapeutiques (Palazzolo, 2015). Les incidents de violence ou d'agression physique ou verbale, dirigés vers le personnel comme vers le patient lui-même ou les autres patients, sont fréquemment cités comme raisons de l'emploi de méthodes de contention (Beghi *et al.*, 2013; Duxbury, 2002; Fish & Culshaw, 2005; Foster *et al.*, 2007; Perkins *et al.*, 2012). Cependant la perception des membres de l'équipe de soins sur l'usage de la contention et celle des patients peuvent être différentes :

- entre punition et dernier recours (Fish & Culshaw, 2005; Perkins *et al.*, 2012)⁴⁶ ;
- comme moyen de contrôle des comportements (Foster *et al.*, 2007; Jones & Kroese, 2007; Lee *et al.*, 2003; Perkins *et al.*, 2012) ;
- par défaut de communication (Bonner *et al.*, 2002; Duxbury, 2002; Jones & Kroese, 2007) ;
- pour garantir une stabilité au sein du service (Janssen *et al.*, 2008; Larue *et al.*, 2010; Palazzolo, 2015).

Parmi les membres de l'équipe de soins (Bonne *et al.*, 2002; de Benedictis, 2010), sont identifiés comme prédicteurs indépendants de l'utilisation de procédures d'isolement et de contentions :

- l'expression de la colère et de l'agressivité ;
- la perception de la fréquence de gestes auto-agressifs ;
- la perception de mesures de sécurité insuffisantes dans le milieu de travail.

Concernant la dotation en personnel, les études ne trouvent pas d'association significative avec le recours à la contention (Deichmann Nielsen *et al.*, 2017; Kalisova *et al.*, 2014; Kodal *et al.*, 2018).

Une agitation sévère peut justifier l'usage de la contention en service gériatrique ou pédiatrique, selon une approche clinique similaire aux services adultes, mais comporte des problèmes éthiques liés au recueil du consentement éclairé (âge ou démence). La place des parents dans la prise de décision relative à la contention est encore très floue pour les professionnels. S'agissant de la contention des enfants, la protection contre le danger et le risque est systématiquement mise en avant par les soignants (Oudjani *et al.*, 2015).

46 Malgré l'identification de la pratique comme dernier recours, la contention est rapportée comme étant la première méthode employée par la majorité des équipes soignantes avant même que des alternatives soient essayées.

L'association des contentions mécanique et pharmacologique

Les variables associées au recours à la contention mécanique avec la contention pharmacologique sont l'hétéroagressivité et une durée plus longue de la contention. A l'inverse, le recours à la contention mécanique seule est associé à l'admission volontaire et au diagnostic de troubles de la personnalité (Clenet & Carre, 2018). Il est parfois observé qu'une baisse du recours à la contention mécanique augmente le recours à la contention chimique (Flammer & Steinert, 2015).

Dans le contexte gériatrique, les facteurs de risques associés à la contention chimique sont le grand âge, un déficit cognitif, une perte d'autonomie fonctionnelle, une instabilité à la marche, une agitation, un comportement perturbateur, d'errance ou de fugue et un manque de collaboration aux soins (SFGG, 2007).

b. L'expérience vécue du sujet vulnérable

Depuis une vingtaine d'années, des études qualitatives s'intéressent au vécu du patient pendant et après l'épisode de contention (Palazzolo, 2002; Strout, 2010). De manière générale, les patients déplorent le manque d'attention à leur égard et se sentent considérés comme incapables de donner leur opinion, leur témoignage étant perçu comme irrecevable (Palazzolo, 2002, p. 49). Une revue de littérature qualitative sur l'impact physique et psychologique de la contention en service de psychiatrie a identifié les conséquences souvent évoquées (Cusack *et al.*, 2018) :

- un traumatisme voire une retraumatisation (Bonner *et al.*, 2002; Sweeney *et al.*, 2016; Chieze *et al.*, 2019) des patients avec une anxiété relative à de futurs traitements (Perron *et al.*, 2017), un sentiment d'abandon par les soignants, des conditions déshumanisantes (perte de dignité) ;
- de la détresse et de la peur de la part des patients et des soignants ;
- une prise de contrôle et de pouvoir par les soignants, lorsque la contention est utilisée en premier recours notamment avec des conséquences physiques et un sentiment de perte de contrôle chez les patients (Duxbury *et al.*, 2011; Mohr *et al.*, 2003; Soininen *et al.*, 2016) ;
- ou encore un calme.

Ces conséquences ne sont pas différentes dans d'autres environnements tels que les structures médico-éducatives (Fish & Culshaw, 2005; Jones & Kroese, 2007).

Des ressentis négatifs

S'agissant des sujets contenus, les ressentis évoqués sont le plus souvent négatifs et mentionnent de la colère, du désespoir, de l'impuissance, du chagrin, de la crainte, de l'incompréhension, une punition, de la solitude ou encore une profonde humiliation (Hazan & Hatry, 2018, p. 71; Kontio *et al.*, 2012; Larue *et al.*, 2013; Mayers *et al.*, 2010; Palazzolo, 2004; 2002). Une étude qualitative récente sur le vécu des patients et la perception de soi-même, de la relation soignant-soigné, des soins de contention et du temps (Carré & Moncany, 2017) lors de la mesure de contention a montré la prédominance de deux thématiques.

En premier lieu, la thématique d'impuissance due à la perte de capacité entraînée par la contention (se gratter, se tourner, se couvrir, se moucher, alerter les soignants) et face à l'équipe soignante (décision, libre-arbitre), ajoutés à une perte d'autonomie (besoins naturels, distension temporelle et perte de repère) conduit à un rapport de dépendance et à un sentiment d'atteinte à la liberté, à l'intégrité et à la dignité (Palazzolo, 2002, p. 50).

En second lieu, la thématique d'aggravation des symptômes de la maladie comprend une augmentation d'idées délirantes, une aggravation de l'état d'agitation, une réactualisation d'expérience traumatique ancienne (Palazzolo, 2004), de déshumanisation, de vulnérabilité, de la douleur et de violence. Le traitement

médicamenteux peut également être synonyme de vécu négatif (fatigue, perte de force).

Les sentiments exprimés par les patients varient selon la durée, la qualité d'accompagnement par les soignants, les conditions matérielles, les circonstances du placement en isolement ou sous contention (Hazan & Hatry, 2018).

Les autres patients peuvent également être impactés par la mesure, chercher de la sécurité auprès du personnel soignant (augmentation des demandes) ou au contraire l'éviter par peur ou le confronter (Palazzolo, 2002).

Une dégradation de la relation thérapeutique

La contention s'inscrit parfois dans une situation de rapport de force ambivalent avec les soignants (refus d'un soin, d'un traitement, d'intégrer un service) et d'enjeux de pouvoir. Foucault définit le pouvoir comme « des actions employées dans le but de guider ou contrôler la conduite de quelqu'un et d'ordonner le résultat » (1975). Dans le contexte de soin, la lutte de pouvoir débute par une violation des règles de service et s'achève par une démonstration de force (Guivarch, 2016). Les normes du milieu sont alors internalisées par les intervenants et les patients (Goulet, 2019). Dans ce cas, un manque d'information et de recherche de consentement peut conduire à vivre la contention comme une punition et une violation de l'autonomie.

Pendant la contention, l'alliance thérapeutique est mise en péril (Kontio *et al.*, 2012; Larue *et al.*, 2013) et la relation de confiance durablement atteinte (Goulet, 2019). Dans ce contexte, les patients expriment parfois le besoin d'aide pour gérer les émotions négatives induites par la contention (Ryan & Happell, 2009).

Des ressentis positifs

Les ressentis sont parfois positifs et renvoient à un sentiment de sécurité et de protection, un apaisement, une réassurance. Dans certains contextes, la mesure de contention permet de se voir poser des limites, d'être accessible aux propos des soignants et de recourir à la verbalisation⁴⁷. Les patients sujets à la schizophrénie avec des angoisses de morcellement, des injonctions hallucinatoires agressives ou avec une personnalité borderline demandent parfois la contention pour se protéger de leur auto-agressivité ou pour répondre au besoin d'une contenance externe afin de soulager des angoisses (Anzieu, 1993; Azoulay & Raymond, 2017; Bion, 2003; Mellier, 2005). La contention est alors perçue comme légitime, d'autant plus si une présence soignante continue est en mesure de rassurer et d'entourer le patient (Palazzolo, 2004). Lorsque les ressentis des patients sont positifs, ils sont associés à une probabilité de blessure physique plus faible, un sentiment de sécurité et à la perception d'être aidé (Carré & Moncany, 2017).

Il n'existe cependant pas d'étude montrant un lien causal entre la mesure d'isolement/contention et l'apaisement.

De manière générale, l'expérience vécue du sujet pendant une contention involontaire est plutôt désagréable et peut être délétère pour la relation thérapeutique.

47 « Pour plus de 60 % des patients, l'attachement marque (...) le moment à partir duquel ils se sont sentis en sécurité. Pour certains, l'attachement marque la fin du cauchemar dans le sens où quelle que soit la quantité de violence auto ou hétéro-agressive qui les habite, par l'attachement, plus rien ne peut être détruit. » Bouville V. Becker V. Les fixations : une alternative à l'isolement ? Rapport sur la journée d'études du 8 février 1996 consacrée à l'isolement thérapeutique en psychiatrie, pp 57-6.

c. Un impact en termes de morbi-mortalité et de traumatisme pour le sujet

Deux revues de littérature internationale sur la morbi-mortalité depuis 2018 (Kersting *et al.*, 2019) et entre 2002 et 2012 (Rakhmatullina *et al.*, 2013) rappellent la gravité des conséquences des mesures de limitation de la liberté et identifient des traumatismes physiques, psychiques et des complications pouvant aller jusqu'au décès (arrêt cardiaque par asphyxie mais également par strangulation, embolie pulmonaire, intoxication, *delirium tremens*). Les études existantes sont néanmoins de qualité variable et souffrent d'un manque de données d'incidence pour évaluer de façon robuste la morbi-mortalité associée à la contention. Un recueil des événements indésirables graves pourrait utilement informer l'Observatoire de l'isolement et de la contention en cours d'installation.

Les patients les plus à risque de décès sur le plan somatique ou psychique sont ainsi selon la HAS (2017) les plus agités, intoxiqués par l'alcool ou des substances psychostimulantes, avec des antécédents cardiaques ou respiratoires, une obésité morbide, des troubles neurologiques et/ou métaboliques, les patients âgés, les femmes enceintes ou en post-partum ou encore les victimes de sévices dans le passé.

La mise en évidence de ces effets néfastes de la contention renforce la nécessité de surveillance continue pour des raisons de sécurité, l'importance d'évaluer la balance bénéfico-risque en amont de la décision de contention et l'objectif de limitation de la durée de la mesure.

Les conditions matérielles de la contention (matériel inadapté, personnel non formé) entraînent également des risques pour la santé psychique et somatique du patient (Sales Caires, 2017).

Les conséquences psychiques

La limitation de la liberté et plus particulièrement la liberté d'aller et venir et celle de ses propres mouvements a des effets psychosociaux importants. Le vécu est le plus souvent négatif et peut conduire à de la confusion, des hallucinations (patients en état limite dont la stimulation est réduite, vécus de morcellement), de l'agressivité et de l'anxiété, aux antipodes de l'effet thérapeutique hypothétique de la contention physique. Certaines situations de contention ont ainsi pu entraîner des passages à l'acte suicidaires et une augmentation des comportements d'automutilation (Kersting *et al.*, 2019).

L'expérience de la contention chez l'enfant est également douloureuse et stressante pour leurs parents avec l'émergence d'un sentiment de culpabilité (Oudjani *et al.*, 2015).

Par ailleurs, l'exposition à une menace à l'intégrité physique ou mentale génère une réaction de stress pour faire face à cette agression. Il s'agit d'une réaction de défense neurobiologique, physiologique et psychologique. Lorsque le stress est trop intense, prolongé ou répété, il peut se muer en stress dépassé vers des comportements agités, de fuite panique et d'action automatique. Le traumatisme psychique est décrit par Pierre Janet en 1889 comme un corps étranger issu du souvenir d'un événement violent, non conscient. Freud décrit ensuite l'aspect dynamique du trauma et son absence de signifiant. La pathologie psycho-traumatique, différenciée entre Etat de Stress Aigu et Etat de Stress Post-Traumatique dans le DSM V (2013), se caractérise par des reviviscences, de l'évitement, des émoussements, de l'hyperréactivité et des émotions négatives persistantes de l'humeur. Ainsi il a été mis en évidence le caractère traumatique de l'épisode d'isolement et de contention et sa capacité à faire émerger des expériences traumatiques anciennes (Larue *et al.*, 2013).

Les conséquences physiques

À ces effets psychiques et psychosociaux s'ajoutent des risques physiques et physiologiques (Paterson *et al.*, 2003) d'ordre cardiaque, vasculaire, gastro-intestinal, urinaire, cutané et ORL (Tezenas du Montcel *et al.*, 2018).

L'immobilisation prolongée en position allongée conduit à la survenue de maladies thromboemboliques, avec une incidence 80 fois supérieure à la population générale dans les trois premiers mois de l'hospitalisation en psychiatrie (Delluc *et al.*, 2012). Ce risque somatique doit faire l'objet d'une prévention particulière, par la prescription d'un traitement anticoagulant notamment (HAS, 2017). Un protocole de prévention et un arbre décisionnel ont été élaborés en ce sens (Tezenas du Montcel *et al.*, 2018). Les facteurs de risques sont les antécédents d'évènements thromboemboliques veineux, la thrombophilie familiale majeure, le cancer, la chimiothérapie, l'insuffisance cardiaque ou respiratoire, l'hormonothérapie, la contraception orale, les accidents vasculaires cérébraux avec déficit neurologique, le post-partum, l'âge, l'obésité, l'alitement prolongé et l'insuffisance rénale sévère. Les antipsychotiques de seconde génération et antidépresseurs sévères sont des facteurs de risque thromboembolique. Ainsi une étude a mis en évidence le risque d'ulcères, de pneumonies et de thromboses veineuses de la jambe (Funayama & Takata, 2020).

La perte d'autonomie peut être une conséquence de la contention avec une perte de la marche (ankylose articulaire, déconditionnement musculaire, perte de masse osseuse), un syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, fausses routes, perte d'appétit), une incontinence sphinctérienne vésicale et anale, une constipation, une déshydratation (effets indésirables connus de certains antipsychotiques), un risque infectieux (pulmonaire, urinaire) ou un risque traumatique, neurologique (compression nerveuse) ou encore cardiovasculaire. Les risques de chute, d'infection nosocomiale, d'escarres, d'inconfort, de douleur et d'épuisement sont également non négligeables.

Les conséquences du sevrage tabagique doivent être anticipées.

Le dispositif de contention peut également entraîner des dommages corporels au moment de la pose des contentions ou en cas de lutte du patient tels que des écorchures cutanées, des ecchymoses, une compression des tissus mous, un traumatisme thoracique, des lésions nerveuses, des fractures et des blessures ophtalmologiques (Fernández *et al.*, 2019; Rakhmatullina *et al.*, 2013). Une étude sur l'impact neurovasculaire de l'usage des contentions en soins intensifs a montré que la durée de la contention est majeure dans la survenue de complications (différenciées selon le type de matériel utilisé, la position du membre, la capacité de mouvement ou encore l'âge). La surveillance des points d'attache et de l'état circulatoire du patient contenu est particulièrement importante (Ertuğrul & Özden, 2020).

Le sujet contenu est vulnérable par rapport aux tiers et en cas d'incendie, c'est pourquoi il est nécessaire de prévenir le service de sécurité de l'établissement de toute mise sous contention.

La contention chimique présente des risques spécifiques de somnolence, de troubles de la marche avec risque de chute, d'AVC, de décès avec les neuroleptiques et de déshydratation. Une prévention thromboembolique est à privilégier car certaines maladies et certains médicaments sont prédisposants. L'abus de contention chimique est estimé par certains auteurs comme la dérive la plus fréquente dans le monde pédiatrique et pédopsychiatrique, notamment en cas d'abstention de contention physique (Kino & Kpadonou-Fioffi, 2008).

Dans ce contexte de risques somatiques, la CGLPL recommande que tout patient soit examiné par un médecin généraliste ou un urgentiste lors du placement en isolement ou sous contention (2020).

La revue de littérature permet de mettre en évidence une expérience de la contention involontaire particulièrement éprouvante pour le sujet contenu et pas toujours synonyme d'amélioration de sa situation clinique. Par ailleurs, le soignant est rarement indemne dans la situation de contention.

2. Quand la violence s'installe, une relation ambiguë soignant-soigné

a. Le sens de la contention pour le soignant

Des risques individuels et collectifs

À l'instar des patients, l'usage de la contention en psychiatrie expose les soignants à des dommages corporels, au stress, à une perte de confiance, à des arrêts maladie et plus généralement à une souffrance au travail (Bonner *et al.*, 2002; Fernández *et al.*, 2019; Larue *et al.*, 2010; LeBel, 2011). Des troubles musculo-squelettiques peuvent ainsi impacter le personnel soignant et aller jusqu'à une invalidité permanente causée par des blessures lors de la mise sous contention (Rakhmatullina *et al.*, 2013).

D'après le DSM V (2013), un traumatisme peut se développer suite à une exposition vicariante chronique indirecte à une situation de menace, dans un cadre professionnel. Ainsi la contention et l'isolement concernent les patients et les soignants, qui doivent pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique (Abdelghaffar *et al.*, 2018). Il s'agit de l'acte le plus complexe, celui qui implique le plus le personnel soignant et pourtant le moins partageable et communicable (Friard, 2004).

Ces risques individuels représentent également un coût important pour l'organisation puisqu'ils induisent un turnover de soignants plus important, des burn-out et engendrent parfois des procès (Huckshorn *et al.*, 2014; Lebel & Goldstein, 2005; Sanders, 2009).

Un vécu soignant ambivalent

La perception du soignant face au patient contenu est variable et oppose les thématiques d'humanité, d'obligation morale et de paternalisme, à celles de soumission-domination, d'irrespect, d'humiliation et d'injustice voire de disqualification professionnelle, notamment par manque de justification de la pratique (Carré & Moncany, 2017; Guibet-Lafaye, 2014). Le vécu est essentiellement négatif, mentionne l'exclusion, l'impuissance, la frustration, la culpabilité, la tristesse, la colère, la peur, le sentiment de solitude, d'échec et d'abandon du patient face à des situations qui les dépassent (Carré & Moncany, 2017; Guivarch, 2016; Oudjani *et al.*, 2015), avec cependant un mélange de consensus et de résignation de faire ce qui est perçu comme un « mal nécessaire ». Ainsi lorsque la contention d'un patient permet de diminuer le niveau d'agression dans l'unité, les soignants sont plus enclins à l'utiliser (Smith *et al.*, 1996).

Pour l'interne en médecine, la contention entraîne sidération, révolte, conflit intérieur puis habitude alors que pour le soignant, elle signifie une capacité à « faire groupe » (Pelon & Sibeoni, 2017). Les effets recherchés sont de protéger, gérer, contenir la violence et faire quelque chose. La légitimation de la pratique est d'ordre normatif (non-assistance à personne en danger, continuité dans la prise en charge), téléologique (rationalisation de l'organisation du dispositif de soin, obligation morale), fondée sur le paradigme médical (soulagement de la souffrance du patient), sur l'argument de la nécessité ou la requalification de la notion de soin (Guibet-Lafaye, 2014).

Il arrive cependant que certains soignants relatent un risque d'habitude, voire un vécu d'omnipotence avec parfois une jouissance sadique (Guivarch, 2016).

Certains professionnels vivent la contention comme un acte sécuritaire et non soignant puisqu'il en résulte une confrontation des principes d'autonomie et de bienfaisance avec le principe de non-malfaisance priorisé dans la crise (Guivarch, 2016).

D'autres éprouvent un sentiment d'insécurité au quotidien lié à la dangerosité potentielle des patients. Les vécus des patients peuvent se refléter en miroir chez les soignants, provoquant un risque d'identification projective et de fermeture relationnelle (Chazalet & Perrin-Niquet, 2014).

Dans le contexte hospitalier pédiatrique, la contention est justifiée par la protection contre le danger et le risque, presque autant que par ce qu'elle permet ou fait partie du soin (Oudjani *et al.*, 2015). Les professionnels mentionnent également de la peur et de l'inquiétude. Pour deux tiers des professionnels interrogés, l'utilisation de la contention est perçue comme systématique car protocolisée. Pour la prise de décision, les participants citent majoritairement le médecin, certains les soignants, peu évoquent les parents et enfants. Le vécu soignant est ambivalent entre apaisement-réassurance et difficulté-culpabilisation de la contention de l'enfant (Oudjani *et al.*, 2015). Les vécus parentaux et des enfants sont majoritairement négatifs.

Des représentations hétérogènes

Les représentations associées aux différentes formes de contention sont hétérogènes, les contentions physique et mécanique étant de loin les plus investies de sens.

Ainsi une récente étude qualitative brésilienne sur les perceptions des soignants montre que la contention physique est considérée comme déplaisante, risquée (blessures) et associée à des dilemmes et des conflits (Vedana *et al.*, 2018). Par ailleurs, la contention mécanique et l'isolement sont des pratiques taboues, peu présentes dans les formations. Une expérience finlandaise a conduit deux infirmières à passer 24 heures en chambre d'isolement pour éprouver les ressentis des patients isolés (frustration, anxiété, dés-humanisation). La prise de conscience du vécu des patients a entraîné une modification de la pratique vers une démarche plus empathique et un aménagement de l'environnement (Clarke *et al.*, 2015).

En France, une étude qualitative menée sur les représentations soignantes dans une unité de gériatrie aiguë, en pneumologie et en chirurgie vasculaire montre une hétérogénéité de perception de la contention chimique entre médecins et infirmiers avec un mode de prescription en « si besoin » majoritaire (Curatolo *et al.*, 2013). Une autre étude menée en gériatrie montre une grande hétérogénéité de perception de la notion de contention chimique, peu employée au quotidien, qui renvoie aux psychotropes, mais également aux prémédications, sédation-analgésie, sédation de symptômes psycho-comportementaux et traitement des comportements perturbateurs (Colombier *et al.*, 2015). Le plus souvent, la connotation est négative, entraînant une culpabilisation qui explique la non-appropriation d'un tiers des personnes interrogées.

Un gradient d'intensité de contention chimique répond à des situations variées (confort, urgence, chronique, complaisance pour l'entourage). La mesure de contention chimique ne fait pas toujours l'objet d'un recueil de consentement, ce qui est problématique lorsque sa justification repose sur un environnement inadapté ou le sentiment d'incapacité ou de lassitude de l'entourage (Colombier *et al.*, 2015). La voie orale est privilégiée et le choix de la molécule dépend de la formation, des recommandations et des habitudes. 28% des professionnels interrogés n'étaient pas en mesure de citer une molécule, ce qui interroge sur leur formation et renforce la nécessité d'une discussion pluridisciplinaire préalable à la mesure.

L'invisibilisation du patient

Pour le soignant, la technicité de l'acte de contention physique peut conduire à une invisibilisation du patient, ce qui en fait un moment particulier dans la relation thérapeutique (Stewart, 2009). Bénédicte Lombart souligne la disparition de la subjectivité du patient aux yeux du soignant qui fait preuve de cécité empathique⁴⁸. Il s'agit d'annuler la volonté de l'autre, celui qui vit l'acte de contention, puisque l'acte est en contradiction totale avec les actes de *nursing* du soignant. Cette ambivalence de la fonction soignante est source de désordre émotionnel.

48 Bénédicte Lombart. Cours du 21/02/2017 sur la contention en pédiatrie, Chaire de Philosophie à l'Hôpital. <https://chaire-philo.fr/seminaire-ralentir-travaux-contention-pediatrie-benedicte-lombart/>

La rationalisation de la pratique de contention et l'application du protocole permet ainsi au soignant de rendre la mesure acceptable (Goulet, 2019). Dans un environnement stressant, les équipes sont parfois davantage centrées sur l'application stricte des règles que sur la communication avec le patient et la recherche de la signification du comportement agressif. Cependant, lorsque les soins sont recentrés sur le patient et non plus sur la tâche, une diminution de la durée de l'isolement avec ou sans contention est observée (Sullivan *et al.*, 2004).

b. Une mesure de protection pour le soigné et le soignant

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». La définition susmentionnée alerte sur les risques encourus par la personne subissant cette violence et suggère une nécessité de protection. 18% des signalements de violence en établissement de santé en 2018 concernent la psychiatrie, 16% les urgences, 11% les USLD/EHPAD et il est estimé que 18% des signalements d'atteintes aux personnes sont liées directement à un trouble psychique ou neuropsychique (ONVS, 2019).

Un rôle de protection dans un climat d'insécurité

Le soignant est avant toute chose le garant de l'intégrité physique et psychique du patient et de son entourage vis-à-vis des risques liés à la violence, l'agitation psychomotrice et certaines manifestations de la pathologie (Wagner, 2019). Dans cette optique, il aide le patient à renforcer ses capacités d'autocontrôle, à gérer la crise en limitant la montée en tension et il rappelle les limites sociales qui favorisent un cadre de soins.

La contention est également conçue comme une mesure de protection pour des soignants victimes de violences physique (Lee *et al.*, 2003) et émotionnelle (Foster *et al.*, 2007). Ainsi une étude menée aux Etats-Unis révèle une augmentation des dommages corporels sur les soignants depuis l'instauration de lois visant à réduire l'usage de la contention (Moylan & Cullinan, 2011).

Ce rôle médical et soignant de protection s'inscrit dans un contexte social de plus en plus sécuritaire (Hazan & Hatry, 2018) où la représentation du malade est celle d'une personne dangereuse plutôt qu'une personne souffrante. Dans un contexte de manque de soutien institutionnel, de nombreux soignants jugent la contention physique nécessaire. Le manque de moyens humains conduit à un défaut de surveillance, le manque de moyens matériels à un nombre de lits insuffisant et des locaux inadaptés et le manque de formation à une peur face à la dangerosité présumée (Guivarch, 2016).

Ainsi en 2001, le rapport des parlementaires Pinel et Roelandt met en parallèle l'augmentation des hospitalisations sans consentement avec la baisse du nombre de lits d'hospitalisation disponibles dans les services de soins psychiatriques. Si en cinquante ans le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est passé de 130 000 à 57 000, les unités fermées se sont multipliées et le nombre d'hospitalisations sans consentement a considérablement augmenté, passant de 21 à 24% des hospitalisations en psychiatrie entre 2012 et 2015 (Hazan & Hatry, 2018). Lors des visites du CGLPL, cette proportion monte souvent à 40%.

Il est parfois évoqué par les équipes soignantes qu'un comportement psychotique même sans violence peut suffire à l'indication d'une mesure de contention sous un motif de prévention. En effet, les soignants craignent qu'une plainte judiciaire soit déposée à leur encontre dans le cas d'un accident qu'une contention aurait pu empêcher. La contention donne ainsi une impression de contrôle sur des patients qu'il n'est pas possible de surveiller en permanence (Keski-Valkama *et al.*, 2010).

Le maintien d'un cadre par la gestion des risques

Au sein de l'unité de soin, il revient aux soignants de maintenir un cadre contenant et thérapeutique, ce qui signifie de plus en plus de contenir les risques de débordement.

En effet, un glissement sémantique s'est opéré, de la crise d'agitation vers la violence, qui renvoie directement à la responsabilité du soignant dans l'exercice de son métier : ainsi il passe de la recherche de l'origine de l'agitation comme symptôme, à la gestion d'un comportement violent. Ce que l'on demande alors au soignant est forcément plus sécuritaire que soignant. De fait, plusieurs études mettent en évidence une culture de l'usage du contrôle pour éviter un risque et un usage disproportionné de mesures excessives face à la menace considérée (Cusack *et al.*, 2016; Duxbury, 2002; Lee *et al.*, 2003; Perkins *et al.*, 2012).

Or la notion de risque en psychiatrie est supposée insaisissable et « les stratégies de prévention fondées sur le concept de risque échouent souvent en psychiatrie parce qu'elles ont recours à des définitions décontextualisées, pseudoscientifiques, irréflechies ou incomplètes du risque » (Berrios, 2019). C'est pourquoi l'orientation vers une clinique non risquée suppose de se détourner d'une prise en charge du patient au profit de la gestion de son comportement et des craintes qu'il suscite (Fernández *et al.*, 2019).

La judiciarisation du soin

Sur le plan juridique, la situation des soignants est particulièrement paradoxale puisqu'un patient peut poursuivre son médecin pour lui avoir imposé une contention sans son consentement, mais également pour avoir mis sa santé en danger parce qu'il n'a pas utilisé de moyen de contention (Menier *et al.*, 2010). Ainsi l'obligation de sécurité à l'égard du patient est légale autant que morale. Les professionnels font face à une judiciarisation croissante de leurs rapports avec les usagers et les familles et craignent d'engager leur responsabilité (Marciano *et al.*, 2014). Cependant, la CGLPL rappelle que cette crainte est peu réalisée dans la pratique puisque seulement trois psychiatres ont été poursuivis et deux ont été condamnés⁴⁹ (CGLPL, 2020).

La jurisprudence relative à la contention se construit en faveur de la responsabilité de l'établissement en cas d'accident (Safar, 2017) et donc de la formalisation d'une responsabilité collective et institutionnelle. Dans ce contexte, la place de l'administration s'accroît aux niveaux bureaucratique et soignant. La protocolisation permet aux soignants de se protéger du manque de constance dans l'opinion vis-à-vis de la contention. Les représentations sociales liées à la contention restent très hétérogènes et le niveau de risque socialement acceptable est variable. Le dernier recours peut ainsi se comprendre comme le seuil de ce que l'équipe peut supporter (Fernández *et al.*, 2019).

Certains auteurs plaident pour une prise de risque collective, médicale, administrative mais également sociale (Moreau, 2017). C'est pourquoi il est nécessaire d'engager « une réflexion collective sur les modalités acceptables de prévention des risques en se souciant de ceux sur lesquels pèsent les mesures de sécurisation » (Moreau, 2017).

Enfin, en réaction à cette évolution vers une logique sécuritaire, le Collectif des 39 s'est constitué dans la volonté d'informer sur la réalité des pratiques en psychiatrie après le discours présidentiel d'Antony de décembre 2008⁵⁰. Il s'agit de professionnels souhaitant « restituer aux patients leur dignité, leur honneur à l'enseignement et à la recherche, leur éthique à nos pratiques ». Pour cela, ils entreprennent d'interpeller le préfet lorsqu'une de ses décisions paraît arbitraire. Ils ont créé un collectif d'avocats pour défendre les

49 Cour de cassation. Décision du 22 octobre 2019.

50 À cette occasion, la géolocalisation des patients hospitalisés sans consentement, la création d'une unité fermée dans chaque établissement qui le nécessitait, l'aménagement de 200 chambres d'isolement supplémentaires à la sécurité renforcée, la création de quatre unités supplémentaires pour malades difficiles de 40 lits chacune et l'instauration des soins contraints en ambulatoire avaient été proposés (Giloux, 2018).

droits des patients et ont refusé de participer au processus de rétention administrative ainsi qu'aux modalités de certification en vigueur (Giloux, 2018).

Ce glissement vers un cadre de soin plus sécuritaire s'est paradoxalement construit avec l'encadrement récent de la contention. Cela contraste avec le mouvement de l'exclusion sociale vers le soin qui caractérise le droit de la psychiatrie jusqu'aux années 2000 et suppose une transformation des représentations sociales de la folie.

3. L'encadrement de la contention : de l'exclusion sociale au soin

a. En droit français, la fin d'une exception législative

Le droit relatif à la contention en psychiatrie traduit l'évolution des représentations de la folie comme une menace à l'ordre social qui s'est peu à peu médicalisée et encadre les méthodes et pratiques pour la contenir. L'évolution législative de ce droit débute avec un modèle pyramidal, hiérarchique d'encadrement et d'administration pour aller vers l'éclatement institutionnel en santé mentale aboutissant à un encadrement qualifié de régulateur des pratiques (Aïdan et al., 2015).

Le traitement particulier de citoyens « aliénés » de la société

Les premiers textes législatifs datent de la fin du XVIII^e siècle avec la loi du 5 août 1790 qui dispose que l'administration s'occupe des insensés ou des furieux.

La Révolution française souligne avec force la question de la liberté. C'est pourquoi au moment de la Terreur révolutionnaire, Philippe Pinel et Jean-Baptiste Pussin veulent « libérer les fous de leurs chaînes ». Les lettres de cachet, qui préexistaient une forme d'hospitalisation d'office, sont abolies. À l'article 64 du Code Pénal de 1810, il est néanmoins précisé que le principe de responsabilité pénale sépare les malades mentaux qui en sont exemptés, du reste de la société.

L'aliénisme se fonde alors sur la pratique de l'isolement et la contrainte physique traditionnelle par le surveillant⁵¹. L'utilisation de la chambre d'isolement est codifiée par Esquirol en 1832. Une relation de dépendance passive régit les interactions entre les malades et les membres de l'institution avec les distributions de tabac, de bonbons, de vêtements gratuits, un usage du tutoiement et la lecture du courrier personnel (Alezzah et al., 2018).

La loi du 30 juin 1838, rédigée sous l'influence des médecins aliénistes dont Jean-Etienne Esquirol, est la première grande loi française dédiée aux soins psychiatriques (Giloux, 2017). C'est une règle civile, administrative et de santé publique qui dispose que les soins reposent sur l'imbrication de l'enfermement dans un lieu d'asile, autorisé par un statut juridique spécifique pour les personnes et un ensemble d'actes de soin très large (Aïdan et al., 2015). Cette loi d'assistance et de protection sociale est restée en vigueur pendant 150 ans, consacrant l'internement comme seule prise en charge des « aliénés » et les isolant du reste de la société. De fait, cette loi est largement marquée par des considérations de défense sociale et de sécurité (Hazan & Hatry, 2018, p. 10). Le droit administratif impose dès lors l'existence d'un établissement d'aliénés par département et fonde la systématisation de la contention institutionnelle dans un lieu dédié. Cependant, l'établissement des asiles est très lent, inégal sur le territoire et ne permet pas d'offrir un

51 Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1801.

traitement satisfaisant des « aliénés ». Le statut civil provisoire de l'aliéné autorise la restriction de circulation (isolement et contention) *a priori*, un mandat social général est donné au psychiatre qui assure une double mission de soin et de maintien de l'ordre social. Le traitement de la folie est exclusivement un enfermement jusqu'à la circulaire dite Rucart du 13 octobre 1937 qui autorise la création d'espaces ouverts et les consultations extra-hospitalières (Aïdan et al., 2015).

La désépécification administrative au service d'une meilleure garantie des libertés

Après la seconde guerre mondiale et la prise de conscience de l'horreur concentrationnaire, Louis Bonnafé et Philippe Paumelle suppriment les quartiers d'agités et les camisoles. Cette prise de conscience est favorisée par la découverte des neuroleptiques dans les années 1950.

La médicalisation de la folie dans les années 1960 et 1970 se double d'une désépécification administrative. Le courant réformateur « désaliéniste » instaure la politique de secteur avec la circulaire du 15 mars 1960 et permet à la psychothérapie institutionnelle de se développer⁵². L'enfermement en psychiatrie est pensé par Michel Foucault comme une technique disciplinaire pour rendre les corps utiles dans un but économique, tout en les rendant obéissant au sens politique (1975). Erving Goffman prend les établissements psychiatriques comme objet d'étude de l'institution totale, institution qui encadre tous les segments de la vie collective recluse d'un groupe (1968).

La loi du 3 janvier 1968 entraîne l'abrogation du placement systématique sous administration provisoire des malades internés et facilite la mise sous protection de personnes en dehors de l'hôpital. Le statut des professionnels de santé en santé mentale est alors moins spécifique. Peu à peu, l'internement n'est plus envisagé comme la seule solution de soin, les patients peuvent être réinsérés dans la société. La sectorisation fait suite à la désinstitutionnalisation et promeut une psychiatrie dite communautaire, en dehors de l'hôpital, organisée autour des centres médico-psychologiques (CMP).

La politique de secteur est consacrée dans la loi du 31 décembre 1985 qui confère à l'hôpital la gestion des structures extrahospitalières et rend possible les soins sous contraintes dans les hôpitaux généraux. L'établissement psychiatrique a la responsabilité de la santé psychique d'une population.

Les modalités d'enfermement sont peu à peu redéfinies, encadrées et limitées, avec des lois centrées sur la liberté et le soin. La loi du 27 juin 1990 renomme les modalités d'hospitalisation en soins sans consentement en maintenant le caractère administratif de la décision et dispose que « *les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits* ». La loi de 1990 consacre la possibilité d'une hospitalisation libre et la circulaire dite Veil du 19 juillet 1993 la complète en faisant de l'isolement⁵³ une pratique qui doit être médicalement justifiée. Toutefois l'équilibre entre protection des malades et sauvegarde de l'ordre public n'est pas modifié. De plus, le pouvoir du préfet sur la décision d'hospitalisation sans consentement se trouve renforcé (Fernández et al., 2019).

La loi du 31 juillet 1991 instaure une direction administrative et gestionnaire de l'hôpital, le directeur a autorité sur l'équipe médicale et le directeur des soins sur l'équipe infirmière (Fernández et al., 2019).

L'ordonnance d'avril 1996 pose le principe d'une démarche d'accréditation obligatoire par l'Agence

52 Commission nationale consultative des droits de l'Homme, *Avis sur la maladie mentale et les droits de l'Homme*, adopté par l'Assemblée plénière du 12 juin 2008.

53 L'isolement est constitué dès que le patient se trouve seul dans une chambre verrouillée.

Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, aujourd'hui Haute Autorité de Santé) pour les établissements proposant des soins sans consentement. L'hospitalisation libre devient alors la modalité principale d'accès aux soins.

En 1998, l'ANAES publie un référentiel de recommandations de pratiques professionnelles et propose pour la première fois une structuration d'indications et de contre-indications à l'utilisation des chambres d'isolement et de la contention. La mise en isolement résulte d'une prescription médicale datée et signée (mesure thérapeutique qui repose sur la seule responsabilité du médecin), doit faire l'objet d'une surveillance biquotidienne du personnel médical et soignant, il est préconisé qu'elle dure au maximum vingt-quatre heures (interruption décidée par l'équipe médico-infirmière) et que de courtes sorties de la chambre d'isolement puissent être organisées (ANAES, 1998).

Le paradoxe de l'encadrement des pratiques sur leur inflation

Depuis les années 2000, un retour de l'isolement et de la contention mécanique est observé, parallèlement à une spécialisation de l'encadrement des pratiques de contention par domaine d'action publique (personnes souffrant de troubles psychiques, personnes avec une maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, majeurs protégés, personnes détenues, personnes avec autisme...) ce qui tend à affaiblir les dispositifs de contrôle de ces pratiques (Aïdan *et al.*, 2015).

Depuis la loi dite Kouchner du 4 mars 2002, les droits des patients sont renforcés, notamment en psychiatrie où les patients peuvent refuser les soins (dans le cadre d'une hospitalisation en soins libres). La démocratie sanitaire se développe vers une prise en compte du droit et de l'expression du patient acteur de sa santé. La souveraineté du patient sur son corps est renforcée et seule l'urgence permet de justifier l'atteinte au principe d'intangibilité du corps humain, tutelle et minorité exceptées (Scotti, 2017). La loi du 11 février 2005 reconnaît le handicap psychique et les droits spécifiques qui y sont associés, constatant que le soin ne peut pas répondre à tous les besoins. Le champ de l'accompagnement social et médico-social vient enrichir celui de la santé mentale.

En 2008, les tensions sécuritaires resurgissent et un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques est établi. Les rapports parlementaires rédigés par des non-médecins prônent l'enfermement (Milon, 2009 ; Fenech, 2007 ; Guibet Lafaye, 2017). La loi du 5 juillet 2011 systématise le contrôle de l'autorité judiciaire sur la décision d'hospitalisation sans consentement confié au juge des libertés et de la détention (JLD) dans un délai maximum de quinze jours, puis après un nouveau délai maximum de six mois en cas de maintien de la mesure. L'irrégularité de la décision entraîne la mainlevée de la mesure, sous réserve qu'une atteinte aux droits de la personne résulte de cette irrégularité (par exemple des certificats médicaux manquants ou non motivés, Hazan & Hatry, 2018, p. 18). Cette évolution législative a été rendue nécessaire par une décision du Conseil constitutionnel⁵⁴ suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité (Aïdan *et al.*, 2015). Ainsi le patient peut à tout moment saisir le juge. La présence d'un regard tiers sur le fonctionnement de l'institution psychiatrique s'accroît et se diversifie : associations de patients, instances d'évaluation des pratiques, juge.

La réforme du 5 juillet 2011 dispose par ailleurs que les soins sans consentement sont possibles en extra-hospitalier, la contrainte peut donc s'exercer en dehors du cadre institutionnel. La mesure de soins sans consentement n'est plus privative de liberté mais restrictive de liberté individuelle (Hazan & Hatry, 2018, p. 25).

La révision de cette loi en septembre 2013 a réduit à douze jours le délai du contrôle systématique du juge des libertés et de la détention (JLD). Cependant, les traitements ne sont pas soumis à son contrôle

54 Conseil constitutionnel, décision du 26 novembre 2010.

(Aïdan *et al.*, 2015). L'assistance d'un avocat lors de l'audience devant le JLD a été rendue obligatoire pour que la défense soit effective.

Enfin, la loi du 26 janvier 2016 a renforcé les droits du patient hospitalisé en psychiatrie déjà présents dans la loi de 2013 (information sur les droits et les voies de recours) et a affirmé plusieurs principes tels que le respect de la dignité, le principe de la restriction minimale et la proportionnalité de la mesure. Il s'agit d'une avancée législative importante face aux nombreux abus constatés (CGLPL, 2016).

Dans son article 72, elle dispose que la mesure de contention est utilisée en dernier recours, uniquement pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre et pour une durée limitée. La notion de dernier recours suggère que la contention physique n'est envisageable qu'en cas d'échec des autres mesures environnementales, relationnelles, pharmacologiques et lorsqu'il existe un danger élevé à court terme pour le patient ou pour autrui. La recherche d'alternatives doit être systématique et concerne tous les moyens permettant de proscrire la contention dans l'établissement, en dehors d'une situation d'urgence médicale : remédier aux causes médicales, adapter l'environnement, accompagner la personne. La notion de dernier recours suggère qu'il s'agit d'un état de nécessité sanitaire, cependant rien ne saurait justifier une atteinte corporelle hors le consentement ; ni le soin psychiatrique, ni même l'obligation de soins ou encore l'injonction thérapeutique (Scotti, 2017).

Cette loi impose une surveillance stricte par des professionnels de santé, ainsi que la tenue d'un registre dédié mentionnant le nom du psychiatre à l'origine de la mesure, la date, l'heure, la durée et le nom des soignants l'ayant surveillée. Le registre fait l'objet d'un visa non systématique auprès de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), du CGLPL et des parlementaires. Les établissements sont tenus de rédiger un rapport annuel des pratiques d'isolement et de contention et des efforts engagés pour les limiter et sont tenus de le transmettre pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance de l'établissement.

De la prescription à la décision

L'instauration d'un cadre législatif de la contention et son évolution ont eu des applications directes sur la pratique de soin.

Le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a indiqué qu'une prescription médicale avant d'y avoir recours était nécessaire et qu'il fallait éviter les situations dans lesquelles le personnel soignant a une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de besoin. Lors de sa visite en France en 2010, le CPT a recommandé la mise en œuvre d'un registre spécifique pour consigner toute mesure d'isolement et de contention mécanique⁵⁵ (heure de début et de fin de la mesure, circonstances et raisons l'ayant motivée, nom du médecin l'ayant prescrite, compte rendu des blessures du patient ou des soignants le cas échéant).

Avant la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, la contention en psychiatrie était soumise à une prescription médicale. Le législateur a transformé ce dispositif en décision médicale du psychiatre⁵⁶, étayée par une réflexion multidisciplinaire obligatoire. Le psychiatre reste ainsi le seul à pouvoir faire le choix de l'utiliser, ce n'est en aucun cas le rôle du directeur d'établissement, du préfet ou de l'administration pénitentiaire (Péchillon & David, 2017). Il y a néanmoins une rupture dans la nature de la mesure selon certains auteurs car si la prescription implique la décision, la réciproque n'est pas nécessairement vraie.

55 Rapport relatif à la visite effectuée en France par le CPT, paragraphes 172 et 174.

56 Article L.3222-5-1 du CSP.

Si la contention ne fait plus l'objet d'une prescription, c'est que la mesure ne dispose plus d'un caractère soignant *a priori* (Mauras *et al.*, 2019) mais qu'elle est davantage une pratique qui permet de prendre des mesures conservatoires de protection de soi ou d'autrui (Panfili, 2017). Le caractère systématique de la mesure dans certains cadres de soin a été mis en évidence par la CGLPL, soulignant la nécessité d'encadrer la pratique. Ainsi la mesure de contention doit faire l'objet d'une décision étayée par écrit et est désormais placée sous le contrôle *a posteriori* du juge administratif (Thoumyre, 2019). Il s'agit en effet d'une décision administrative individuelle portant atteinte aux libertés individuelles au sens de la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs⁵⁷. Le défaut de motivation de la décision peut entraîner son annulation le cas échéant (Péchillon & David, 2017). La décision d'isolement ou de contention peut être contestée devant un juge, que la loi du 26 janvier 2016 ne désigne pas. Par ailleurs, la personne isolée avec ou sans contention est rarement mise en situation d'exercer son droit de recours et sa personne de confiance n'est pas informées, même si cette demande figure dans ses directives anticipées (CGLPL, 2020). La notion de décision médicale permet en outre de distinguer la situation où l'équipe soignante isole un patient très agité de sa propre initiative, avant de demander au psychiatre de prendre la décision d'isolement ou de contention au regard de l'état de la personne et d'en prescrire les modalités de surveillance (Péchillon & David, 2017). Certains auteurs recommandent que la décision médicale, si elle ne peut être réalisée d'emblée dans le cadre de l'urgence, doit l'être dans les quinze minutes qui suivent (Wagner, 2019).

Des recommandations à l'origine de la rationalisation des pratiques

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale et met en ligne des outils tels qu'une fiche de surveillance et une fiche de synthèse. Les prescriptions de contention en « si besoin » sont également proscrites par la notion de dernier recours (HAS, 2017).

L'instruction du Ministère chargé de la santé du 29 mars 2017 précise les conditions de traçabilité, de suivi et les modalités de mise en œuvre du registre⁵⁸. Les mesures de contention appliquées dans le cadre d'une mise en isolement doivent être distinguées de celles en dehors du cadre de la chambre d'isolement, en précisant si elles sont comprises dans les exceptions mentionnées par la HAS ou non. Les établissements doivent également transmettre tous les six mois au Ministère de la Santé un relevé des indicateurs définis en annexe de l'instruction. Cette instruction a également pour objet la définition d'une politique de réduction du recours aux mesures de contrainte dans chaque établissement (Ruesche, 2018).

Les recommandations sont un référentiel médico-légal pour le médecin, lui permettant de justifier sa position vis-à-vis des instances ordinales et judiciaires. Même si elles n'obligent pas le professionnel de santé, elles exercent une contrainte sur la décision médicale d'autant plus forte qu'elles sont plébiscitées par des groupes d'intérêt qui dominent l'opinion publique (Rolland & Sicot, 2012).

La rationalisation des pratiques, rendue nécessaire par la démonstration de leur hétérogénéité, nécessite l'utilisation d'outils d'évaluation et d'indicateurs de résultats qui vont ensuite permettre un contrôle des conduites soignantes (Mossé, 1998). Dans ce contexte, les recommandations de bonnes pratiques agissent comme un instrument de gouvernementalité (Foucault, 2004, p. 435). L'incitation à la responsabilité par les recommandations peut alors modifier le comportement des soignants dans la prise en charge des patients.

57 Article L.211-2 du code des relations entre le public et l'administration.

58 Direction générale de l'offre de soin, instruction du 29 mars 2017 relative à la mise en œuvre de la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Le cas particulier du sujet mineur

En France, il n'existe pas de législation précise sur la contention du sujet mineur. La loi Kouchner du 4 mars 2002 indique cependant que les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité⁵⁹. Son consentement doit être systématiquement recherché si le mineur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables⁶⁰. Par ailleurs, concernant la contention chez les enfants, les membres de l'association européenne pour les enfants hospitalisés (EACH) ont indiqué qu'elle devait être évitée dans toutes les procédures médicales ou infirmières, à moins qu'il n'y ait pas d'autre alternative et que l'on se trouve dans une situation menaçante pour la vie de l'enfant (conférence de Dublin, 2010).

De plus, la CGLPL rappelle que l'hospitalisation des mineurs sur demande des parents est une situation de non-droit puisqu'ils ne bénéficient d'aucun recours (CGLPL, 2020).

Un dispositif parcellaire à refonder

Aucune disposition législative n'encadre l'usage de la contention en dehors des services de psychiatrie. Peu de recommandations existent, notamment concernant la personne âgée (ANAES, 2000) mais se trouvent parfois en désaccord avec les recommandations énoncées pour la psychiatrie (sur la durée maximale avant décision de renouvellement de la mesure par exemple). De plus, il n'est pas fait mention d'un encadrement des dispositifs de « contention volontaire ».

Dans une décision du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel a déclaré inconstitutionnel l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 au regard de l'article 66 de la Constitution de 1958⁶¹. Par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 dans son article 84, le législateur a refondé certaines dispositions du cadre juridique de l'isolement et de la contention, indiquant notamment des limites temporelles à ces différentes mesures de contrainte. Ainsi, il aurait pu être envisagé d'étendre le périmètre de l'encadrement de l'usage de la contention aux autres domaines concernés, afin de garantir à tous les patients les mêmes garanties de respect de leurs droits, sans préjuger de leur lieu de prise en soin.

La révision du cadre juridique de la contention⁶² introduite par l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 limite la durée de la contention mécanique à six heures, renouvelable pour une durée maximale de vingt-quatre heures. Lorsque la décision médicale dépasse cette durée, le juge des libertés et de la détention en est informé. La mesure d'isolement est prise pour douze heures, renouvelable dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures. Le 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a répondu à trois questions prioritaires de constitutionnalité dans une décision intimant le législateur à rendre systématique le contrôle du juge pour les mesures dépassant les durées maximales instaurées par l'article 84 précédemment cité⁶³.

Dans ce contexte d'élaboration du cadre régissant l'usage de la contention, les dispositions de droit international et les exemples législatifs de pays comparables peuvent permettre de nourrir la réflexion pour construire un dispositif respectueux des droits et renforçant la qualité des soins.

59 Article L1111-2 du CSP.

60 Article L1111-4 du CSP.

61 Conseil constitutionnel, Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020.

62 Article L. 3222-5-1 du CSP.

63 Conseil constitutionnel, Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

b. Un regard international sur les pratiques contraignantes en France

Plusieurs instances européennes et internationales se sont exprimées depuis une quinzaine d'années sur la législation relative à l'isolement et la contention pour infléchir les règles en vigueur dans les différents États membres, dont la France.

En 1991, l'**Organisation des Nations Unies** prend une résolution de protection des personnes atteintes de maladie mentale⁶⁴ et indique que :

- chaque malade a le droit d'être protégé contre toute forme d'exploitation, contre tout mauvais traitement physique ou dégradant ;
- la contrainte physique d'un patient doit être utilisée conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale et uniquement s'il s'agit du seul moyen de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui ;
- ce type de procédure ne doit durer que le temps nécessaire, et être inscrit dans le dossier du patient ;
- il doit s'exercer dans des conditions humainement acceptables, avec du personnel qualifié, en avisant le patient ou son représentant légal de toute instauration d'une mesure de contrainte.

En 2004, le **Comité des ministres du Conseil de l'Europe** recommande que « *les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement 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* »⁶⁵. Le principe de restriction minimale est énoncé, ainsi que l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention. La tenue d'un registre, le retour d'expérience vécue par le patient, la formation des soignants et la réflexion sur les alternatives sont évoqués.

La **Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies** de 2006, ratifiée notamment par la France et l'Union européenne, a pour objet la promotion, la protection et la garantie d'un accès plein et entier à l'ensemble des droits de l'Homme et des libertés fondamentales aux personnes handicapées. L'article 1 de la Convention inclue explicitement les personnes avec des troubles mentaux. L'article 12 indique que « *les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres* ». Le Comité des droits des personnes handicapées, compétent pour garantir l'implémentation de la Convention a ainsi pu exprimer⁶⁶ que l'admission involontaire dans un service de santé mentale et les traitements forcés (mise à l'isolement, utilisation de moyens de contention, médication forcée et sur-médication) sont inacceptables et constituent une violation du droit à la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité et une atteinte au droit à l'intégrité de la personne (art. 17), au droit de ne pas être soumis à la torture (art. 15) et au droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance (art. 16). De telles pratiques constituent un déni de la capacité juridique d'une personne de choisir un traitement médical et constitue donc une violation de l'article 12 de la Convention ainsi que du droit au consentement libre et éclairé.

Le Comité enjoint les États parties à abolir les politiques concernées et à abroger les dispositions

64 ONU, résolution 46/119 du 17 décembre 1991 « Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale ».

65 Comité des Ministres, Recommandation Rec(2004)10, 22 septembre 2004.

66 Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition Before the Law. 11th Session, March 31–April 11, 201. Conseil des droits de l'homme. Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. (2017). Santé mentale et droits de l'homme. 34e session, 27 février-24 mars 2017.

législatives qui autorisent ou prévoient un traitement de force. Il considère qu'il s'agit d'une violation autorisée par les lois sur la santé mentale alors que des preuves empiriques indiquent qu'un tel traitement est inefficace et que les usagers des systèmes de santé mentale auxquels il a été administré déclarent que celui-ci leur a causé des souffrances et traumatismes profonds. Dans le *Quality Rights Toolkit* (boîte à outils permettant la mise en conformité des structures de soins avec la CDPH, en cours de traduction), cinq critères sont dédiés à l'isolement et à la contention et désignés comme suit : « Des méthodes alternatives sont utilisées à la place de l'isolement et de la contention comme moyens de désescalade des crises potentielles »⁶⁷.

Le **Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants** (CPT, 2012) a rejoint cette position pour indiquer que l'isolement et la contention mécanique sont des mesures d'extrême recours, exceptionnelles, uniquement en cas de risque imminent de blessures pour le patient ou pour autrui, d'état de violence aiguë et après échec des autres mesures. Il précise que leur prescription doit faire suite à une concertation avec tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire pour évaluer le rapport bénéfices-risques. Ces mesures doivent être proportionnées, limitées dans le temps et interrompues aussi rapidement que possible. Pour le CPT, « *l'utilisation de moyens de contention mécaniques pendant des jours, sans interruption, ne saurait avoir de justification et s'apparente à un mauvais traitement* ». Une surveillance rapprochée et personnalisée est nécessaire à partir de la mise en place de la mesure. Le CPT estime qu'« *en cas de mise sous contention, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir un lien thérapeutique avec le patient et l'assister (élimination des urines et des selles/accès aux toilettes et salle d'eau, hydratation, alimentation). La vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. Dans le cas d'une mise en chambre d'isolement sans recours à la contention, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre d'isolement, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. Il est également essentiel d'effectuer un entretien de fin de mise en isolement avec le patient concerné* ».

Le CPT rappelle qu'il n'y a pas de preuve scientifique d'un bénéfice thérapeutique quelconque (2012). Pour les personnes souffrant d'un handicap psychologique ou intellectuel, le CPT rappelle aux autorités françaises que toute mesure coercitive, dont l'isolement et la contention, doit être absolument interdite, que ce soit dans un établissement psychiatrique ou un centre médico-social.

Selon le CPT, les raisons qui ne doivent pas mener à utiliser la contention sont notamment : la réduction de l'anxiété des soignants, la protection contre des personnes agressives, le confort de l'équipe, le manque d'effectif, la protection des soignants face à la menace judiciaire, la répression ou la punition du patient ou encore la réponse à des demandes de l'entourage.

Depuis 2012, le CPT rédige tous les ans un rapport d'étape. L'usage des moyens de contention doit satisfaire aux principes de légalité, de nécessité, de proportionnalité et de responsabilité⁶⁸. A l'issue d'une

67 L'objectif est décliné en 5 critères :

« 4.2.1. Les usagers ne sont pas soumis à l'isolement ou à la contention.

4.2.2. Des alternatives à l'isolement et à la contention sont développées, et les professionnels sont formés aux techniques de désescalade pour intervenir durant les crises et éviter tout préjudice aux usagers et aux professionnels.

4.2.3. Un protocole de désescalade est prévu avec l'utilisateur concerné pour identifier les déclencheurs et facteurs de prévention et les méthodes d'intervention qu'il ou elle souhaite durant les crises.

4.2.4. L'information sur les méthodes choisies par l'utilisateur sont facilement accessibles et sont intégrées à son plan de rétablissement.

4.2.5. Toute occurrence d'isolement ou de contention est tracée (par exemple : type, durée) et l'information est transmise au directeur de la structure et à une organisation extérieure concernée. »

68 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 21 mars 2017, Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT) (CPT/Inf(2017)6).

nouvelle visite en 2015⁶⁹, le CPT indique qu'un changement des pratiques doit s'appuyer sur une formation du personnel soignant et un développement des pratiques alternatives (y compris des techniques d'apaisement des tensions).

Le 1^{er} avril 2015, deux experts des **droits de l'homme des Nations Unies** Catalina Devandas Aguilar et Dainius Pûras ont indiqué que l'utilisation de mesures de contention physique ou chimique, entre autres approches médicalisées à destination d'enfants et d'adultes autistes, pouvait être particulièrement néfaste et conduire à la détérioration de leur état. Ils ajoutent que « trop souvent, ces pratiques constituent des mauvais traitements ou des tortures »⁷⁰. Lors de sa visite d'octobre 2017 en France, Catalina Devandas Aguila a rappelé que le recours à l'isolement et à la contention, ainsi que la pratique du « *packing* » pour les personnes autistes constituaient des traitements dégradants à l'encontre de personnes handicapées faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement⁷¹.

L'Assemblée générale du conseil des droits de l'homme a également indiqué que l'isolement, la contention mécanique et la médication forcée constituaient non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture⁷².

Le rapport de 2018 du **Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme** indique qu'en France, malgré un budget relativement important en matière de santé mentale, le deuxième plus important d'Europe, des violations des droits de l'Homme sont observées telles que le recours à la contrainte en milieu psychiatrique de plus en plus fréquent (avec une hausse de 15 % depuis la réforme de la législation de 2011 qui visait à renforcer les droits des patients hospitalisés d'office).

La **Convention européenne des droits de l'Homme** interdit par son article 3 tout traitement inhumain ou dégradant, le mésusage des dispositifs de contention pouvant être interprété comme tel. La contention physique relève également de l'article 8 (respect de la vie privée) et de l'article 5 (liberté d'aller et venir).

c. Les cas de l'Allemagne, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et du Québec

La législation française en matière d'encadrement des pratiques contraignantes en psychiatrie a pu apparaître comme une exception législative, au sens où les conditions de ces pratiques étaient particulièrement peu explicites avant 2016. Les pratiques psychiatriques ont été encadrées, celles ayant cours dans les autres services hospitaliers et structures médico-sociales restent limitées aux recommandations parcelaires émises par les autorités sanitaires. En Allemagne, en Angleterre ou encore au Canada, la contention est encadrée de façon moins ambiguë puisqu'elle a un rôle uniquement sécuritaire et vise à garantir la protection de la personne et d'autrui (Friard, 2004). L'équilibre entre les différentes formes de contention peut ainsi être influencé par le cadre juridique.

En **Allemagne**, l'utilisation de la contention est réglementée par la loi sur les malades mentaux du 20 mars 1985. Il s'agit d'une mesure de « sécurité particulière » de dernier recours et non thérapeutique (Carré, 2014), utilisée uniquement s'il existe dans l'immédiat un risque considérable que le patient 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 informé sans délai.

69 Conseil de l'Europe. Rapport n° CPT/Inf (2017) 7, 7 Avril 2017.

70 <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15787&LangID=F>

71 Devandas-Aguilar, Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, 13 octobre 2017 <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F>

72 Assemblée générale du Conseil des droits de l'homme, 34^e session sur la santé mentale et droits de l'homme, 2017.

Les interventions coercitives sont réglementées par les lois de tutelle, qui sont valables partout dans le pays, avec des réglementations légèrement différentes dans les Etats fédéraux. Une étude menée sur sept sites d'hospitalisation en psychiatrie a mis en évidence que la mise à l'isolement a été pratiquée dans 3.7% des admissions, la contention physique dans 3.3% des cas, la prise de médicaments involontaire dans 0.5% des cas (Flammer & Steinert, 2015). Deux tiers des prises de médicaments involontaires le sont dans des situations d'urgence et un tiers après décision d'un juge. Le faible recours à la médication par rapport à l'isolement et à la contention mécanique est une conséquence des restrictions légales récentes.

En 2011, la Cour constitutionnelle allemande a jugé inconstitutionnelles les lois régissant la médication involontaire, indiquant qu'elle ne pouvait être utilisée que pour les personnes n'ayant pas la capacité juridique de consentir aux traitements, uniquement en cas d'échec de toutes les autres mesures et après décision d'un juge (avec avis d'un expert indépendant). Cette décision a conduit à une augmentation du recours à l'isolement et à la contention mécanique, notamment dans la période de vide juridique entre 2012 et 2013 où cette politique a été étendue à l'ensemble des services de psychiatrie (Flammer & Steinert, 2015).

Les **Pays-Bas** ont effectué le mouvement inverse en constatant que la restriction de l'usage involontaire de médicaments conduisait à une augmentation du recours à la contention physique et à l'isolement (Steinert et al., 2014). La médication involontaire est pourtant considérée comme une violation de l'intégrité physique, néanmoins une étude démontre que l'usage de médicaments contre le gré du patient en première intention diminue le nombre d'incidents agressifs et de mesures coercitives (Georgieva et al., 2012). L'interdiction de la contention mécanique en 2007 s'est accompagnée d'un refinancement du secteur (sous forme de subventions) permettant de :

- doter les services hospitaliers de davantage de soignants ;
- confirmer le rôle majeur de la stabilité de l'équipe infirmière (Boumans et al., 2015; Mignot, 2018) ;
- renforcer leurs connaissances sur les effets négatifs des mesures coercitives (utilisation discutée avec des ambassadeurs) et leurs compétences de gestion de l'agression verbale et physique.

En **Angleterre et au Pays-de-Galles**, le *Mental Health Act* de 1983 (révisé en 2007) et le *Mental Capacity Act* de 2005 encadrent très strictement les pratiques de contention sous ses différentes formes. L'audit national de la commission d'inspection du système de santé en 2007 indiquait que l'usage de la médication était sensiblement plus fréquent que les autres formes de contention dans les institutions prenant en charge les personnes avec un trouble d'apprentissage, avec 80% des services utilisant une prescription médicamenteuse « si besoin » (Cusack et al., 2016).

Le guide de bonnes pratiques '*No Secrets*' a été élaboré par le département de la santé en 2000 sur le management du risque et pour limiter les abus pour les adultes vulnérables. En 2008, un amendement au *Mental Capacity Act* intitulé *Deprivation of Liberty Safeguards* définit la catégorie de personnes dont la liberté peut être restreinte (à risque de se blesser ou de blesser autrui, ceux ne disposant pas de la capacité juridique pour prendre des décisions relatives à leur traitement). Le 1^{er} avril 2015, le *Care Act* renforce les dispositions juridiques protégeant les adultes des risques d'abus et de négligence. La cour suprême du Royaume-Uni a défini en 2014 la privation de liberté d'une personne porteuse d'un handicap mental en fonction de la surveillance qui lui est dédiée et de sa liberté à quitter sa structure d'hébergement et non sur la capacité à exprimer une envie de quitter cette structure.

La Cour européenne des droits de l'Homme a par ailleurs énoncé qu'une privation de liberté est dépendante des circonstances individuelles de chaque cas et ne peut faire l'objet d'une unique définition (2014). En 2005, le *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) a produit des recommandations concernant la

contention, faisant référence à la notion de nécessité présente dans la Convention européenne des droits de l'Homme (article 2, droit à la vie ; article 3, droit à être libre de toute torture ou traitement inhumain ou dégradant ; article 5, droit à la liberté et à la sécurité de la personne ; article 8, droit au respect de la vie privée et familiale) et au principe de proportionnalité.

Au **Canada**, la contention est une intervention de protection, un moyen de contrôle physique pour empêcher une personne de se blesser ou de blesser d'autres personnes, de provoquer des dégâts autour d'elle. L'article 118-1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec indique depuis 1997 que : « 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 ».

Les infirmières ont la charge de l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ainsi que la décision d'utilisation des mesures de contention⁷³.

Ces différents exemples ont mis en évidence l'importance d'envisager les différentes formes de contention dans l'encadrement de ses usages. Ainsi, plus les indications de la contention mécanique sont restreintes, plus le recours à la contention chimique risque d'augmenter. Les formes de contention sont plus ou moins conçues comme des mesures de sûreté, ce qui influence la répartition des rôles entre médecin et infirmier et a un effet sur les pratiques. L'exemple hollandais souligne cependant l'importance d'un investissement dans les structures de soins et de la formation des professionnels pour diminuer le recours à la contention, quelle que soit sa forme.

4. Limiter l'augmentation des pratiques de contention

a. Un relatif désintérêt pour la standardisation et l'évaluation des pratiques

Une recommandation de protocolisation de la contention

La mise en œuvre de la mesure de contention physique est définie par un protocole et fait l'objet d'une déclaration dans un registre consultable dans l'établissement⁷⁴. La surveillance de la personne sous contention est programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers. La personne et ses proches sont informés des modalités, de la durée, des raisons ayant conduit à la mise en place de cette mesure. Le protocole de contention mentionne également la vérification de la préservation de l'intimité et

73 Article 36 de la loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., 2011.

74 Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

de la dignité, la réévaluation de la nécessité de la contention toutes les trois heures au plus, avec une nouvelle décision médicale en cas de renouvellement si la recherche d'alternatives à la contention est restée infructueuse. Tout au long du protocole, une collégialité dans la prise de décision doit être assurée et la personnalisation de la démarche recherchée. Ainsi selon Touzet, « Contraindre doit être pensé et non être un automatisme ou une application à l'aveugle d'un quelconque protocole » (2014).

L'élaboration d'un protocole au niveau de l'établissement et du service sert plusieurs buts. Tout d'abord, susciter une réflexion pour que la mesure d'isolement ou de contention ne soit pas la conséquence d'une décision arbitraire mais respecte les valeurs de l'équipe soignante, qu'elle soit le reflet d'une égalité de traitement entre les patients et qu'elle intervienne uniquement lorsque toutes les alternatives ont été tentées. Dans son rapport thématique (2016, p. 103), la CGLPL revient sur « l'absence de réflexion collective des professionnels [qui] a empêché l'élaboration de normes, ce qui a laissé une large place à l'arbitraire médical dans un contexte sécuritaire ». Elle recommande par ailleurs que « les alternatives à l'isolement ou à la contention soient explicitées dans les protocoles de mise en isolement » (CGLPL, 2020). En miroir se sont construites une nécessité, une utilité et une légitimité de la contention.

Les réticences au changement et l'inertie dont font preuve certains professionnels relèvent parfois d'une perception du protocole comme un enfermement, de la crainte de son opposabilité (Klopp, 2010) et d'inquiétudes sur leur propre sécurité. Il est donc particulièrement important de déconstruire l'idée que l'isolement ou la contention assure la sécurité du soignant (Duxbury, 2015).

L'élaboration d'un protocole tend ensuite à définir quelles pratiques de soins sont souhaitables, étant acté que l'hétérogénéité à l'échelle de l'établissement, du service voire de l'équipe de soins est toujours aussi problématique. Celle-ci est dénoncée par la CGLPL dans ses rapports thématiques de 2016 et 2020 et concerne l'ensemble des conditions de fonctionnement (environnement, qualité et disposition des locaux, modes de gestion, organisation des unités, répartition des patients, nombre de lits) avec une incidence sur la prise en charge des patients. L'appréciation de l'hétéro-agressivité, le stress des soignants et les habitudes thérapeutiques ont une forte dimension subjective qui influe sur la décision d'isoler et de contenir, sur la durée de l'isolement ou encore sur les représentations associées à l'isolement. A la promotion d'une culture de la pratique empirique, certaines études mettent en évidence que l'incidence des états d'agitation diminue lorsque l'intensité de l'agitation est mesurée par des outils cliniques standardisés (Lazignac *et al.*, 2007).

Enfin, la définition du protocole de recours à la contention permet d'établir un consensus de pratiques, notamment dans les contextes qui ne sont pas encadrés par la loi ni par des recommandations de bonne pratique professionnelle. C'est par exemple le cas dans les services de réanimation pédiatrique, où la contention est utilisée de façon protocolisée et automatique (Oudjani *et al.*, 2015). Dans son rapport sur les mineurs en établissement de santé mentale, la CGLPL indique qu'aucun des établissements contrôlés n'a mis en place un protocole spécifique de mise à l'écart des patients mineurs (2017).

Un effort de recherche est en cours, illustré par une croissance des publications sur la contention, qui suscitent une mise en tension du souci du soin, de la sécurité et de la préservation de la dignité des patients (Fernández *et al.*, 2019). Lorsque le protocole est connu de tous, il est d'autant mieux appliqué et la précision dans l'accomplissement des gestes de contention physique ou dans la ritualisation des visites en chambre d'isolement a un caractère rassurant pour le patient (Velpry, 2018).

b. La contention comme mesure d'urgence aux indications de plus en plus strictes

L'augmentation de la fréquence du recours à la contention a entraîné un mouvement de limitation de ses indications, qui sont devenues de plus en plus restreintes. Elle est encore trop utilisée en *prima ratio* – alors qu'elle ne devrait l'être qu'en *ultima ratio* – pour des raisons de rarefaction des moyens humains et matériels dans les services hospitaliers. Cependant, ce mouvement n'a pas permis de mettre en évidence une limitation effective de cette mesure et a même conduit à en légitimer l'usage en contexte d'urgence. Enfin, certaines pratiques restent en dehors de tout cadre juridique et ne bénéficient d'aucune forme de contrôle.

La formalisation progressive des pratiques de contention a pour objectifs de (Velpry & Saetta, 2018) :

- réduire la fréquence de leur utilisation en définissant des circonstances dans lesquelles leur usage est légitime ;
- minimiser les risques d'atteinte aux droits des personnes en précisant la procédure ;
- améliorer la sécurité de la pratique lorsqu'elle est jugée indispensable.

Des indications de plus en plus restreintes

Les premières recommandations de référence en France sur la contention sont celles de l'ANAES en 1998, complétées en 2000 qui distinguent les contentions physiques posturales, actives et passives et visent à limiter la contention de la personne âgée. Une multiplication d'outils de contention est constatée et dix critères de bonne pratique sont énoncés. Une expérimentation visant à diminuer le recours à cette pratique dans les établissements et à minimiser les risques qui lui sont associés est lancée. Ces recommandations concernent principalement les situations de contention en gériatrie (Grange-Leymonie, 2017) et ne sont pas toujours adaptées à la psychiatrie.

La conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en 2002 a permis de définir une conduite à tenir face à un patient agité, agressif ou violent pris en charge dans un service d'urgence. L'intervention de cinq soignants est préconisée pour mettre en place les contentions mécaniques, qui doivent être systématiquement associées à une sédation médicamenteuse.

L'AFSSAPS en 2011 émet des recommandations à destination des fabricants et des soignants sur la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique, afin de sensibiliser sur le risque d'étouffement.

En 2016, les recommandations de l'ANESM sur les comportements problématiques visent à encadrer les pratiques de limitation de la liberté des personnes handicapées, notamment dans les établissements sociaux et médico-sociaux (Velpry & Saetta, 2018).

En 2017, la HAS a édicté des recommandations de bonne pratique professionnelle concernant la contention dans le champ de la psychiatrie générale, indiquant qu'une réflexion devait être menée dans les autres secteurs ayant recours à cette pratique.

Des pratiques exemptes de tout encadrement

Il est urgent que la démarche engagée en psychiatrie et en gériatrie d'une réflexion éthique et d'une protocolisation s'étende aux autres lieux de soins susceptibles d'avoir recours à la contention, afin que les droits des patients hospitalisés ou en institution soient respectés. C'est le sens des recommandations professionnelles internationales formulées dans le champ de la réanimation (Devlin *et al.*, 2018).

En effet, l'étude européenne PRICE réalisée dans 34 services de réanimation de 9 pays montre des disparités extrêmes pour la pratique de la contention, allant de 0 à 100 % selon le pays (Benbenbishty *et*

al., 2010). En France, une enquête déclarative incluant près d'un tiers des réanimations françaises montre que la contention physique est utilisée par une majorité d'équipes chez une majorité de patients et souvent en dehors de toute prescription médicale (De Jonghe *et al.*, 2013). La contention est utilisée contre le risque d'auto-extubation et d'auto-ablation de dispositifs médicaux, cependant entre un tiers et la moitié des auto-ablations de matériel ont lieu malgré la contention (Mion *et al.*, 2007).

Dans l'ombre des recommandations, les services de réanimation, de neurologie et d'urgences ne formalisent pas toujours des protocoles encadrant les pratiques d'isolement et de contention et devraient s'appuyer sur l'exemple de la psychiatrie (CGLPL, 2020 ; Smadja *et al.*, 2012) et engager une réflexion collective pour mettre en œuvre des programmes et des alternatives efficaces visant à réduire leur recours (Freeman *et al.*, 2016 ; Hall *et al.*, 2018 ; Lin *et al.*, 2018 ; Mitchell *et al.*, 2018). Le droit à l'information du patient et de sa famille, la recherche de consentement, le traçage de la mesure et de sa surveillance régulière doivent être des points d'attention.

Par ailleurs, la CGLPL a récemment rappelé que l'isolement d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen, cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à leur âge (CGLPL, 2020).

c. Un plan d'action pour la réduction du recours aux soins sans consentement inscrit dans un mouvement international

La tendance actuelle d'une volonté de réduction voire de suppression de toute forme de pratiques contraignantes en psychiatrie est ancienne et de plus en plus répandue à travers le monde. Elle s'appuie sur les facteurs organisationnels et humains et s'oriente vers des approches intégrées (Palazzolo, 2015). A titre d'exemples, aujourd'hui la contention n'est plus autorisée au Royaume-Uni, en Islande, dans certains cantons suisses, mais aussi en Finlande ou encore au Rwanda. Une revue de littérature des interventions pour limiter le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique (ANAES, 2004 ; Gaskin *et al.*, 2007) a identifié trois axes :

- Prise en charge médicale et paramédicale : modifications thérapeutiques, majoration du nombre de soignants, mise en place d'équipes spécifiques formées dans la gestion de crise, rotation des équipes au sein des unités, séances de débriefing ;
- Relation entre les équipes et les patients : mise au point avec le patient de stratégies de prise en charge en cas d'agitation, information sur les stratégies de désescalade ;
- Adaptation de l'environnement : favoriser l'accès aux pratiques sportives, aux sorties, limiter la proximité des patients, aménager une chambre de stimulation multisensorielle (Teitelbaum *et al.*, 2007).

Les facteurs organisationnels

La réduction du recours aux soins contraignants s'est d'abord construite à partir d'une réflexion sur les facteurs organisationnels.

La parentalité du *no restraint* est attribuée à l'aliéniste anglais John Conolly, médecin à l'asile d'aliénés de Hanwell créé en 1831 en banlieue de Londres après la réforme de la législation sur les aliénés (Dubois, 2018). John Conolly reprend ainsi l'idée de William Tuke, fondateur de la retraite d'York, maison de santé de la société des amis à la fin du XVIII^e siècle qui évite toute contrainte au malade et promeut de meilleures conditions de confort physique et moral. Fowler et Caffé, premiers médecins de la retraite, l'ont introduit dans l'hôpital psychiatrique.

La méthode du *no restraint* consiste en la suppression de tout moyen de restriction mécanique pour

neutraliser l'agitation du malade mental. L'asile est considéré comme un outil thérapeutique en lui-même et le *moral management* (issu du traitement moral pinelien) met l'accent sur la qualité de l'environnement et du mode de vie des patients et les distractions proposées⁷⁵. Le modèle de Conolly se propage dans toute l'Angleterre du XIX^e siècle : en 1856 seul un asile utilise encore la coercition physique. Si l'asile de Hanwell suscite l'attention de médecins de toute l'Europe au XIX^e siècle, l'abandon total de la contention reste restreint à l'Angleterre.

En France, Valentin Magnan est l'apôtre du *no restraint* et le promoteur du système de l'*open-door*. Il supprime l'usage de la camisole, de la contention au lit, puis des cellules d'isolement et introduit la méthode allemande de l'alitement continu ou traitement par le lit des malades, les mélancoliques comme les maniaques, même violents. Il n'y a que de rares partisans du *no restraint* en France (Dr Morel⁷⁶, John Bost à l'asile de La Force en Dordogne ; Dubois, 2018).

En Italie, la désinstitutionalisation (Hazan & Hatry, 2018, p. 109-122) est d'abord expérimentée par le Dr Basaglia à Trieste en 1971 et conduit à la loi 180 de 1978 qui prescrit la fermeture des hôpitaux psychiatriques et consacre le droit de toute personne atteinte de troubles psychiques à un traitement sanitaire (Colucci, 2011). La référence à la dangerosité supposée de la personne est supprimée. Le réseau de services communautaires de santé mentale, intégrés dans la cité, suppose d'ouvrir les unités, de supprimer la contention physique et les électrochocs, de permettre aux patients de travailler, de se loger et de participer à la vie citoyenne. Les premiers centres de santé mentale sont créés en 1975 et disposent de lits ouverts et disponibles. La dernière unité d'admission de l'hôpital psychiatrique San Giovanni ferme en 1980. Ce dispositif est étendu à toute la région de Friuli Venezia Giulia (Castelpietra, 2017) mais n'a pas encore été étendu à l'ensemble du pays. Il est reconnu par l'OMS comme lieu d'expérimentation de la désinstitutionalisation et considéré comme modèle de réussite avéré en 2001.

Dans les hôpitaux psychiatriques judiciaires, la responsabilité de la contention est donnée aux services de police, qui la demandent pour des motifs d'ordre public (Castelpietra, 2017). Ils sont supprimés en 2015 après que la cour constitutionnelle a jugé inconstitutionnel le caractère automatique de la mesure d'hospitalisation, portant atteinte aux exigences de proportionnalité et d'équilibre, et le rapport d'une commission d'enquête parlementaire en 2011 faisant état de conditions indignes. Des résidences pour l'exécution des mesures de sécurité ont été créées et rattachées aux départements de santé mentale. Ce dispositif salué par le CPT souffre encore de certaines limites (manque de places, de budget, risque de transformation en hôpital psychiatrique judiciaire à terme).

Dans certains cantons de Suisse, l'usage de la contention est interdit (Moreau, 2017). La comparaison de l'usage de la contrainte dans le canton de Vaud où la contention est interdite depuis 2002 et dans le Valais depuis 2008 met en évidence que la régulation opérée au niveau institutionnel est essentielle dans la gestion et l'usage des pratiques de contrainte. La disparité observée des pratiques reflète le manque de consensus sur ce qui est acceptable (jugé souhaitable ou légitime) et ce qui est accepté (toléré, devenu ordinaire ou banal) (Fernández et al., 2019). Par ailleurs, la politique de l'*open-door* a été particulièrement importante dans la réduction des mesures de contrainte (Hochstrasser et al., 2018).

Des équipes de soins suffisantes et formées

En Islande, les professionnels suivent des formations à la désescalade de la violence, qui consistent en techniques d'apaisement des personnes et de désescalade des situations difficiles par le biais du langage

75 Conolly. *On the Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, 1847.

76 Morel, *Le no-restraint, ou de l'Abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie*, 1860.

corporel et le fait de parler calmement aux personnes et en techniques de maintien au sol fréquemment interrompues. Des équipes de défense ou de réponse à la violence spécialement formées sont également mobilisées (Matthiasson, 2017 ; Snorrason & Biering, 2018). L'isolement existe en unité de soins psychiatriques intensifs sous forme de contentions environnementales et de salles de désescalade, ainsi que la contention chimique.

À l'inverse de l'Islande, le Japon connaît une durée moyenne d'épisode de contrainte dix fois supérieure aux autres pays. Le ratio infirmier/patient y est bien inférieur. La présence soignante auprès du patient semble donc particulièrement importante pour prévenir l'agressivité et la violence (Hottinen et al., 2013).

Au Danemark, la loi psychiatrique de 1989 régit l'hospitalisation sous contrainte et l'ensemble des mesures coercitives employées en psychiatrie (moyens de contention, traitements médicamenteux, gestes impliquant un contact physique). L'administration de traitements médicamenteux contre la volonté du patient lors d'une hospitalisation sous contrainte est interdite ainsi que l'utilisation des chambres d'isolement (Hazan & Hatry, 2018, p. 128-130).

Une étude de comparaison de l'usage de la contention dans les services de soins psychiatriques adultes en Norvège et au Danemark, où il y a deux fois plus de contention, (Bak et al., 2014) révèle que les facteurs ayant le plus d'influence sont : la formation du personnel (51%), l'appel au personnel intérimaire (17%), la mise en place et le maintien d'un environnement de travail acceptable (15%), la prise en charge particulière et la mise à l'écart des patients extrêmement perturbés (13%), le ratio patients-personnel (11%) et l'identification des facteurs déclenchants de crise du patient (10%).

Le développement de stratégies intégrées de prévention du recours à la contention

Les programmes de prévention du recours à l'isolement et à la contention sont nombreux (Ashcraft & Anthony, 2008; Ruesche, 2018). L'approche *Removal From Stimuli* est une méthode reposant sur l'éviction du patient du lieu dans lequel est survenue l'agressivité (Canatsey & Roper, 1997). Le programme *Safewards Model* repose sur 10 interventions pour réduire les conflits (volume de personnel, qualité de l'environnement physique, hôpital externe, communauté des patients, caractéristiques individuelles du patient et cadre réglementaire).

La *Six Core Strategy* (Huckshorn, 2004) est une intervention complexe multiniveau qui aborde les facteurs organisationnels et individuels de la prise de décision de soin dans les services de psychiatrie (Goulet et al., 2017; LeBel, 2014). Avec pour objectif une réduction de 40% des conséquences néfastes de la contention mécanique, le programme repose sur une approche globale pour le changement des pratiques et de la culture de contrainte qui comprend :

- L'établissement d'un leadership avec une politique d'établissement en faveur d'une diminution du recours à ces mesures ;
- L'utilisation des données sur ces pratiques sans aspect punitif, à but d'encouragement ;
- La formation du personnel à la gestion de la violence et au psycho-traumatisme ;
- L'utilisation des outils de réduction connus : identifier les facteurs psychologiques, les facteurs de risque de violence ou les facteurs de risque médicaux, les techniques de désescalade, apprendre au patient l'autogestion, ...
- L'implication des usagers, ainsi que des activités thérapeutiques quotidiennes ;
- Un debriefing suite au recours aux mesures de contrainte.

L'efficacité du dispositif a été mise en évidence aux Etats-Unis, avec une réduction de 17% des patients isolés, de 30% des patients contentonnés et de 19% du temps passé en isolement (Barton et al., 2009; Goulet et al., 2017; LeBel, 2011; Riahi et al., 2016; Wieman et al., 2014) mais également en Ontario, Canada et

en Australie (Maguire *et al.*, 2012). Les effets bénéfiques concernent également la satisfaction des patients quant aux soins reçus, la réduction des blessures, de l'usage des médicaments, du *turnover* des professionnels et de l'absentéisme (Barton *et al.*, 2009; LeBel, 2011; Sanders, 2009).

REsTRAIN YOURSELF est une adaptation du programme *Six Core Strategies* au Royaume-Uni (Duxbury *et al.*, 2019). Les innovations portées par le programme comprennent :

- un outil d'auto-management permettant de déceler les premiers signes d'agitation et de mettre en œuvre des stratégies de retour au calme ;
- une discussion systématique sur l'ambiance du service à chaque changement d'équipe ;
- le partage de temps entre soignant et patient, par exemple à l'occasion d'un repas ;
- le développement d'activités thérapeutiques en journée, le soir et le weekend ;
- l'élaboration d'un plan de réduction des incidents violents ;
- un processus d'amélioration des prises en soin par l'identification de lieux accueillants ;
- une surveillance des épisodes traumatiques vécus par les patients et les soignants et une recherche de solutions pour les limiter ;
- une formation à des techniques de désescalades pour prévenir et réduire la violence ;
- la mise à disposition de pièces sensorielles, de confort ou à faible stimulus ;
- la visualisation des épisodes de contention ou des incidents survenus au cours du mois au moyen d'un calendrier affiché en salle de garde pour initier les discussions ;
- la présence d'une infirmière qualifiée avec les patients pendant au moins 30% de son temps de travail, à chaque changement d'équipe.

Son évaluation a mis en évidence une réduction moyenne de 22% de l'usage de la contention dans sept services de psychiatrie adulte (8 à 60% selon les services). Une étude similaire menée en Espagne (Guzman-Parra *et al.*, 2016) et un essai randomisé contrôlé mené en Finlande (Putkonen *et al.*, 2013) confirment que l'adaptation du programme de réduction des mesures de contrainte a une pertinence internationale. Un programme européen « Vers des modes d'intervention alternatifs aux mesures de contention en milieu psychiatrique » a été élaboré par la Haute Ecole de Bruxelles, à partir de collecte d'expertises et propose une formation sur le monitoring de la crise et la communication non violente (Mignot, 2018).

Le développement d'un plan d'action en France

Ainsi le renoncement à pratiquer la contention nécessite plusieurs réflexions et aménagements : un ciblage institutionnel de la problématique de la violence, une modification des habitudes, un renforcement des interactions soignants-soignés, la possibilité de promouvoir des activités thérapeutiques et organisationnelles, la capacité à développer les possibilités d'aller et venir, la mise en place systématique d'audit clinique post intervention, l'identification et la formation d'une équipe d'intervention spécialisée à la gestion de la violence et le monitoring.

En France, l'article L.3222-5-1, introduit au sein du code de la santé publique par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques. Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (2017) reprennent certains des leviers identifiés et une instruction ministérielle a été diffusée en mars 2017 pour mettre en œuvre cet objectif. Ainsi l'action n° 22 de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie vise à réduire le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention.

Un Observatoire des droits des patients en psychiatrie et santé mentale sur les soins sans consentement est en cours d'établissement afin de disposer des moyens de comparer les pratiques de soins

contraignantes, de les réduire et de les infléchir vers des alternatives (CME CHS, 2016; HAS, 2017). En effet, en l'absence de données fiables, aucun objectif quantitatif de réduction de la contention ne peut être fixé. La CGLPL a rappelé l'urgence de la mise en place d'un tel dispositif dans ses dernières recommandations (CGLPL, 2020) afin d'accompagner les changements d'usage de la contention, de les pérenniser et de les étendre à l'ensemble du territoire (Baleige & Pastour, 2017). Les missions de l'Observatoire proposées comprennent une veille documentaire, un recueil des données médico-administratives sur la base des données des CDSP, d'abord limité à la contrainte en psychiatrie puis étendu à toutes les structures fermées des secteurs sanitaires et médico-sociaux (Baleige & Pastour, 2017).

La mission d'information parlementaire des députés Caroline Fiat et Martine Wonner a demandé un suivi interministériel voire un débat parlementaire annuel sur la base des données qui seront fournies par ledit observatoire (Fiat & Wonner, 2019).

Deux cas particuliers : la contention du sujet mineur et du sujet âgé

Dans le cas particulier de limitation du recours à la contention de l'enfant, les stratégies de désescalade sont parfois considérées comme des approches insuffisantes pour des patients non verbaux (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018). Du matériel de protection spécifique est requis pour contenir les troubles graves du comportement en évitant les blessures, des alternatives peuvent être des équipements de protection individuelle pour les patients et les soignants, en contexte sanitaire et médico-social.

Pour réduire le recours à la contention des personnes âgées, un groupe allemand a mis en place un programme basé sur les représentations des soignants et des patients permettant de réduire de 27% l'utilisation des barrières de lit pour en faire une exception (David *et al.*, 2019). Ce programme a consisté en une formation des équipes pour mieux conseiller les résidents par rapport à leurs besoins véritables (alternatives, adaptation de l'environnement, dispositifs d'aide au levage, sécurisation, renforcement musculaire, protections) et une protocolisation de la procédure à suivre lorsque l'utilisation de barrières de lits est envisagée. Dans ce processus, l'implication du résident et de sa famille ainsi que son droit à décider pour lui-même sont importants dans le processus de décision (Bétourné, 2015).

Pour limiter l'usage de la contention involontaire, l'approche proposée par la Chaire de philosophie à l'hôpital se place au niveau du sujet contenu. Il est fait l'hypothèse que la mise à disposition d'une solution contenant permettrait de prévenir les situations nécessitant l'usage de la contention involontaire. Replacer le sujet au centre, c'est ce qui permet au mouvement de respect des droits fondamentaux du sujet contenu de limiter effectivement le recours à la contention involontaire depuis une vingtaine d'années.

5. Les droits fondamentaux du sujet contenu

a. L'évolution du périmètre des droits fondamentaux du sujet contenu

Un cadre législatif international garantissant le respect des droits fondamentaux

L'arsenal juridique de protection de la personne porteuse de troubles psychiques et la consécration de ses droits fondamentaux se sont élaborés dans les années 1970-1980 avec la mise en place d'instruments internationaux (Hazan & Hatry, 2018, p. 39-43).

La *Déclaration des droits du déficient mental*, adoptée par l'ONU le 20 décembre 1971 lui garantit les mêmes droits que les autres humains (art.1) et impose une protection contre tout traitement dégradant (art.3).

La *Recommandation n°R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*, adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 22 février 1983 préconise que les restrictions à la liberté individuelle du patient doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et que le droit de communiquer avec toute autorité ou personne extérieure ne peut être restreint (art.6), que le placement doit être limité dans la durée et être réexaminé périodiquement (art.8) et que la dignité du patient doit être respectée en toutes circonstances (art.10).

La *Convention d'Oviedo* de 1997 du Conseil de l'Europe pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine garantit qu'une personne souffrant d'un trouble mental ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours (art.7).

La *Recommandation 2004/10* du 22 septembre 2004 du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux précise leurs droits comme l'information (art.6), la restriction minimale (art.8), les traitements personnalisés administrés uniquement avec le consentement de la personne ou celui d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désignée par la loi (art.12), les limites aux placements et traitements involontaires (art. 17 et 19) et dont la décision ne peut être prise que par un tribunal ou une instance compétente, sur la base d'un examen par un médecin qualifié (art.20). Ces personnes disposent également d'un droit au réexamen et au recours de la décision de placement involontaire (art.25).

La traduction en droit français

La loi du 27 juin 1990 et celles du 2 janvier et du 4 mars 2002 ont transcrit en droit français les dispositions relatives aux droits des personnes hospitalisées, notamment pour des troubles psychiques. Dans ce cadre, la charte du patient hospitalisé⁷⁷ garantit entre autres un droit à l'information⁷⁸ qui se doit d'être simple, accessible, intelligible et loyale, concernant sa situation juridique, ses droits, les voies de recours et garanties qui doivent lui être transmises « le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état de la décision d'admission et de chacune des décisions » de restriction de liberté « ainsi que les raisons qui les motivent ». La charte garantit également un droit à la communication, un droit au respect de l'intimité et de la vie privée.

L'actualisation du 2 mars 2006 précise qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient, obtenu après information accessible et loyale et qu'il est garanti au patient le respect de sa dignité⁷⁹. La charte de l'usager en santé mentale du 8 décembre 2000 précise que même lorsque l'état du patient nécessite des soins sans son consentement, il est « toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins et sa vie quotidienne ».

La loi du 4 mars 2002 institue les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP⁸⁰) qui permettent de renforcer les droits des patients en leur garantissant un accès à leur dossier médical et en leur indiquant les voies de conciliation et de recours. Certaines dispositions ont évolué avec

77 Annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

78 Article L.3211-3 du CSP.

79 Article L.326-2 et L.326-3 du CSP ; Circulaire n°2006-90.

80 Composées d'un représentant des usagers, d'un représentant des proches et des familles, d'un magistrat, de deux psychiatres et d'un médecin généraliste.

la loi du 5 juillet 2011 qui garantit la transmission au patient d'une information régulière sur ses droits, notamment de recours, sur son état de santé et sur les soins, qui prescrit le recueil de ses observations sur les décisions le concernant, et qui recentre le rôle des CDHP (devenues Commissions Départementales des Soins Psychiatriques) avec un examen systématique dans les situations les plus sensibles. La loi du 5 juillet 2011 a introduit un encadrement des soins sans consentement, complété par celle du 27 septembre 2013.

Ainsi les patients hospitalisés avec leur consentement peuvent exercer leurs libertés individuelles au même titre que les patients hospitalisés pour d'autres troubles⁸¹. La circulaire du 19 juillet 1993⁸² a précisé qu'une limitation de cette liberté pouvait être faite dans les situations d'urgence. Pour les patients hospitalisés sans leur consentement, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles sont limitées à ce qui est rendu nécessaire par l'état de santé du patient et la mise en œuvre du traitement⁸³. Les patients pris en charge en soins ambulatoires ne peuvent être soumis à aucune mesure de contrainte⁸⁴.

Enfin, la loi du 26 janvier 2016 a renforcé les droits du patient hospitalisé en psychiatrie déjà présents dans la loi de 2013 (information sur les droits et les voies de recours) et a affirmé plusieurs principes tels que le respect de la dignité, le principe de la restriction minimale et la proportionnalité de la mesure.

La HAS ajoute qu'au moment de la mise en place de la contention mécanique, des explications claires et compréhensibles doivent être transmises au patient sur les raisons de la mesure, les critères de sa levée, le déroulement de la prise en charge et de la surveillance et il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche (2017).

Les limites de la protection des droits fondamentaux du sujet contenu

Si des droits sont reconnus au sujet contenu, de profondes inégalités persistent selon le domaine d'action publique entre sanitaire, médico-social et social (Fisman, 2018). En effet, la promotion du consentement comme limitation de la contrainte produit des situations très diverses selon le domaine d'action publique et les pratiques concernées (Aïdan et al., 2015). Il s'agit donc d'un des seuls cas où l'autodétermination du sujet dans son projet de soins (consentement et droit au refus de soins, implication dans les soins) n'est pas estimée nécessaire. De plus, les principes régissant les mesures de contrainte, énoncés au travers de droits fondamentaux, ne sont pas toujours traduits en droit effectif.

Ainsi les droits des personnes hospitalisées en psychiatrie sont affirmés dans le Plan global pour la santé mentale 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ceux concernant les personnes handicapées, aussi bien mentales que physiques, sont garantis par la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) adoptée par les Nations Unies le 13 décembre 2006 et entrée en vigueur en France en mai 2008. Il s'agit notamment de la lutte contre la discrimination, la garantie d'une jouissance pleine et entière de toutes les libertés fondamentales et le « respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes » (art.3) et la prohibition de toute privation de liberté sur la base de l'existence d'un handicap (art.14).

Cependant, un problème d'effectivité du droit est parfois identifié pour sanctionner ces droits et principes fondamentaux reconnus aux personnes handicapées contenues.

81 Article L3211-2 du CSP.

82 Circulaire du 19 juillet 1993 et les décrets du 16 février 1993 et du 15 mars 1993 précisent l'attitude des infirmiers qui, appliquant et respectant la décision médicale écrite de par leur fonction, doivent demander au médecin d'établir un protocole thérapeutique d'urgence écrit, daté et signé chaque fois qu'ils l'estimeront nécessaire (Jérôme Palazzolo, 2002, p. 33).

83 Article L3211-3 du CSP.

84 Article 3211-2-1-III du CSP.

Parallèlement, la place croissante de l'administration dans le champ de la psychiatrie s'exprime au travers de nouvelles instances et de nouveaux outils de gestion avec un impératif de protection des droits fondamentaux dans un mouvement de « démocratisation de l'administration » (Chevallier, 2011). Ainsi la HAS insiste dans ses recommandations sur le respect des libertés et des droits (autonomie, vie privée, dignité, aller et venir dans l'établissement et y mener une vie ordinaire) et l'obligation de soins et de sécurité et explicite les conditions de limite à la liberté d'aller et venir (2004) : il ne peut y avoir contrainte de la réalisation de soins que s'ils sont prescrits par l'équipe médicale (après information et recueil de consentement éclairé), la thérapeutique et les conditions d'hygiène doivent être contrôlées (sevrage, isolement), la personne protégée quand ses comportements peuvent la mettre en danger (désorientation, idées de suicide, automutilation) ainsi que les tiers et la vie collective de l'unité de soin.

Le respect des droits fondamentaux comme condition pour le financement et l'accréditation

Dans un premier temps, les instances administratives de protection des droits relatifs aux pratiques sont organisées par domaine pour la production de recommandations, le contrôle et l'évaluation de la qualité du service rendu comme conditions d'agrément administratifs et d'éligibilité financière. L'isolement et la contention sont donc étudiés à ce titre et conditionnent le financement et l'accréditation des établissements.

La HAS assure l'accréditation des établissements de santé, et de ceux du secteur médico-social en lien avec la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)⁸⁵.

Une tendance à la judiciarisation

Depuis une quinzaine d'années, les règles qui régissent la contrainte dans les lieux de soins constituent ce qu'on appelle un droit souple visant une formalisation des pratiques, à l'instar de la charte de l'usager en santé mentale de 2000 élaborée par les représentants de patients (FNAP-PSY) et de professionnels (conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés (CME CHS)). Par ailleurs les recommandations des instances administratives telles que la HAS restent thématiques, avec une portée limitée et circonscrite à des domaines précis. A titre d'exemple, elles permettent davantage de contrôles en établissement sanitaire qu'à domicile, elles n'encadrent pas la contention pratiquée dans les contextes d'éducation spécialisée, ce qui constitue d'une part un flou juridique, et d'autre part justifie une absence de prise en compte d'un besoin de formation des professionnels sur ces pratiques.

Ce flou dans l'appréhension des concepts juridiques qui entourent la pratique de la contention peut être illustré par la notion de « dernier recours ». Par la loi du 26 janvier 2016, la charge de la preuve a été inversée et transférée aux soignants. Le dernier recours suppose que la décision de la contention n'est plus présumée être prise dans l'intérêt du patient⁸⁶, il faut que le soignant puisse la justifier.

Les recommandations, circulaires et jurisprudences ont alors des valeurs juridiques problématiques puisque le dernier recours suppose que l'unité de soin dispose de moyens de contention mécanique, qu'elle est une possibilité de traitement et ainsi renforce la potentialité de son usage (Fernández *et al.*, 2019).

La judiciarisation des pratiques liées à l'isolement et à la contention et la prolifération de règles de droit souple créent par ailleurs des tensions dans l'articulation entre la garantie des libertés individuelles

85 Loi de 1991 portant réforme hospitalière et ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 instaurant l'accréditation des établissements de santé français et loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

86 D'ailleurs, l'intérêt individuel du patient évalué par le professionnel de santé peut ici avoir une définition restrictive qui n'envisage que le versant sanitaire (Guibet-Lafaye, 2014). Une réflexion sur les autres versants de l'intérêt individuel de la personne prise en soin (dignité par exemple) pourrait être encouragée.

du sujet contenu, et la protection de l'exercice de ses droits, à l'instar du refus du législateur d'accorder au juge des tutelles une compétence sur le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement (Aïdan *et al.*, 2015).

b. La garantie de l'effectivité de ces droits

La garantie d'un contrôle des lieux de privation de liberté

Au niveau européen, le comité européen pour la prévention de la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants (CPT), mécanisme non judiciaire à caractère préventif, visite les lieux d'enfermement dans les Etats membres du Conseil de l'Europe et adresse à l'issue de chaque visite un rapport détaillé à l'Etat concerné. En France, le CPT⁸⁷ a parfois rencontré des patients psychiatriques soumis à la contention physique pendant des jours, soulignant qu'aucune justification thérapeutique ne pouvait permettre d'expliquer une telle pratique qu'il considère comme un mauvais traitement.

En France, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) est une autorité indépendante créée en 2007, suite à la ratification du protocole facultatif se rapportant à la convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants adopté par l'ONU en 2002. Son rôle comprend notamment le contrôle des conditions de prise en charge des personnes privées de leur liberté d'aller et venir⁸⁸ par les établissements de santé autorisés pour les soins sans consentement, pour garantir le respect de leurs droits fondamentaux et en prévenir toute violation. La demande du CGLPL de contrôler les conditions de privation de liberté dans les établissements médico-sociaux comme les EHPAD a été refusée par le législateur (Aïdan *et al.*, 2015).

Dans son rapport thématique (2016), la CGLPL dénonce les atteintes aux droits fondamentaux tels que :

- l'information : droits présentés de manière expéditive au patient (méconnaissance du personnel ou absence de conviction de l'utilité de la démarche), livret d'accueil et règlement de l'établissement incomplets, obsolètes ou non spécifiques à la psychiatrie, règles de vie pas affichées dans les unités, absence d'information sur l'audience du JLD (Hazan & Hatry, 2018, p. 50).
- la sécurité : défauts de surveillance de la sur-médication, impossibilité d'appeler à l'aide dans la chambre d'isolement.
- l'intimité et le respect de la vie privée : hublot dans la chambre d'isolement, absence de sas, interdiction des visites en isolement, impossibilité de fermer sa porte à clef, de garder ses effets personnels ou d'avoir des relations sexuelles ce qui constitue un obstacle à l'autonomie des personnes et conduit les personnes à avoir des pratiques sexuelles qui heurtent leur dignité⁸⁹ (Hazan & Hatry, 2018, p. 56).
- la dignité : imposition du port du pyjama, nudité et absence de toilettes dédiées en chambre d'isolement.
- la mobilité : immobilisation de longue durée lorsque le patient est soumis à une mesure de contention, limitation de l'accès à l'air libre et de la possibilité de rentrer dans sa chambre en journée (Hazan & Hatry, 2018, p. 54).
- l'accès aux activités : aucune participation à la vie du service possible lorsque le patient est en chambre d'isolement.

87 Normes du CPT, Strasbourg, Conseil de l'Europe, janvier 2015, p.59.

88 Conseil constitutionnel. Décision du 12 juillet 1979 qui reconnaît à la liberté d'aller et venir une valeur constitutionnelle en référence à l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

89 La sexualité est une liberté fondamentale protégée par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme (CEDH 1/02/05, KA et Ad, req n°4275/98 et n°45558/99, 22/10/81 Dudgeon c/Royaume-Uni, req n°7525/76). Cour administrative d'appel de Bordeaux, 6/11/12.

Ses conclusions ont nourri les recommandations de la HAS (2017) notamment concernant le respect du droit à la dignité et de l'intégrité corporelle. Elle a pu proposer des réformes, aussi bien dans les pratiques professionnelles que dans les textes encadrant l'hospitalisation contrainte (Hazan & Hatry, 2018).

Selon la CGLPL, certains droits fondamentaux ne peuvent être respectés par manque de personnel. Ainsi le temps infirmier consacré à répondre aux demandes de sorties de l'unité, de cigarettes ou encore d'utilisation du téléphone portable induit que les activités, promenades et accès à la cafétéria sont considérés comme secondaires, « une contrainte au corps se traduisant en une contrainte aux comportements » (CGLPL, 2020). Les restrictions injustifiées des libertés individuelles peuvent s'expliquer par un manque de temps de surveillance (Hazan & Hatry, 2018, p. 61-62). Lorsque la présence médicale fait défaut, davantage de mesures d'isolement et de contention sont utilisées à des fins préventives voire sécuritaires par crainte d'une incapacité à contenir la crise.

La CGLPL a fait appel aux autorités pour la mise en place d'une procédure d'urgence dans certains établissements comme le centre psychothérapique de l'Ain après sa visite en janvier 2016 et le constat de pratiques portant atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes (article 9 de la loi du 30 octobre 2007 et article 3 de la CEDH). Elle a constaté un recours à l'isolement et à la contention dans des proportions jamais observées dans un autre établissement, patients et soignants étant résignés à ces pratiques qui sont appliquées pendant des mois, voire des années. La CGLPL a alors mis en évidence un traitement inhumain et dégradant et a recommandé qu'il soit mis un terme à ces pratiques excessives (Hazan & Hatry, 2018, p. 77-80).

D'une manière générale, la CGLPL considère que l'isolement et la contention sont des atteintes maximales à la liberté de circulation, leur mise en œuvre peut se révéler humiliante, indigne et dangereuse, ce qui s'apparente parfois à des traitements inhumains et dégradants (Hazan & Hatry, 2018, p. 66).

Par ailleurs, dans son arrêt du 6 avril 2007, le Conseil d'Etat a indiqué que la responsabilité de l'établissement de santé est engagée pour le plein exercice du droit à la communication⁹⁰ qui permet au patient d'émettre ou recevoir des courriers.

Le Défenseur des droits, autorité créée en 2011, dispose de la compétence de garant des droits fondamentaux concernant les personnes relevant des établissements de santé, mais également médico-sociaux comme les EHPAD et les établissements pour personnes handicapées (FAM, MAS).

Le contrôle judiciaire de la décision de privation de liberté

L'effectivité des droits du patient hospitalisé sans son consentement est garantie par un contrôle *a posteriori* par le juge des libertés et de la détention (JLD) qui s'assure de la légalité de la procédure d'hospitalisation mais également de la mise en chambre d'isolement et de la contention depuis la loi du 5 juillet 2011. Il doit ainsi apprécier si les restrictions à l'exercice des libertés individuelles sont adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis. Ce contrôle doit s'effectuer dans un délai de douze jours à compter de la date d'hospitalisation et le JLD dispose de deux semaines pour effectuer les investigations nécessaires le cas échéant. Passé ce délai de douze jours, des contrôles sont effectués tous les six mois. À chaque passage dans l'établissement, les mesures d'isolement et de contention sont portées à sa connaissance (CME CHS, 2016).

En 2015⁹¹, la CEDH a condamné un Etat pour une mesure de contention qui n'a pas été utilisée en dernier recours, comme seul moyen d'empêcher un dommage imminent ou immédiat pour le patient et pour autrui (violation de l'article 3 de la CEDH et de l'article 5-1-e). Un Etat peut également être condamné si la

90 Article L.3211-1 du CSP.

91 CEDH, M.S. contre Croatie, n° 75450/12, 19 février 2015.

personne soumise à une mesure de contention ne dispose pas de garantie procédurale suffisante pour se plaindre de la mesure qu'elle subit. Dans ce contexte, la CGLPL soutient que l'isolement et la contention, en tant que pratiques de dernier recours, devraient pouvoir être contestées en justice et appelle pour cela une loi dédiée à la santé mentale (CGLPL, 2020). La révision de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 demandée par le Conseil constitutionnel a vocation à conduire cette judiciarisation du recours concernant la contention. Ainsi l'article 84 de la loi de financement de notre système de santé pour 2021 a introduit le contrôle de la pratique de contention par le juge des libertés et de la détention, son information systématique lorsque la contention dépasse vingt-quatre heures, la possibilité de se saisir d'office sur l'examen de cette mesure et la possibilité pour la personne ou ses proches de demander la mainlevée de la mesure⁹². Cette révision du cadre juridique a également précisé que le juge des libertés et de la détention pouvait être saisi à tout moment à des fins de mainlevée de la procédure⁹³. Le 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a répondu à trois questions prioritaires de constitutionnalité et a déclaré inconstitutionnelles ces mesures, au motif que le contrôle du juge judiciaire n'était pas systématique lorsqu'elles dépassaient les durées maximales prévues par la loi⁹⁴. Le législateur doit ainsi modifier le cadre juridique de l'isolement et de la contention en psychiatrie d'ici la fin de l'année 2021. L'évolution du cadre juridique de la contention a déjà suivi cette méthode par le passé, à l'initiative d'associations d'usagers.

c. Vers un contrôle des pratiques de contention par le juge

Dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le législateur n'a pas prévu explicitement la communication du registre tenu par les établissements aux autorités judiciaires lors de leurs visites⁹⁵. Le président du tribunal de grande instance et le procureur de la République procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles (Panfili, 2017).

Une procédure de contrôle atypique

Le juge administratif, ici le juge des libertés et de la détention (JLD), a le pouvoir de contrôler la régularité de la procédure ou les conditions conduisant à la mise en place d'une mesure de contention, puisqu'il s'agit d'un soin sans consentement⁹⁶. La loi du 5 juillet 2011 a mis en place « une procédure civile atypique et un contentieux hybride dans lequel un accord judiciaire est requis pour la poursuite d'une mesure administrative, et dans lequel le juge judiciaire se trouve en position de « juge administrateur » un peu comme le juge des tutelles ou le juge des enfants en matière d'assistance éducative » (Robiliard & Jacquat, 2017). Le contrôle du juge judiciaire ainsi instauré est spécifique. À titre d'exemples, le JLD a pu prononcer la mainlevée de la procédure lorsque l'isolement avait été décidé à titre préventif, dans des cas de défaut de surveillance du patient sous contention ou de motivation de la décision (Panfili, 2017).

Le juge d'appel⁹⁷ s'est reconnu compétent, en considérant que les pratiques de contention et d'isole-

92 Article L. 3222-5-1 du CSP.

93 La saisine peut être effectuée par la personne faisant l'objet des soins, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins, son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité, la personne qui a formulé la demande de soins, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins, le procureur de la République.

94 Conseil constitutionnel, Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

95 Article L.3222-4 du CSP.

96 Article L.3211-12 et L.3211-12-1 du CSP.

97 Cour administrative d'appel de Versailles, 24/10/2016.

ment étaient gravement attentatoires à la liberté d'aller et venir (Panfili, 2017). Il a précisé que la charge de la preuve du respect des obligations reposait sur l'établissement d'accueil du patient, à l'inverse du juge de première instance.

La construction d'une jurisprudence

Le patient ou ses représentants ont donc pu effectuer des recours au tribunal administratif pour mettre en évidence une irrégularité dans la procédure.

Le dossier présenté au JLD doit être complet⁹⁸, c'est-à-dire inclure toutes les informations relatives aux mesures d'isolement et de contention pour que le JLD puisse effectivement contrôler le respect par l'administration de la liberté individuelle et des droits du patients⁹⁹.

En l'absence d'éléments permettant de justifier de la recherche infructueuse d'alternatives de moindre recours, le juge administratif a pu demander la levée de la mesure de contention. La Cour d'appel de Versailles a ainsi prononcé des mainlevées¹⁰⁰ considérant que les mesures d'isolement et de contention irrégulières entraînent une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet¹⁰¹. La cour administrative d'appel de Marseille a indiqué que le dernier recours se trouvait après l'usage de la parole, de la pharmacopée et de l'isolement¹⁰². L'analyse de la nécessité du recours à l'isolement au regard de l'état de santé par le juge judiciaire a été précisée par la même cour¹⁰³.

La jurisprudence française consacre le contrôle de proportionnalité du recours à la contention exercé par le juge. Ainsi, la cour administrative d'appel de Nantes a indiqué que le non-recours à la contention pouvait engager la responsabilité de l'hôpital si l'état du patient nécessitait une telle mesure¹⁰⁴. La cour administrative d'appel de Douai a opéré un contrôle de proportionnalité en considérant que si le patient ne présente pas un risque majeur d'atteinte à la personne, la contention n'était pas requise¹⁰⁵. Un usage systématique des contentions pendant la nuit pour deux tiers des résidents, combiné à une fermeture à clef des dortoirs, a conduit la Cour de cassation à condamner deux gestionnaires d'une maison de retraite à six mois de prison avec sursis¹⁰⁶. Cependant, à cette occasion, des réserves ont été émises concernant l'absence d'existence ou de définition juridique des termes centraux de l'isolement et de la contention, ainsi que la durée limitée et la stricte surveillance (Dujardin, 2016).

La formalisation de la défense

Les voies de recours face à des pratiques abusives sont donc effectuées exclusivement *a posteriori* par le JLD, la cour administrative d'appel et de cassation ou devant la Cour européenne des droits de l'Homme avec des procédures plus ou moins complexes.

Pour que la vulnérabilité du patient admis en soins psychiatriques (maladie et traitements affectant la lucidité, l'énergie, la capacité à se concentrer et à s'exprimer) n'empêche l'effectivité des droits de sa défense, l'assistance d'un avocat lors de l'audience au JLD est nécessaire. La faiblesse de la jurisprudence

98 Article R.3211-12 du CSP (certificats et avis médicaux sur lesquels se fonde la décision du maintien des soins).

99 Cour administrative d'appel de Versailles, 29/05/2017.

100 Pour non-respect des dispositions de l'article L3222-5-1 du CSP.

101 Article L.3216-1 du CSP.

102 Cour administrative d'appel de Marseille, 27/06/2007.

103 Cour administrative d'appel de Marseille, 21/05/2015.

104 Cour administrative d'appel de Nantes, 25/06/1995.

105 Cour administrative d'appel de Douai, 13/06/2006.

106 Cour de Cassation, 06/08/2017.

actuelle s'explique par le fait que les avocats de la défense font rarement appel, notamment parce que l'aide juridictionnelle dont ils bénéficient est sous-dotée et que les audiences peuvent être annulées à la dernière minute (or seules les audiences plaidées sont rémunérées), ce qui constitue des obstacles à leur disponibilité. La CGLPL recommande par ailleurs qu'une formation spécifique au droit de l'hospitalisation sous contrainte soit encouragée (Hazan & Hatry, 2018, p. 36-37).

De plus, la CGLPL a pu constater une hétérogénéité de situations selon la compétence des avocats. Leur présence n'est pas toujours effective en pratique, notamment pour des raisons relatives aux conditions de rémunération des avocats. La spécialisation de certains avocats conduit parfois l'administration à engager son propre avocat, ce qui sécurise les décisions du JLD mais produit des situations ayant une tournure contentieuse peu compatible avec l'esprit de la loi de 2013 (Hazan & Hatry, 2018, p. 33-35).

La CGLPL a récemment appelé à une refonte du dispositif législatif encadrant ces soins, ayant conduit à un recours massif à des décisions privatives de liberté (2020).

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 19 juin 2020, a indiqué que la loi du 26 janvier 2016 n'était pas conforme à l'article 66 de la Constitution, puisqu'elle ne permet pas à un citoyen faisant l'objet d'une limitation de liberté, en l'espèce une mesure d'isolement ou de contention, de pouvoir faire appel de cette mesure devant un juge. Les conditions dans lesquelles le JLD peut être saisi ont été modifiées par l'article 84 de la loi de financement de notre système de santé pour 2021. Dans sa décision du 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a appelé le législateur à aller plus loin dans l'encadrement des mesures d'isolement et de contention et lui demande d'instaurer avant la fin de l'année 2021 un contrôle systématique du juge judiciaire (JLD) lorsque les mesures dépassent les durées maximales définies par la loi.

Ainsi les pratiques de contention sont de plus en plus limitées, encadrées et contrôlées pour garantir un respect des droits fondamentaux du sujet vulnérable. Cet effort de limitation répond également à une exigence d'égalité dans la qualité des soins apportés demandée par les associations d'usagers.

d. La mobilisation des associations d'usagers

La mobilisation du droit dans un usage militant en psychiatrie renvoie à une tradition de recours systématique au contentieux judiciaire de la Cour européenne des droits de l'Homme depuis 1979¹⁰⁷ (Aïdan *et al.*, 2015).

En France, le Groupe Information Asile pose en 2010 au Conseil constitutionnel une Question Prioritaire de Constitutionnalité¹⁰⁸ qui conduit le législateur à revoir les modalités d'hospitalisation sans consentement par la loi du 5 juillet 2011¹⁰⁹. Il est ensuite devenu le Cercle de réflexion et de propositions d'actions sur la psychiatrie (CRPA), une association d'ex-usagers de la psychiatrie qui milite sur la question des droits fondamentaux des personnes psychiatisées et s'oppose à toute forme de contrainte arbitraire. Il est un support juridique et administratif pour les personnes souhaitant défendre leurs droits.

107 CEDH, Arrêt Winterwerp c. Pays-Bas qui limite le droit de refuser un traitement médical en raison de l'altération du jugement de la personne qui n'est plus considérée apte à faire, seule, ses propres choix de manière rationnelle à deux conditions : une expertise médicale établissant que le patient souffre d'un trouble mental réel ; et que ledit trouble soit suffisamment important pour que l'internement soit légitime.

108 Conseil constitutionnel, Décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010. Mlle Danielle S.

109 Loi n° 2011-803 du 5 juill. 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Le CRPA a fait un recours gracieux contre l'instruction ministérielle relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention¹¹⁰, considérée comme insuffisante au regard des enjeux de restriction des droits et libertés des personnes, qui devraient pouvoir faire valoir leurs observations directement ou via un avocat. Ce recours essentiellement symbolique a permis d'éclairer les droits des patients. Ainsi selon Me Jean-Marc Panfili (avocat pour le CRPA) seules la loi ou une jurisprudence de la Cour de Cassation permettraient de faire évoluer le droit sur la nécessité de fournir au patient l'information sur la mesure de contention et les recours dont il dispose et d'assurer un contrôle systématique de la contention par le juge (Panfili, 2017). A titre d'exemple au Danemark, le *Danish Psychiatric Complaint Board system* contrôle les pratiques contraignantes, peut décider qu'une mesure de contention n'était pas légitime et mener un litige devant le tribunal (Birkeland & Gildberg, 2016). L'actuelle révision du cadre juridique de l'isolement et de la contention, à l'initiative d'associations de défense des droits des usagers de la psychiatrie, tels que le CRPA ou encore l'association Avocats, droits et psychiatrie, par le biais de questions prioritaires de constitutionnalité posées au Conseil constitutionnel, vise précisément à assurer un contrôle systématique du juge judiciaire dans les situations où les mesures d'isolement et de contention dépassent les durées maximales prévues par la loi.

La Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAP-PSY) produit des analyses du droit relatif à la contention et fournit également une aide juridique aux usagers (Finkelstein, 2016).

L'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) est le relai des patients et des familles auprès des autorités et des institutions (Monnier & Touroude, 2017). L'association appelle au développement d'une politique de prévention pour limiter le recours à l'isolement et à la contention avant de pouvoir mettre fin à ces pratiques. Elle s'est également exprimée en faveur d'un observatoire national de la contrainte en psychiatrie. Elle met en garde contre l'usage de la contention chimique comme alternative à la contention physique et insiste sur la nécessité d'un débat sur ces pratiques au niveau des services de soin.

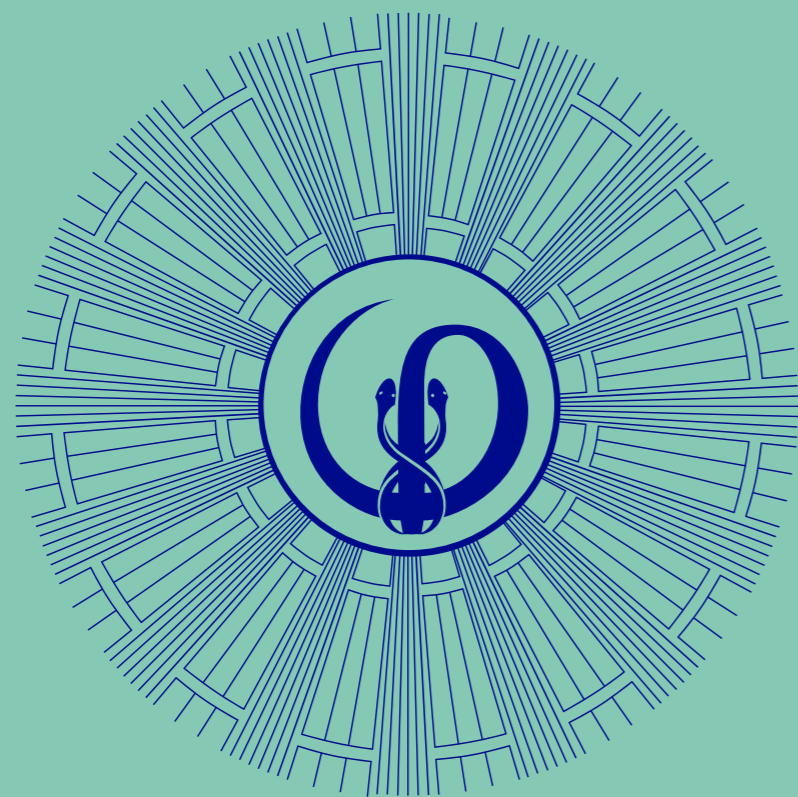
La co-présidente du Réseau européen des (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP, fondé en 1990) s'est exprimée contre l'usage de la contrainte en psychiatrie, indiquant que les expériences vécues montrent que la contrainte n'amène pas au bien-être, au rétablissement ou à la sécurité mais sont traumatisantes (Santegoeds, 2017). La justification de la contention par le bien être du patient cache un risque de maltraitance individuelle et collective (Scotti, 2017). Les interventions psychiatriques ne sont pas considérées comme des soins, les annihilent, n'apportent pas de sécurité et indiquent une déficience en soins de santé mentale. L'ENUSP promet une approche de justice réparatrice et s'est positionné en faveur d'un changement de paradigme au Conseil de l'Europe, en cohérence avec la CDPH (articles 5, 12, 14, 15, 17, 19 et 25).

Conclusion de la deuxième partie

La contention involontaire telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui génère un ressenti globalement négatif de la contention, avec l'existence de risques somatiques et psychiques parfois graves pour le sujet contenu et de dilemmes professionnels et éthiques pour le soignant, entre protection et risque de maltraitance. L'encadrement de cette pratique mobilise l'ensemble des leviers (accords internationaux, lois, indications d'institutions sanitaires, protocoles dans les établissements) pour garantir un usage le plus limité et le plus soignant possible. Pour assurer de bonnes pratiques et limiter le recours à la contention involontaire, le

prisme des droits fondamentaux apparaît essentiel et permet d'engager une réflexivité sur le rôle du soigné et celui du soignant dans la relation thérapeutique. En effet la défense s'est formalisée pour assurer l'effectivité de ces droits. Dans ce contexte, la démarche portée par la Chaire de philosophie remet également le sujet contenu au centre de la relation et du soin et propose de développer un dispositif permettant progressivement au sujet de se contenir lui-même..

110 Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.



III. LA PISTE DE LA CONTENANCE VOLONTAIRE

Dans cette troisième partie, la notion de contenance et les objets susceptibles de contenir le sujet au sens de protéger, soutenir, apaiser sont discutés. Les différentes formes de la fonction thérapeutique hypothétique de la contention sont décrites et mises en regard de l'absence de preuve scientifique d'une efficacité thérapeutique. Ainsi, une forme volontaire de contention doit nécessairement être testée, évaluée et soumise au consentement du sujet contenu.

1. Une historiographie des objets et des concepts contenant

a. La contention de l'Antiquité à aujourd'hui

« C'est un fait bien avéré aujourd'hui, que l'on peut juger l'état de civilisation d'un pays, par la manière dont les aliénés et les idiots y sont traités »¹¹¹. La célèbre maxime renvoie ainsi à des contextes historiques, sociaux et philosophiques particuliers, par le prisme de la civilisation. La maladie et *a fortiori* la maladie mentale est tantôt considérée comme distincte du sujet, tantôt intrinsèque à celui-ci. Paul Ricoeur s'oppose à l'idée que la maladie est distincte du sujet avec le concept d'ipséité/mêmeté, la maladie n'étant qu'une partie de la personne et ne pouvant pas la résumer (Guivarch, 2016).

Dans son *Histoire de la folie*, Michel Foucault propose l'idée que les contextes sociaux façonnent les représentations de la folie (1972) selon une définition en lien avec la frontière toujours fluctuante entre le normal et le pathologique dont parle Georges Canguilhem (1943). Par une approche phénoménologique, Frantz Fanon montre que les moyens de la contenir évoluent également suivant la transformation des rapports entre maladie, santé et socialisation et des motivations entre soin et régulation de l'ordre social. C'est sur ces fondements fluctuants que s'élaborent les prises en charge du sujet en psychiatrie et les moyens de contention qui sont utilisés.

L'évolution de ces représentations concerne aussi bien la société que les soignants. Ainsi selon les mots de Jérôme Palazzolo, « la façon dont les soignants perçoivent la maladie de leurs patients est intimement liée à la façon dont ils la traitent » (Palazzolo, 2002, p. 13).

¹¹¹ Annales médico-psychologiques, 1848, I;156.

Aux origines, une dualité d'approches

Dès l'Antiquité, deux fonctions de la contention s'opposent (Guivarch, 2016). Celle d'un accompagnement associé d'entretiens selon le médecin grec Soranos d'Ephèse (II^e siècle), pour qui elle permet d'exercer un contrôle physique sans faire de mal. Cette vision moniste de la maladie mentale suppose que contenir les passions (par les sages) permettra de les guérir. « Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant les membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux ensuite » (Caelius Aurelianus de l'école méthodiste, cité par Carré *et al.*, 2019).

En miroir de cette philosophie, l'approche objectivante prône la dissociation entre le malade et sa maladie. Ainsi pour le philosophe romain Celse de l'école éclectique, la contention est utilisée comme un enchaînant, affamant et isolant dans l'obscurité : le traitement brutal doit pouvoir faire sortir le malade de sa maladie aux moyens de corrections, de périodes de jeûne, de chaînes ou encore de coups. Cette conception dualiste domine largement jusqu'au XVIII^e siècle, confiant à des spécialistes différents le soin de l'âme (prêtres et philosophes) et celui du corps (médecins).

L'enfermement et l'usage de la force physique

Au Moyen-Âge, la prise en charge de la folie est largement confinée dans la sphère privée, la contrainte physique est utilisée à des fins de protection pour maintenir le malade dans sa famille ou sa communauté (Carré *et al.*, 2019). Il faut toutefois mentionner les « tours aux fous » où ils sont emprisonnés par prévention, enchaînés sur la paille. Au XIV^e siècle, des pièces blanchies à la chaux sont aménagées pour les aliénés afin de calmer les humeurs. Les formes de contention privilégiées sont donc la contention institutionnelle et la contention physique.

À la Renaissance, la conception démonologique de la maladie mentale diminue (Carré *et al.*, 2019). L'Édit de 1656 de Louis XIV crée l'hôpital général qui isole les misérables et les sujets menaçant l'ordre public. Les malades mentaux sont estimés responsables de leur état supposé dû à leur immoralité. La logique carcérale est consacrée, avec une répression, un enfermement et une utilisation de la contrainte massifs qui permettent d'assurer protection et sécurité à la population. Cette période a été caractérisée comme le « Grand Renfermement » (Foucault, 1972).

Au Siècle des Lumières, un usage important est fait de la contention physique. L'émancipation de la société ne concerne pas les fous qui sont enfermés dans des cachots, dans des camisoles de force ou avec des chaînes fixées au mur ou au lit. La douleur est utilisée en guise de thérapie et comme un moyen moral, plus le traitement est douloureux, plus il est estimé efficace (Friard, 2002).

La fin des chaînes et le développement d'objets contenant

Avec la Révolution française, Philippe Pinel et Jean Baptiste Pussin orchestrent la libération des insensés de leurs chaînes et mettent en place les fondements du traitement moral¹¹². En réalité la camisole, le manchon de force, le maillot, la chaise et le lit de force, la station debout contrainte voire même les chaînes sont restés la norme (Fernández *et al.*, 2019).

Le fauteuil de force (ou chaise tranquilisante) proposé en 1812 est un lourd fauteuil sur lequel le sujet est attaché par des entraves à la poitrine, aux bras et aux chevilles. La tête est emprisonnée dans une boîte. Il est abandonné à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle.

La camisole de force aurait été inventée vers 1772 par le médecin irlandais David MacBride et utilisée

112 Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1801.

de la fin du XVIII^e siècle au début du XX^e siècle dans les asiles psychiatriques, les hôpitaux, les prisons et les orphelinats. Il s'agit d'une veste de toile forte blanche avec un laçage dans le dos et des manches fermées croisées par-devant et attachées dans le dos, permettant d'empêcher un sujet de se servir de ses bras. Une autre lanière à l'entrejambe empêche la camisole d'être glissée par le haut. Sur le même principe, le manchon de force ne restreint que l'usage des mains.

Les aliénistes continuent d'utiliser la contention en prévention des actes de violence. L'usage de la camisole est vécu comme un progrès car il permet d'éviter le métal et permet aux malades d'aller et venir au sein de l'hôpital (Caire, 2008).

Michel Caire décrit quelques-uns des dispositifs contenant imaginés et utilisés au XIX^e siècle (Caire, 2008). Tout d'abord les chaînes de William Norris (asile de Bedlam, Londres, 1814) qui a vécu pendant douze ans, attaché par le cou, les pieds, les mains et le tronc avec des chaînes le long d'une barre verticale qui l'empêchait de s'allonger.

Le panier de force en osier, dispositif utilisé à l'asile de Charenton au début du XIX^e siècle, est une boîte un peu plus longue que le corps avec des ouvertures latérales pour attacher les bras et une ouverture pour la tête. Le patient est ainsi maintenu allongé et parfaitement immobile. Ce dispositif a été supprimé par Esquirol en 1825.

Le lit dit « de force » ou « de contention » est un dispositif qui permet d'immobiliser le patient dans une position moins inconfortable que le fauteuil de force. Le patient est camisolé ou attaché par des sangles sur un lit composé d'un treillis de fil de fer recouvert de paille.

L'horloge de force (ou « cercueil anglais ») est une forme d'armoire, de caisse ou de boîte rectangulaire qui fait la taille d'un homme et est percée d'un trou (attribuée au Saxon Heinroth).

La cangue en osier est un cylindre d'osier entièrement matelassé, dont le tiers postérieur est aplati et s'ouvre comme une porte. Le bras est fixé avec des courroies bouclées, qui passent sur l'épaule. Une ouverture sur le tiers inférieur sert au passage des matières fécales quand le malade est couché, et à le tenir propre quand il est debout. La cangue est considérée comme une amélioration par rapport à la camisole anglaise qui peut être facilement ôtée à moins d'un serrage très fort qui comprime la poitrine et gêne la respiration.

Le fauteuil rotatoire de Benjamin Rush a été développé pour contrer l'action supposée trop vive des organes de circulation qui entraînerait une accumulation de sang dans le cerveau. Il s'agit d'attacher le patient sur une chaise et de le faire tourner sur lui-même. Les effets thérapeutiques qui lui sont prêtés sont une sensibilité accrue aux remèdes classiques, une amélioration du sommeil mais surtout une forte crainte chez le patient. Les effets physiques sont cependant nombreux (vertiges, vomissements, évacuation des urines). De nombreux autres exemples de systèmes rotatoires ont été développés afin de mener le malade dans un état proche de la mort et ainsi détruire les racines de la folie dans son esprit (Caire, 2019).

La maladie mentale internée

L'internement des malades mentaux dans un lieu dédié est issu de la tradition arabe des maristans, institutions médicales en pays arabo-musulmans à l'époque classique accueillant d'abord tous les malades sans distinction des affections mentales et physiques, puis utilisées comme asiles d'aliénés. Esquirol s'est ainsi inspiré de la séquestration des aliénés dans la maristane de Fes pour développer les asiles français. Il consacre un chapitre entier à son ouvrage *Des maladies mentales* (1838) à l'isolement, présenté comme un des concepts fondamentaux du traitement moral.

Le malade, qui se laisse aller à perdre la raison, doit surmonter la faiblesse incarnée par la maladie mentale et est guidé dans cette démarche par l'aliéniste, médecin paternaliste. Les traitements physiques peuvent agir sur les maladies de l'âme, les traitements moraux sur les maladies physiques. La rupture avec

les proches, l'ennui, le repli et la frustration permettraient de restaurer la conscience du sujet (Giloux, 2017). Les bienfaits thérapeutiques présumés de l'isolement sont de trois ordres :

- soustraire le malade à son environnement habituel pathogène générateur du trouble ;
- lui faire peur par des stratégies psychodramatiques pour soumettre le délire à la raison ;
- remettre de l'ordre dans les pensées dans un environnement structuré par l'autorité médicale.

Charcot est le premier en France à définir le principe thérapeutique de l'isolement pour la prise en charge de l'anorexie mentale¹¹³. Le système asilaire se ritualise peu à peu et classe les différents types d'aliénés dans des quartiers distincts, produisant une « hygiène de l'isolement ».

Foucault analyse les rapports entre la famille et « l'aliéné » au XIX^e siècle. À cette époque, on considère qu'un malade ne peut pas guérir dans sa famille, milieu incompatible avec l'action thérapeutique du fait d'une « toxicité » des relations au sein de la famille. Le traitement du patient n'est possible qu'en l'extrayant de son milieu familial. La folie est observée comme un péché de la raison, le soin contient alors une partie de châtement moral (Foucault, 1972).

La remise en cause de la contrainte

Au XIX^e siècle, en Angleterre Samuel Tucke considère que le traitement moral de la folie ne doit pas être synonyme de contrainte (*no restraint*) et réserve la contention aux cas exceptionnels (*York Retreat*, 1792). A Paris (Sainte-Anne), sous l'impulsion du psychiatre Valentin Magnan¹¹⁴, les camisoles sont remplacées par les gilets de force, dispositifs moins contraignants qui permettent de se passer de la contention. Il affirme qu'avec la suppression de la contention, les périodes d'agitation diminuent et les épisodes de fureur maniaque ne sont plus observés.

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la clinothérapie transforme progressivement l'asile-prison en asile-hôpital. Guislain, John Conolly et Ludwig Meyer préconisent chacun dans leur pays l'alitement prolongé, pour les états maniaques et les psychoses aiguës d'abord, puis pour la plupart des troubles mentaux. Auparavant, l'alitement pouvait être prescrit sous la forme d'un hamac, ressemblant davantage à un dispositif de contention. L'alitement continu est une des premières expressions de la politique du *no-restraint* qui supprime les cellules d'isolement et les formes de contraintes, de l'Allemagne au reste de l'Europe. En France, la cure de repos n'est cependant proposée qu'aux psycho-névrosés fonctionnels et non aux aliénés (Caire, 2019, p. 124-125). L'alitement est assuré par la parole et la persuasion, « l'habitude deviendrait ici une sorte de camisole morale » (Garnier, 1869 cité dans Caire, 2019, p. 126). Au début du XX^e siècle, on trouve dans les asiles d'un côté les alités et de l'autre les travailleurs disséminés dans les ateliers, les champs et dans les divers services de l'établissement. Ce traitement commun à la plupart des maladies, combiné à une prise en charge individualisée du malade facilite la surveillance et la prévention des automutilations et du suicide (moins d'agressivité et de violence).

Le rôle thérapeutique de la contention institutionnelle est peu à peu remis en cause. Edouard Toulouse prône l'ouverture des hôpitaux et parle d'« asile-village »¹¹⁵. Il considère que l'isolement du patient, « loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez l'aliéné, a, au contraire, pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation »¹¹⁶.

113 Charcot. *Dix-septième leçon : De l'isolement dans le traitement de l'hystérie*, 1890.

114 Séance du 25 octobre 1880, Société Médico-Psychologique, p.446.

115 Brian M. L'utopie asilaire (à propos d'Evariste Marandon de Montyel, médecin chef à Ville-Evrard en 1888). *Nervure*, 1, 1988.

116 Toulouse E. Les pages oubliées : de l'emploi des cellules par Parchappe. *Revue de psychiatrie*, 9, 1897.

Les alternatives à la contrainte physique : la pharmacologie

Tout au long du XIX^e siècle puis du XX^e siècle, la place de la contention au sein des thérapeutiques est débattue, notamment au sein de la littérature anglo-saxonne¹¹⁷. De 1900 à 1910, la contention est toujours fortement critiquée, condamnée ou considérée comme « mal nécessaire » (Palazzolo, 2002). Au-delà de la contrainte physique, les médecins disposent de molécules pour calmer et sédativer les patients : bromure, hydrate de chloral, hyoscine, paraldéhyde, sulfonal et narcotiques. Toutefois l'efficacité thérapeutique de ces contentions chimiques reste très débattue et leurs effets secondaires ne sont pas négligeables.

C'est l'apparition des psychotropes, notamment les neuroleptiques permettant de stabiliser certaines maladies mentales qui contribuera à la réduction des mesures de contraintes physiques au XX^e siècle.

Les alternatives à la contrainte physique : l'hydrothérapie

L'hydrothérapie a été utilisée extensivement à travers les époques, dans une recherche de réharmonisation du corps et de l'esprit. Ainsi le traitement par les bains, douches et boissons répond à une logique humorale. Il s'agit tour à tour d'un traitement sédatif, tonique ou punitif. Les protocoles varient selon le mode d'administration, la pression, la durée d'application ou encore la température selon l'affection à traiter : eau froide tonique et stimulante pour les mélancoliques, calmante pour les maniaques (Caire, 2019).

La balnéothérapie est particulièrement utilisée aux XVII^e et XVIII^e siècles avec une sophistication croissante (affusion, aspersion, immersion, douche en pluie, bains de sudation...). Au XVII^e siècle, Pierre Pome prescrit des bains tièdes prolongés suivi d'un lavement d'eau froide aux hystériques et hyponcondriaques (Caire, 2019, p. 43).

Le soin asilaire du XIX^e siècle comprend un traitement violent : les bains de surprise par immersion brutale qui consistent à brusquement précipiter le patient dans l'eau. Les bains de surprise produisent une secousse somatique, dont le but est de rompre « la chaîne vicieuse des idées » par « des secousses morales » (Esquirol cité dans Brosseau, 2002). L'effet de surprise ou choc émotionnel est associé à la submersion, qui a un effet physiologique supposé dû au froid et à la suffocation (Caire, 2008). Le saisissement corporel est alors sensé rassembler le sujet puisque ce qui effraye violemment l'esprit lui permet de retrouver la raison par une forme de commotion morale (Caire, 2019, p. 49). Philippe Pinel a dénoncé très tôt cette pratique, jugée plus dangereuse que thérapeutique et le procédé est banni au milieu du XIX^e siècle (Caire, 2019, p. 53).

La douche froide fait également partie du soin asilaire. Elle produit un choc frigorifique instantané et puissant qui entraîne une sensation de chaleur périphérique pour réchauffer le corps (accélération du pouls et augmentation de la tension artérielle). Elle est utilisée comme stimulant pour les sujets mélancoliques, comme sédatif chez le maniaque mais surtout comme moyen de répression (Esquirol cité dans Caire, 2019, p. 55). Les effets secondaires sont particulièrement nombreux (commotion, gêne respiratoire, tremblements, lipothymie, malaise).

Moins violents, les bains à carcan ou bains de force utilisant une baignoire à couvercle permettent d'imposer au patient un bain prolongé. Certains bains imposés sont glacés et « le patient agité et violent était vigoureusement saisi et plongé la tête la première dans un bain ordinaire. Il n'avait alors pas la possibilité de se servir de ses membres : il était maintenu ou plongé à plusieurs reprises, jusqu'à l'effet de sédation requis »¹¹⁸.

117 Grob GN. *Mental illness in american society, 1875-1940*. Princeton University Press, Princeton, 1983.

118 Winslow, *The Journal of the American Medical Association*, 1896.

Le procédé des bains prolongés est utilisé avec des températures et des durées variables allant de quelques heures à plusieurs mois et pas nécessairement coercitifs (Caire, 2019, p. 128-131). Ces bains sont parfois médicamenteux (soufre, eau thermale, sels alcalins, plantes médicinales) pour le traitement des manies et mélancolies.

En 1830, Vincent Priessnitz prescrit l'enveloppement pour répondre à l'agitation de certains patients. Il s'agit de placer le patient nu dans des draps humides puis de l'envelopper d'une couverture. Après quelques instants, la sensation de froid et de frisson se transforme en une sensation de chaleur et le patient parvient à s'endormir. L'hydrosudopathie est un procédé supposé thérapeutique qui se développe en Allemagne et est ensuite étendu à d'autres pays dont la France. En 1850, les premiers enveloppements sont décrits dans les annales médico-psychologiques avec pour fondement scientifique l'abord physiologique. Louis Fleury parle des enveloppements humides comme d'une méthode de contention avec effet sédatif, anti-inflammatoire et tonifiant¹¹⁹. Il est utilisé pour traiter la manie, les psychoses ou la mélancolie mais ses indications dépassent largement le cadre de la psychiatrie.

L'hydrothérapie est légitimée en tant qu'acte médical et thérapeutique à la fin du XIX^e siècle et participe ainsi de la médicalisation des asiles, qui voit le changement du rôle de l'infirmier. Pour les patients souffrant de syndrome démentiel, autant que d'accès maniaque, l'hydrothérapie est utilisée plus fréquemment que les autres traitements (Braslow, 1994). Elle est différenciée des bains glacés, a l'avantage de ne pas avoir d'effet secondaire et est plutôt bien tolérée par le sujet. L'efficacité de l'hydrothérapie réside pour les auteurs de l'époque dans ses effets physiologiques d'amélioration de la congestion cérébrale en agissant sur le système vasculaire périphérique, d'élimination des toxines dont la forte concentration pourrait favoriser la folie et de stimulation de la fonction d'excrétion de la peau et des reins (Palazzolo, 2002). La surveillance, notamment infirmière, des paramètres biologiques (pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire) tend à abonder dans le sens d'effets bénéfiques de l'hydrothérapie (Palazzolo, 2002). Son effet thérapeutique calmant est estimé supérieur à celui de l'immobilisation simple ou de la contention (Adler, 1916 cité par Palazzolo, 2002).

Les établissements s'équipent de dispositifs d'hydrothérapie pour réduire la contention physique avec des méthodes qui visent à la remplacer et à obtenir de meilleurs résultats (hôpital d'Etat d'Agnews).

Les packs ou enveloppements humides sont une technique de traitement qui consiste à envelopper un patient de linges humides de façon transitoire. Leur pratique au début du XX^e siècle consiste à envelopper un patient déshabillé dans un drap (suffisamment serré pour empêcher ses mouvements) et à le plonger dans une eau entre 10 et 20°C pendant 15 à 20 minutes, puis dans un bain d'eau tiède pendant deux à trois heures. Il est parfois prescrit une couverture et un drap en caoutchouc « pour que le patient transpire abondamment, ce qui permet de faire circuler le sang, et d'apaiser le sujet qui retrouvera ainsi un sommeil de bonne qualité » (California State Archives, 1919 cité dans Palazzolo, 2002, p. 7). La cure de pack est principalement prescrite à la suite d'une agitation, avec d'autres indications comme la nervosité, l'excitation, l'agressivité, la violence, la non-coopération, ce qui recouvre celles de la contention physique.

Les bains continus pratiqués à l'hôpital d'Agnews visent à limiter la liberté de mouvement du patient. Le patient est placé par les soignants dans une sorte de hamac auquel il est attaché. « Plongé dans un bain, le sujet est ainsi contenu, la tête maintenue par un support fixé à la baignoire. Le flux de l'eau, ainsi que la température de celle-ci peuvent être réglés par l'opérateur. La durée de la procédure peut aller de quelques heures à plusieurs jours » (Palazzolo, 2002, p. 8).

119 Fleury, *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*, 1852.

La recherche d'un effet d'apaisement du patient permet aux médecins et soignants de se démarquer de l'image asilaire et de modifier radicalement l'appréhension d'un trouble du comportement. « Pour les soignants l'hydrothérapie soigne, la camisole contient » (Palazzolo, 2002, p. 11). Pour les patients, l'hydrothérapie se situe entre le soin et la mesure disciplinaire, tout comme la contention. Ils l'évoquent comme un engin de torture, engendrant des souvenirs effrayants, permettant de punir des patients irrespectueux du cadre institutionnel et seulement parfois comme source de réconfort.

L'affaire Webster, qui a pour objet de déterminer si la contention est utilisée dans un but thérapeutique, punitif ou contenant décrit le pack comme une procédure « beaucoup plus brutale que la camisole : le malade peut rester enveloppé de trois à quatre heures, quand ce n'est pas un à deux jours, sans pouvoir faire le moindre mouvement. Certains y ont perdu la vie » (California State Archives, 1919 cité dans Palazzolo, 2002, p. 10).

Cette pratique disparaît lors de la première moitié du XX^e siècle en France, à cause de l'insuffisance des fondements théoriques notamment face à la concurrence de la psychanalyse et de la neuropharmacologie. Certains auteurs dénoncent les usages d'enveloppements motivés par la seule volonté d'immobilisation du patient, c'est notamment le cas dans les asiles américains des années 1930-1940 (Palazzolo, 2002).

Dans les années 1940-1950, la clinique psychiatrique privée de Chestnut Lodge à Rockville (Maryland, USA) réhabilite les enveloppements thérapeutiques dans une approche psychothérapeutique des psychoses (Frieda Fromm-Reichmann). Le patient est immobilisé par l'enveloppement pendant son heure analytique, peu importe l'affection dont il souffre (Skuzka & Bangerter, 2018). La méthode des enveloppements humides s'autonomise par rapport à la psychothérapie intensive grâce au psychanalyste américain Michael A. Woodbury et Paul-Claude Récamier qui réinvestissent la dimension relationnelle et la dynamique d'équipe. Il s'agit d'un traitement à part entière dont le but est « de donner au malade une stimulation du schéma corporel, de contrôler ses tendances autodestructives et agressives, sans l'aliéner par la médication ou l'isolement »¹²⁰.

Les alternatives à la contrainte physique : la malarithérapie

La malarithérapie est l'approche thérapeutique qui répond aux exigences d'efficacité et de spécificité de la médecine du XX^e siècle. Wagner von Jauregg en 1917 montre que l'état de ses patients s'améliore après une paralysie générale engendrée par l'injection de sang infesté par le paludisme. La période d'incubation dure généralement une semaine, et est suivie par la survenue de nausées, de lipothymie et de sueurs froides. La fièvre et les sueurs froides surviennent quotidiennement. Au bout de douze cycles environ, les médecins administrent au patient du sulfate de quinine pour traiter l'infestation paludéenne. Il arrive que les patients ne survivent pas à la thérapie et ils décrivent une expérience terrifiante. Néanmoins les patients sont beaucoup plus coopérants pour ces soins que pour l'hydrothérapie (Palazzolo, 2002, p. 12-13).

L'ouverture des asiles

Il n'existe pas de preuve de la baisse du recours à la contention mécanique dans la première moitié du XX^e siècle, les conditions d'hospitalisation restant très disparates (Fernández *et al.*, 2019). Cependant l'arrivée de la psychanalyse change la conception de la maladie mentale et permet le développement de la psychothérapie.

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la révélation de l'abandon de 45 000 patients morts de faim

120 Woodbury, *Schéma corporel et trame perceptive*, 1966.

dans les asiles, ainsi que les études sur la désagrégation psychique de ceux qui ont vécu l'expérience de l'enfermement concentrationnaire¹²¹, conduit la psychiatrie à passer d'une hygiène de l'isolement à une hygiène de la liberté (Evariste Marandon de Montyel cité dans Fernández *et al.*, 2019). Une psychiatrie humaniste se construit, estimant que l'appartenance à un groupe et l'échange avec autrui permettent de lutter contre l'isolement moral.

Dans les années 1940 et 1950, deux mouvements permettent la transformation de l'appareil de soin. D'une part, l'utilisation des neuroleptiques (notamment la chlorpromazine (Largactil) des docteurs Henri Laborit, Jean Delay et Pierre Deniker), permet de stabiliser certaines pathologies et les malades peuvent alors sortir de l'hôpital.

D'autre part, Lucien Bonnafé remet en cause le caractère thérapeutique de l'isolement : « si l'isolement est une cure, alors il faut en définir la posologie »¹²². Les théoriciens de la psychothérapie institutionnelle tels que François Tosquelles, Georges Daumezon et Philippe Koechlin s'intéressent également à l'isolement comme outil thérapeutique et entament un processus de désaliénation avec des expériences de thérapies institutionnelles novatrices. Paul Sivadon crée le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de Ville-Evrard. Contre la violence institutionnelle, Philippe Paumelle invite à penser l'accueil et le soin des malades à partir d'une transformation de l'institution avec en premier lieu la diminution de l'utilisation de la contention (Fernández *et al.*, 2019).

L'essor de l'antipsychiatrie s'oppose à toute forme de contrainte et conteste le primat de l'hôpital (Foucault, 2003). C'est ainsi que se développe dans les années 1960 la psychiatrie hors les murs.

La contention aujourd'hui

Dans les années 1990, la chambre d'isolement devient peu à peu la réponse à la crise et s'installe dans presque toutes les unités de soins (Velpry, 2019).

En 1998, un audit de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) mené par un collectif de professionnels qualifiés en santé mentale permet d'évaluer la pratique de l'isolement dans 26 établissements psychiatriques. Cet audit définit 23 critères nécessaires pour que l'isolement soit thérapeutique, et comprend notamment la nécessité que la contention physique soit réalisée avec les matériels adéquats, en tenant compte du confort du patient et qu'un entretien sur le vécu du patient en chambre d'isolement ait lieu après sa sortie. Dans ce contexte, la chambre d'isolement, aussi appelée chambre de soins intensifs, permet au patient de recevoir des soins relationnels favorisés par une surveillance soignante rapprochée (Giloux, 2017).

S'agissant de la psychiatrie adulte, la HAS a défini les contours des modalités pratiques du protocole de mise sous contention mécanique (2017) en précisant qu'il devait s'effectuer dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet, qui soit un environnement soignant et sécurisé sur le plan architectural, respectant l'intimité et permettant repos et apaisement. Le patient est immobilisé par quatre soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse) et un cinquième soignant maintient la tête. L'équipe soignante s'assure que la contention manuelle, avant la mise sous contention mécanique, n'entrave pas la capacité du patient à respirer notamment en appliquant une pression sur la cage thoracique, le cou ou l'abdomen ou en obstruant la bouche ou le nez. Lors de la contention manuelle, la force appliquée doit être justifiée, appropriée, raisonnable, proportionnée à la situation et durant le temps

121 Masson. *Psychopathologie de l'attente, de l'isolement et de l'ennui*. Congrès des Aliénistes de Langue Française, Luxembourg, 1952.

122 Bonnafé, *Réflexion sur l'isolement thérapeutique*, 1949.

le plus court possible. Lors de la mise sous contention, la tête du patient doit être protégée en s'assurant qu'il est toujours dans une position qui lui permet de respirer.

Le patient est couché sur le dos, sur un lit adapté, chaque membre est maintenu par une attache verrouillée. En fonction du niveau de contention requis par la situation clinique, une ceinture ventrale peut être mise en place. Le matériel de contention et les attaches doivent être adaptés au poids et à la stature du patient. Si nécessaire, un traitement sédatif est administré d'emblée, autant que possible par voie orale.

Selon certains auteurs, des reliquats du traitement moral subsistent cependant : une architecture des lieux de soins parfois carcérale, un désintérêt pour les éléments de confort en chambre d'isolement (sonnette, toilettes) (Giloux, 2017). La levée progressive du tabou sur les pratiques de contrainte tend à les rendre plus visibles.

Un dispositif médical particulier

Les dispositifs de contention mécanique ne répondent pas exactement à la définition de dispositif médical du Code de la Santé Publique (Ruesche, 2018). Cependant, la certification par les fabricants de leurs dispositifs de contention en dispositif médical de classe I a conduit l'ANSM à les considérer ainsi. Dans le cadre de la matériovigilance, les pharmaciens et les magasins généraux des établissements s'assurent de leur conformité aux recommandations.

Les dispositifs de contention mécanique présentent une grande variété de conception, de matériaux, de systèmes de fermeture (Afssaps, 2011). Les plus utilisés sont :

- des sangles de néoprène aux 4 membres attachées au lit, et qui peuvent être complétées d'une sangle ventrale, des ceintures abdominales destinées à la contention au fauteuil ou au lit avec ou sans maintien pelvien, avec ou sans sangles latérales de sécurité,
- des gilets de contention avec des sangles d'épaules ajoutées sur la ceinture abdominale, gilet côté ventral dont les extrémités au niveau des épaules se poursuivent par des sangles d'attache, avec ou sans maintien pelvien,
- des attaches poignets et des attaches chevilles.

Dans les services de soins ne relevant pas de la psychiatrie (gériatrie, EHPAD, réanimation, neurologie...), les barrières de lit sont le dispositif de contention le plus utilisé.

Focus sur les couchages de contention

L'usage des draps-ceintures dans les contextes de soin gériatrique demeure peu discuté. La sécurisation des personnes et la technicité de la décision de leur usage l'expliquent en partie (Velpry & Saetta, 2018).

Le 25 juillet 2017, l'ANSM prend une décision de police sanitaire et retire du marché un couchage de contention. En 2018, un Comité Scientifique Spécialisé Temporaire sur les « Dispositifs médicaux de contention physique » est mis en place pour réviser les recommandations de l'Afssaps¹²³. Le comité estime que le couchage de contention doit être considéré au même niveau qu'une chambre d'isolement ou une contention quatre membres (indications, prescription, finalité). La destination d'usage doit être la plus précise possible, notamment en mentionnant le profil de patient pour lequel il s'agit d'une bonne indication¹²⁴. Le

123 Comité Scientifique Spécialisé Temporaire sur les « Dispositifs médicaux de contention physique » <https://www.anism.sante.fr/L-ANSM/Comites-scientifiques-specialises-temporaires/Comites-scientifiques-temporaires/Comites-scientifiques-temporaires/CSST-Dispositifs-medicaux-de-contention-physique>

124 Comité Scientifique Spécialisé Temporaire sur les « Dispositifs médicaux de contention physique » <https://www.anism.sante.fr/L-ANSM/Comites-scientifiques-specialises-temporaires/Comites-scientifiques-temporaires/Comites-scientifiques-temporaires/CSST-Dispositifs-medicaux-de-contention-physique>

comité précise que le couchage de contention est un outil de prévention des déambulations, dans le cas de patients ayant des perfusions la nuit et non agités. Pour une bonne installation, certains points doivent faire l'objet d'une attention particulière comme :

- la mise en place obligatoire des deux barrières entières relevées, avec préférentiellement le système de verrouillage aux pieds, et la vérification de leur fonctionnalité ;
- la vérification de l'intégrité du dispositif ;
- le choix du modèle en fonction de la taille, morphologie, tour de taille du patient et poids ;
- la fixation des sangles sur la partie mobile du lit comme le sommier.

Il est rappelé que le couchage de contention n'est pas adapté au sujet adulte en psychiatrie.

Les alternatives à la contention : les objets contenantants

A la diversité de matériels de contention, s'adosse une diversité plus grande encore d'objets contenantants.

Au-delà de la thématique d'attachement et d'immobilisation, les objets contenantants visent à se réapproprier le corps en luttant contre les angoisses de morcellement, de chute, de désorientation ou d'absence de relation à son corps. Les pratiques psychocorporelles s'appuient ainsi sur plusieurs fondements : les flux de mouvements, la dichotomie dedans/dehors, le poids qui mobilise les notions de support et d'appui, l'axialité qui renvoie également à la spatialité, l'usage du corps dans les gestes qu'il permet, leurs qualification et expressivité et enfin leur symbolisation et les sensations qu'ils permettent (Lesage, 2015). Les fonctions de ces objets peuvent donc être de :

- apaiser, c'est le cas des vêtements ou couvertures lestés ;
- supporter, c'est le cas du hamac utilisé dans les thérapies de portage ;
- protéger, maintenir et fournir un axe corporel, notamment dans les cas de déficit de tonus postural, c'est par exemple la fonction du corset ;
- faire ressentir le corps unifié, c'est l'objet des enveloppements humides comme le « *packing* » ou encore le maillot complet (Azoulay & Raymond, 2017).

Cette historiographie des moyens contenantants suit les représentations sociales de la maladie mentale et les tensions entre la nécessité de protection et le besoin de soins. Les objets contenantants comme alternative ou dispositif complémentaire à la contention involontaire mobilisent ainsi des notions psychanalytiques qui dépassent la seule protection.

b. La fonction de réassurance du « bord »

D'abord extensivement étudiée par la clinique de l'autisme, la théorisation de la fonction de réassurance du « bord » souligne un principe plus universel.

Dans sa métaphore du moi-peau, Didier Anzieu développe la notion d'enveloppe psychique qui est plus abstraite et qui englobe notamment l'idée de bord. « L'enveloppe bord délimite un territoire fixe, mais il y a fluctuation des limites par pression de l'extérieur qui rétrécit le territoire et/ou par poussée de l'intérieur dans le sens d'une expansion ; d'où le couple principal dedans/dehors » (Anzieu, 2003, p. 31).

Dans la clinique de l'autisme, les « comportements de frontières » entre le soi et le non-soi décrits par Bruno Bettelheim¹²⁵ rassemblent les sujets qui cherchent les murs, s'adosent pour trouver un bord dur. Il décrit le comportement de Laurie, une petite fille autiste pour qui ses frontières « étaient vraiment « son »

125 Bettelheim. *La forteresse vide*, 1967, p.273.

invention, « sa » création, à partir des matériaux externes afin de maîtriser les tensions internes »¹²⁶. Ce processus de délimitation entre son espace à soi et l'espace des autres est particulièrement crucial pour la construction du monde intrapsychique, notamment chez Didier Houzel. « La construction progressive d'un objet limitant et contenant permet peu à peu de mieux distinguer le dedans et le dehors, le monde intrapsychique du monde extérieur ». Pour rendre compte de l'espace autistique, il fait référence à la bande de Moëbius, monde « à un seul bord et à une seule face. Il n'est plus possible de distinguer un bord inférieur et un bord supérieur, une face externe et une face interne »¹²⁷.

Ce processus n'est pas uniquement synonyme de délimitation mais aussi de protection, de sauvegarde et de réassurance par le bord¹²⁸ contre une possible déstabilisation du monde du sujet (Brémaud, 2011), ainsi il semble important pour des personnes autistes de créer leur propre bord protecteur entre leur monde et celui des autres. Cette clinique du bord lacanienne voit la création du bord comme « formation protectrice contre l'Autre réel menaçant »¹²⁹.

Le témoignage célèbre de Donna Williams indique ainsi que « Dessiner des cercles, des frontières, des lignes de bordure sert de moyen de protection contre l'invasion extérieure, venue du "monde" »¹³⁰.

Selon Frances Tustin, ce besoin de limites et de surface est lié à une expérience bidimensionnelle du monde qui trouve un réconfort et un apaisement dans les sensations tactiles à la surface du corps des personnes autistes¹³¹. Il décrit les autismes à carapace (durs) pour lutter contre la panique entraînée par une séparation corporelle ressentie comme insupportable et les distingue des autismes chiffons (mous) par la question du tonus musculaire qui permet d'adapter la thérapie contenantante.

Tout l'objet de la thérapie est donc d'utiliser ce bord, de le déplacer, de le desserrer, de l'étendre à mesure que l'autre n'est plus perçu comme menaçant, pour créer un entre-deux dans lequel les échanges peuvent advenir. Le thérapeute est alors selon Éric Laurent « Un Autre avec lequel quelque chose peut se négocier, à l'intérieur de cet espace qui est celui d'un certain jeu (...). Ce que nous essayons d'obtenir, c'est une immersion dans cet espace de jeu et la construction du bord qui se produit dans la relation »¹³².

Ainsi, la thérapie permet de « passer d'un contenant qui nous borde à un structurant qui nous porte » et doit être une « enveloppe structurante » (Bourgeois, 2020). La relation thérapeutique peut être médiatisée par des contenantants physiques comme l'eau (piscine, baignoire) ou les tissus (hamac, serviettes, draps secs), qui, en apaisant l'angoisse et la raideur musculaire, permettent de restaurer une enveloppe psychique sécurisante (Muths, 2011).

c. L'intégration sensori-motrice et la pression profonde

Le développement de moyens contenantants se fonde également sur les bases théoriques empruntées à la psychomotricité et aux neurosciences.

126 Rey-Flaud. *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage*, 2008, p.275.

127 Houzel, Le monde tourbillonnaire de l'autisme. *Lieux de l'enfance*. 1985.

128 Buten, *Quand j'avais 5 ans ...*, 1981.

129 Maleval, *L'autiste et sa voix*, 2009, p.108.

130 Donna Williams. *Si on me touche, je n'existe plus*, 1992.

131 Tustin, *Autisme et protection*. Paris ; Seuil ; 1992, p.62.

132 Laurent, Les futurs des spectres de l'autisme, *Quelque chose à dire à l'enfant autiste*. Editions Michèle, 2010, p.227.

L'intégration sensorielle

En psychomotricité, les objectifs peuvent être par exemple : de permettre une meilleure régulation tonico-émotionnelle ; de favoriser un mieux-être psychocorporel ; d'amener à un réinvestissement corporel ; d'apporter des sensations corporelles restructurantes et d'améliorer la conscience corporelle et le rapport à l'environnement. L'approche corporelle en psychomotricité est ainsi de susciter et d'analyser l'expérience du corps en relation, de ses fonctions instrumentales et de leurs composantes affectives, historiques et relationnelles. La médiation corporelle en psychomotricité vise à mettre dans une certaine disposition le sujet, pour activer ou réactiver des éprouvés corporels, en utilisant des médiums (objet concret, technique ou encore objet culturel) pour leurs qualités intrinsèques mais aussi et surtout pour le processus qu'ils permettent d'engager avec le thérapeute. A ce titre, la lecture du corps du sujet et la corporéité du thérapeute sont engagées différemment selon le médium utilisé (Rodriguez, 2012).

L'intégration sensorielle fait référence en neurophysiologie aux processus de réception, modulation et intégration des informations sensorielles. Ce terme est utilisé en ergothérapie pour désigner une approche développée par Ayres dans les années 1960 et 1970 de prise en charge des troubles d'intégration sensorielle qui traduisent une mauvaise adaptation du comportement au contexte environnemental, qu'il soit physique ou social. Cette théorie postule que les difficultés perceptuelles, sensorielles et motrices seraient en partie dues à une mauvaise intégration des informations sensorielles et à l'incapacité du système cortical de moduler et de réguler les émotions provenant du système limbique (AETMIS, 2010).

Le toucher en neurosciences

Plusieurs fonctions sont accordées au sens du toucher.

Le toucher haptique (porté par les fibres nerveuses Aβ et le récepteur mécanique Piezo (Coste *et al.*, 2010)) permet la manipulation des objets, la dextérité, l'équilibre, la posture et l'adaptation des mouvements (en lien avec la proprioception et le système vestibulaire).

Le toucher douloureux (porté par certaines fibres nerveuses C) permet de protéger l'intégrité du corps en informant sur les stimuli nociceptifs.

Le toucher affectif permet le développement affectif, l'équilibre social et intervient aussi bien dans des réactions de plaisir, que de rejet, de défense et de protection. La recherche en neurosciences a permis d'identifier le support anatomique du toucher affectif (McGlone *et al.*, 2014) : une autre population de fibres nerveuses de type C, dont les récepteurs au niveau de la peau répondent à des stimuli de type caresse et qui ne provoquent pas de réponse motrice immédiate. La réponse maximale de ces fibres correspond à la température de la surface de la peau (32-34°), donc quand le sujet est touché par un autre. Elles projettent dans le cortex insulaire et le système limbique, régions impliquées dans les émotions.

C'est sur cette dernière fonction du toucher que les différentes pratiques de massage thérapeutique tentent d'intervenir afin de répondre à la douleur, l'anxiété, l'agitation ou encore pour des enfants nés prématurés (Rodgers *et al.*, 2015). Les effets investigués sont une activation de la circulation sanguine, du drainage lymphatique et du système immunitaire, une libération de sérotonine et d'ocytocine ainsi qu'une réduction de la sécrétion de substance P (douleur) et de cortisol (stress).

La pression profonde

La pression profonde fait partie des thérapies d'intégration sensorielle et motrice et fait référence à la sensation somatosensorielle résultant de la déformation mécanique de la peau et de la stimulation des fascias et du périosteum. Cette thérapie utilise la pression pour créer un maintien, une étreinte qui provoquent une diminution des niveaux de stress et d'anxiété, une augmentation du niveau d'éveil et *in fine*

un apaisement (Andersen *et al.*, 2017).

En se basant sur son expérience personnelle et l'observation des bovins qui se calment une fois contenus dans le travail à ferrer, Temple Grandin (1994) invente la machine à câlin, machine à serrer ou appareil à pression, destiné à calmer les personnes hypersensibles lorsqu'elles en ressentent le besoin ou l'envie. La machine à câlins est conçue pour « amorcer la tolérance au toucher, réduire l'hyperactivité et diminuer la surexcitation du système nerveux » (Grandin, 1994, p. 221). La pression doit être égale sur tout le corps pour que « la sensation de pression vous enveloppe tout entier et crée un environnement qui vous soulage. Au même moment, le cerveau reçoit d'importantes stimulations par pression. La pression appliquée par la machine stimule les récepteurs de pression des prolongements nerveux de la moelle épinière » (Grandin, 1994, p. 222). La pression profonde et la maîtrise de la stimulation sont pour Temple Grandin la solution pour résoudre son anxiété et ses problèmes sensoriels et éviter les automutilations. Impliquée dans la défense du bien-être animal, elle rapproche la perception animale de celle des autistes en termes de sensibilité à l'environnement (sur-stimulation dans les contacts sociaux).

La machine à câlin se compose de deux parties latérales amovibles, avec une épaisseur de rembourrage doux, en forme de V, et un système de contrôle à une extrémité avec un robuste tube conduisant à un compresseur d'air. À l'aide de la pression exercée par le compresseur d'air et contrôlée par l'utilisateur, les côtés appliquent une pression profonde créant une stimulation uniformément sur les parties latérales du corps. L'étreinte est provoquée par l'utilisateur lui-même.

Aux États-Unis et au Canada, plusieurs programmes de traitement utilisent la machine à câlins pour ses effets calmants chez l'enfant et l'adulte avec autisme. Une étude sur l'effet de la pression profonde procurée par l'appareil de Temple Grandin chez des enfants avec autisme a conclu à une réduction de la tension et une moindre réduction de l'anxiété (Edelson *et al.*, 1999). L'étude de l'usage de la pression profonde dans la réduction de l'anxiété chez les personnes hypersensibles s'est étendue aux sujets présentant d'autres comorbidités comme l'hyperactivité ou encore le trouble bipolaire (Grandin *et al.*, 2014). Un fauteuil à étreinte destiné au milieu médico-social et au milieu ordinaire a été récemment développé¹³³.

La pression profonde est également utilisée sous la forme de massage-compression en combinaison avec un système sandwich (cas Hakim).

Ainsi les concepts et objets contenantants ont évolué avec le souci de proposer une forme thérapeutique pour les troubles psychiatriques, avec des résultats souvent contrastés qui entretiennent la controverse sur leur efficacité.

2. L'hypothèse d'un rôle thérapeutique de la contention

a. Les différentes formes de la fonction thérapeutique de la contention

Toute l'hypothèse de l'ouvrage de Jérôme Palazzolo est indiquée par Guy Darcourt dans la préface : « puisqu'il n'est pas possible de réaliser le rêve de la suppression de toute contrainte, faisons-en un moyen psychothérapeutique » (Palazzolo, 2002, p. 5) afin de créer un cadre favorable à l'instauration de soins adaptés (Palazzolo, p. 70). La fonction thérapeutique accordée à la contention, sous les diverses formes qu'elle peut prendre, est de plusieurs natures.

¹³³ Pour en savoir plus : <https://www.audrainalexia.com/>

Fonction apaisante

La contention (mécanique ou institutionnelle) peut avoir une fonction apaisante lorsqu'elle est conçue comme une protection contre soi-même et des autres, notamment au travers de la réduction des stimuli sensoriels dans un lieu constant et régulier (Gutheil, 1978). Dans une chambre d'isolement, le sujet reçoit moins de stimulations sensorielles (visuelles, auditives, tactiles) de l'extérieur, ce qui est considéré comme positif dans la prise en charge de l'agitation par de nombreux auteurs (Palazzolo, 2002, p. 43). La baisse de l'agitation induite par la diminution de la stimulation sensorielle permet alors aux soignants d'établir une relation thérapeutique. Les affections concernées sont la schizophrénie (Fisher, 1994), les troubles du comportement (Alty & Mason, 1994), les troubles de la personnalité dans lesquels l'objet contenant peut représenter une sorte de limite externe pour un sujet dont les limites internes sont défaillantes (Hodgkinson, 1985). L'objet contenant est alors le support d'une médiation lorsque la communication avec le patient en décompensation n'est plus possible.

L'isolement permet de limiter des relations interpersonnelles parfois vécues comme extrêmes, notamment pour des patients au mode de fonctionnement paranoïde (Baldo, 2015).

La contention physique est également envisagée comme outil de soin permettant dans des cas exceptionnels de renouer une alliance thérapeutique avec des patients hostiles, inaccessibles, hermétiques à tout dialogue et dans un agir violent (Azoulay & Raymond, 2017).

Fonction psychanalytique

Certains auteurs soulignent le rôle thérapeutique de la contention sous ses différentes formes en adoptant une approche psychanalytique. Il s'agit notamment d'un retour à l'autonomie par la régression. Anzieu décrit ainsi le processus de défusion, rupture de la peau commune, induit par l'isolement. Chez le patient psychotique par exemple, la fuite et la violence ne sont plus possibles comme défense contre l'angoisse. L'isolement ou la contention convoque alors les notions d'enveloppe psychique et de contenance. A titre d'exemple, certains enfants ont besoin d'être contenus de façon mesurée à certains moments rythmés de la journée pour développer des capacités de socialisation et de communication (Kinoo & Kpadonou-Fioffi, 2008).

L'accompagnement de l'équipe soignante est essentiel dans le processus d'individuation. Comme l'indique Paul Sivadon, « c'est la proximité attentive des soignants qui donne à la contrainte sa dimension de soin » (Azoulay & Raymond, 2017). La fonction contenante ne peut donc exister que par l'intermédiaire des soignants qui permettent le passage du contenant matériel au contenant psychique. « La contention physique n'est thérapeutique que si elle est pensée comme du soin intensif et uniquement si elle va de pair avec un accompagnement constant » (Azoulay & Raymond, 2017). La restructuration est alors possible, en utilisant le dispositif de contention (chambre d'isolement, liens) comme médiateur.

Fonction comportementale

La fonction thérapeutique de la contention peut être également comportementale, lorsque le patient associe à l'hospitalisation, à la mise en chambre d'isolement ou encore à la contention physique une diminution des sollicitations extérieures envahissantes (Baldo, 2015). Un processus de conditionnement intervient : l'apaisement procuré est un renforcement positif. Ce type de renforcement peut également être observé chez des patients qui trouvent de la valeur dans l'augmentation de la présence soignante auprès d'eux.

À l'inverse, la contention souvent décrite comme pénible par le sujet, peut également constituer un stimulus fortement aversif (Kahng *et al.*, 2008). Une stratégie d'évitement peut être élaborée par le sujet (Perron *et al.*, 2017). La contention prend alors un rôle de punition comportementale qui limite la nécessité de son usage. Il convient de rappeler que l'utilisation de l'isolement ou de la contention à visée punitive

n'est recommandée par aucune autorité médicale, administrative ou judiciaire. Cependant, certains auteurs ont pu évoquer l'usage de la contention à visée punitive « positive » dans le cadre de troubles du comportement pour permettre à un patient de faire la part entre un comportement acceptable ou non (agression, exhibitionnisme, hurlements...). Ces pratiques relèvent le plus souvent de la prise en charge de patients psychotiques chroniques déficitaires (Tomasoa & Huipers, 1988 ; Mason, 1993 cités dans Palazzolo, 2002, p. 49). L'usage de l'isolement et de la contention pour assurer le maintien de la discipline dans une unité de soins expose néanmoins les équipes soignantes à des dérives fréquentes et à une large place de l'arbitraire.

La mise en œuvre de mesures contraignantes d'isolement ou de contention de manière préventive peut également conduire à une forme d'extinction du conditionnement ayant pour objet de limiter le comportement violent, en supprimant les facteurs causaux.

b. Le cas particulier du « packing »

Un cas particulier relatif aux enveloppes structurantes contenant et présent dans la clinique des « contentions thérapeutiques » est celui du « packing », une pratique d'enveloppements humides toujours utilisée bien que controversée et non recommandée par les autorités sanitaires.

Une pratique ancienne

En 1830, Vincenz Priessnitz prescrit l'enveloppement pour répondre à l'agitation de certains patients et Louis Fleury parle d'enveloppements humides¹³⁴ comme d'une méthode de contention. Les premiers effets thérapeutiques rapportés le sont dans un cas de *delirium tremens* (1878), puis un effet calmant sur un grand nombre de patients (Adler, 1916). Marginalisée depuis l'avènement des neuroleptiques et antipsychotiques, la technique reparait outre-Atlantique.

Les praticiens américains de la clinique de Chesnut Lodge adaptent le « packing » tel qu'il était pratiqué par Vincenz Priessnitz au XIX^e siècle à la pensée psychanalytique pour traiter les décompensations psychotiques aigües. C'est l'aspect enveloppe-corps qui prime sur l'aspect corps-eau et le différencie de l'hydrothérapie (Albernhe, 1992). Le temps du réchauffement corporel provoqué lors de l'enveloppement humide est utilisé pour le travail psychothérapique, avec le consentement du patient¹³⁵. Il est supposé que la régression massive et la stimulation sensitive participent à la restructuration des patients dissociés (Caire, 2019, p. 136). Michael Woodbury montre que les enveloppements sont une alternative aux médicaments (Woodbury, 1966). Une étude menée aux États-Unis démontre que la technique est suffisamment sécurisée et a des effets calmants intéressants et utiles (baisse de l'agitation et des automutilations) qui vont au-delà de la contention (Rosen & DiGiacomo, 1978).

Mickaël Woodbury rencontre ensuite Philippe Paumelle en 1966 qui importe la technique en France dans de nombreux lieux de soins : clinique de la Borde avec Jean Oury, service de Roger Gentis et Juliette Planckaert, Guy Baillon et Claudie Cachard à Ville-Evrard...

134 Fleury, *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*. 1852.

135 Joanne Greenberg, célèbre ex-patiente de Chestnut Lodge et auteure du roman autobiographique *Jamais je ne t'ai promis un jardin de roses*, écrit sous le pseudonyme de Hannah Green (1978) : « Je savais que cette capacité de s'arrêter et de regarder à l'intérieur de soi-même, c'était ce que les personnes bien portantes possédaient. Et je savais que ce sentiment extraordinaire dans l'enveloppement venait de moi-même et non pas du médicament. J'ai appris pour la première fois qu'il y avait une différence entre dehors et dedans, et le dedans m'est alors devenu accessible. Lorsque je l'ai appris, je l'ai vu, je ferai tout pour le promouvoir. »

Les indications

Chez les enfants, le « *packing* » a d'abord été utilisé pour les troubles du comportement résiduels d'une encéphalite de Von Economo (1921), les autismes automutilateurs et psychoses hyperviolentes (Goeb *et al.*, 2009), et plus récemment pour les anorexies mentales très graves, dans les cas de vécu corporel fragmenté et avec angoisses de morcellement. Le but est de limiter l'agitation, stéréotypée ou non, par effet mécanique, mais surtout de faire reprendre au patient une certaine conscience de l'image de son corps et des limites spatiales de celui-ci. Il est aujourd'hui utilisé en pédopsychiatrie dans les indications de catatonie (symptômes moteurs, comportementaux, affectifs et régressifs) et de troubles du comportement dans l'autisme ou le retard mental (Cohen *et al.*, 2009; Goeb *et al.*, 2009). Dans ces psychopathologies, il est supposé que « l'enveloppe-peau ne fait pas office de protection, de dénomination dedans/dehors, et n'observe pas la fonction entre les différentes parties du corps pour dégager un sentiment d'unité » (Saez dans Delion, 2007, p. 106).

Plus rare pour les adultes (Le Clanche, 2018), certains services l'utilisent pour les patients ayant recours à des défenses projectives archaïques, dans l'incapacité de formuler une demande d'aide autrement que par un état de régression ou des patients psychotiques présentant des troubles tels que : mutisme ou logorrhée ; manifestations comportementales (agitation, crises clastiques répétitives, automutilations itératives, encoprésie ou décompensations archaïques) ; dépersonnalisations engendrées par l'angoisse (perte de l'intégrité corporelle, angoisse de morcellement). Il s'agit alors d'une alternative aux moyens de contention protocolisés dans les états d'agitation aiguë (Le Clanche, 2018).

Un protocole actualisé

Concernant la prise en charge en pédopsychiatrie, Pierre Delion (2007) en précise le protocole de soin. Celui-ci est conditionné par un accord des parents et de l'enfant dans le cadre d'un projet de soins individualisés (Goeb *et al.*, 2009). La salle dans laquelle se déroule la séance doit y être dédiée et être faiblement éclairée pour ne pas surstimuler l'enfant. Sous la supervision d'un psychomotricien, il est déshabillé et enveloppé par quatre soignants dans des serviettes humides froides (10-15°C), d'abord chacun des membres séparément puis ensemble le long du corps. Il est ensuite enveloppé dans un drap sec, puis un tissu imperméable, puis deux couvertures. La durée d'une séance est de 45min – 1h pour que le réchauffement puisse avoir lieu grâce à la propre chaleur de l'enfant. Deux soignants restent auprès de lui en observateur (en référence aux travaux d'Esther Bick sur l'observation des bébés). Une surveillance des constantes cardiaques et respiratoires est effectuée en amont et à l'issue de la session (Consoli *et al.*, 2010). La durée du traitement (nombre et fréquence des séances) varie en fonction des équipes et des besoins des patients (Le Clanche, 2018).

Les processus physiologiques sous-jacents

Le saisissement par le froid, les sensations de serrage, le réchauffement rapide sont supposés saturer la sensorialité cutanée du corps dans son entièreté, procurant à l'enfant une impression de rassemblement (Delion, 2007, p. 25).

Le pack sollicite le système de régulation thermique du corps car la température superficielle est transitoirement diminuée. Soumis au froid, il va réagir de plusieurs façons pour maintenir une température corporelle stable : vasoconstriction sous-cutanée, réduction du débit sanguin, baisse des échanges thermiques avec le milieu extérieur, augmentation du tonus musculaire, frissons et mobilisation des stocks de glycogène hépatique. Ces différents processus physiologiques sont supposés entraîner une situation de bien-être corporel chez le sujet (Saez dans Delion, 2007, p. 110).

Sylvie Tordjman propose une hypothèse neurophysiologique de l'effet du « *packing* » : le saisissement par le froid induirait une sensibilité thermo-algique passant par le faisceau spino-thalamique. Cet effet est supposé inactiver la stimulation douloureuse et les effets induits par les automutilations en utilisant le même circuit neurophysiologique. La sensation nociceptive induite par le froid permet de détourner l'attention de l'enfant auparavant concentrée sur la sensation douloureuse due et contrôlée par les automutilations (Goeb *et al.*, 2009). La répétition de la pratique du « *packing* » est ainsi supposée déshabituer l'enfant de ses conduites auto-agressives en détournant son attention des sensations qui en découlent (Delion, 2007).

L'autisme est souvent associé à un trouble de la perception de la douleur avec des observations cliniques d'absence de retrait nociceptif dans des situations aversives (fractures passées inaperçues mais avec augmentation du retrait autistique). Longtemps interprété comme une baisse de sensibilité à la douleur chez les patients autistes, son travail cherche à démontrer l'hypothèse d'une augmentation d'activité centrale des opioïdes. L'augmentation des taux de β -endorphines corrèle avec la sévérité des automutilations dans de premières études (Tordjman *et al.*, 1997, 2009) en faveur de cette théorie des opioïdes, mais souffrent d'un manque de reproductibilité (Tordjman *et al.*, 2018). Ces résultats sont toutefois à modérer par le fait qu'il s'agit de dosages plasmatiques et que les β -endorphines ne sont pas en mesure de traverser la barrière hématoencéphalique.

Par ailleurs, l'équipe de Sylvie Tordjman a pu montrer qu'à la suite d'une stimulation douloureuse, l'enfant exprime sa douleur sans essayer d'intervenir sur l'agent causal et c'est à ce moment que des conduites hétéro-agressives envers les personnes ou les objets apparaissent (Tordjman *et al.*, 1999).

Elle a montré que la douleur chez les patients autistes ne s'exprime pas avec des réponses comportementales extériorisées de réactivité à la douleur (absence d'expression émotionnelle ou de réflexe de retrait) mais par des réponses neurovégétatives importantes (augmentation du rythme cardiaque). De plus, les réponses biologiques au stress sont anormalement élevées dans l'autisme infantile, au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire (ACTH et β -endorphines) de l'axe du système nerveux sympathique (noradrénaline), suggérant que ce mécanisme apparaîtrait en réaction à l'impossibilité que la tension de stress puisse se décharger par des comportements extériorisés (Tordjman dans Delion, 2007, p. 55). Ces travaux renforcent donc l'hypothèse d'une perception de la douleur dans l'autisme avec une absence de réactivité comportementale.

La fonction contenante du pack

Le « *packing* » a un effet de contenance structurante dans la mesure où il permet de faire sentir au sujet ses limites corporelles. Selon Geneviève Haag, cette pratique permet la récupération des premières enveloppes (tactile pour le pack, mais aussi enveloppe d'attention par le regard et enveloppe sonore par la parole) et l'entourance générée permet un sentiment de cohérence interne (Haag *et al.*, 1995).

Dans ce contexte, le « *packing* » aurait plusieurs fonctions liées à la réduction des angoisses (Tordjman dans Delion, 2007, p. 59) : une fonction d'autostimulation, une fonction de pare-excitation (débordements d'excitation intense), de décharge de la pulsion sexuelle (après un certain seuil, l'angoisse se transformerait en excitation sexualisée qui se déchargerait par des stéréotypies auto-érotiques), de décharge de la pulsion agressive (conduites auto-agressives) ou encore de saturation d'un canal sensoriel, ici kinesthésique pour diminuer la perception des stimuli environnementaux (stéréotypies giratoires, balancements).

Certains auteurs estiment que le pack permet de porter à la conscience la motricité agitive par l'éprouvé de la résistance, la limitation de la liberté de mouvement et le commentaire des soignants (Gillis, 2016). Le patient est dans une situation de dépendance induite, son champ d'action est limité, il doit donc reconnaître ses besoins, les exprimer en formulant des demandes (Le Clanche, 2018).

Enfin, la motricité agentive peut être stimulée lors du *pack* par l'intégration de stimulations multisensorielles (Ayres & Robbins, 2005; Bullinger, 2004 ; Consoli et al., 2010). Les sensations somatiques servent de fondement aux perceptions, comportements et apprentissages de l'individu. Les sens auditif, vestibulaire, proprioceptif, tactile et visuel sont intégrés progressivement comme un percept corporel et sont enracinés dans différentes fonctions psychosomatiques telles que la coordination des mouvements, la planification motrice, le niveau d'activité et d'attention requis et la stabilité émotionnelle. Des personnes atteintes d'autisme ont exprimé l'importance de l'intégration sensorielle dans leurs troubles (Chamak, 2008). Les symptômes de catatonie, qui est une absence d'intégration des sensations proprioceptives conduisant à une incapacité à la planification motrice (Cohen et al., 2009) ont montré une amélioration dans la représentation corporelle avec une combinaison de médicaments et de « *packing* » et dans un score d'irritabilité chez une population d'enfants autistes (Delion et al., 2018).

L'enveloppement thérapeutique en Suisse

En Suisse, l'enveloppement thérapeutique, soin pratiqué uniquement en service adulte pour la schizophrénie et la bipolarité (Opsommer et al., 2016) et systématiquement consenti par le sujet, met l'accent sur l'expérience psychocorporelle et la relation thérapeutique davantage que sur l'immobilisation (Skuzza & Bangerter, 2018). Le « *packing* » (*cold wet sheet pack*) se distingue de l'enveloppement (*therapeutic body wrap*), qui désigne « l'action de fournir une couche de protection à celui dont l'expérience de soi dans le monde l'expose, d'une part, à des assauts de l'extérieur et amplifie d'autre part le vécu d'évanescence ou de morcellement de soi-même ». Un accompagnement corporel systématique est réalisé par deux soignants qui saisissent et nomment les différentes parties du corps pour permettre au patient d'éprouver son corps et de réorganiser sa carte corporelle. L'expérience se termine par une saisie simultanée des pieds et de la tête par les deux soignants pour éprouver l'intégralité et l'unicité du corps (Skuzza & Bangerter, 2018). La qualité du serrage permet une tonification de l'enveloppe corporelle et un sentiment de protection. Cette pratique permet une resubjectivation du patient par le soin consenti et le dialogue intersubjectif, ce qui fait qu'elle n'est pas exclusivement réservée aux situations aiguës. Une étude observationnelle en Suisse a montré une bonne acceptation des sujets et un moindre recours à la médication volontaire (Opsommer et al., 2016; Skuzza et al., 2017).

La controverse du « packing » en France

Entre 2007 et 2016, une controverse sur le « *packing* » dans la prise en charge de l'autisme a pris la forme d'un débat politique en France entre des associations de parents, de patients et de spécialistes qui considéraient qu'il s'agit de maltraitance et des médecins et soignants qui le pratiquent. Selon certains auteurs (Molet, 2012), le « *packing* » entraînerait des dommages :

- physiques : une douleur due au froid, des altérations de la régulation et de l'atténuation de la douleur, de l'humeur, du sommeil, des migraines, des maux d'estomac et des risques d'ulcération.
- psychologiques : un paradigme de résignation acquise dans une situation inévitable, incontrôlable, déplaisante voire très probablement douloureuse conduisant à un retrait autistique et à moins d'éviter de futures situations anxiogènes, une difficulté à faire le lien entre actions et conséquences, avec des effets sur les capacités d'apprentissage, une forte baisse de motivation et une augmentation des sentiments dépressifs.

Dans un contexte d'évolution de la place des parents et de libre choix dans le soin de leur enfant, leur autonomie s'est affirmée notamment par une mobilisation médiatique et des actions publiques.

En avril 2007, les associations, notamment *Autisme France*, interpellent le Président de la République et la Ministre de la santé suite à la diffusion d'un reportage sur France 5. Les parents des enfants filmés

n'auraient pas été consultés pour l'usage du « *packing* » dans la prise en charge de leur enfant, qu'ils assimilent à la camisole et mobilisent les médias.

En juin 2008, le décès d'un enfant autiste au Canada pendant une séance de « *packing* » légitime cette mobilisation. Le 2 avril 2009, une manifestation contre le « *packing* » est organisée par *Vaincre l'autisme* à Paris, qui demande un moratoire sur la technique. Celui-ci est rejeté le 30 juin 2009 par la Ministre de la Santé qui demande un avis du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Le 28 mai 2009, la Secrétaire d'Etat chargée de la solidarité indique qu'elle souhaite bannir cette technique des établissements non hospitaliers.

Le HCSP dans son avis du 2 février 2010 relatif aux risques associés à la pratique du « *packing* » pour les patients mineurs atteints de troubles envahissants du développement sévères indique qu'il n'y a pas de risque somatique en dehors de la méconnaissance de certaines comorbidités. Sur le plan du risque psychologique, il évoque un risque d'attaque de panique pouvant être prévenu par une bonne observation pendant les séances et un risque d'érotisation nécessitant une limitation des contacts corporels. Les risques psychiques ne sont pas exclus et il est indiqué que le « *packing* » doit être pratiqué après une analyse du rapport bénéfice-risque. Il énonce également les conditions d'une « bonne réalisation de la technique ». L'avis conclut à l'absence de risques qui pourraient justifier son interdiction. Un moratoire est demandé pour la seconde fois par l'association *Vaincre l'autisme* au Ministre de la santé.

En février 2011 à l'issue du congrès international sur l'autisme, un communiqué conclut que le « *packing* » est une méthode non-éthique qui ignore les connaissances actuelles sur les troubles du spectre autistique et qui va à l'encontre de la médecine fondée sur les preuves et des droits à l'accès à la santé et à l'éducation (Amaral et al., 2011). *Vaincre l'autisme* lance alors un manifeste international contre le « *packing* », appuyé par plusieurs scientifiques et des associations européennes.

Les associations de parents ont alors recours à des procédures judiciaires. En décembre 2011, *Vaincre l'autisme* entame deux procédures devant le Conseil national de l'ordre des médecins à l'encontre des Pr Pierre Delion (CHU de Lille) et Pr David Cohen (hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris). Ces procédures sont classées après convocation des médecins mis en cause.

Dans ses recommandations du 6 mars 2012 sur l'autisme et autres troubles envahissants du développement, la HAS s'est opposée à l'utilisation du « *packing* » en dehors des protocoles de recherche déjà autorisés. Cependant, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de mars 2016 traitant de l'évaluation des Centres de Ressources Autisme constate que les recommandations de la HAS ne sont pas respectées dans toutes les structures médico-sociales.

Début 2016, le comité des droits de l'enfant de l'ONU s'estime préoccupé par la pratique du « *packing* » en France, « considérée comme une mise en danger de la santé, de la sécurité et du bien-être moral et physique des personnes accompagnées par ces établissements » (observation 40). La circulaire du 22 avril 2016 du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées indique que le financement des établissements est subordonné au respect de l'engagement de lutte contre la maltraitance, et donc à l'absence totale de pratique du « *packing* ».

Le *Collectif des 39* (composé de psychiatres, infirmiers en psychiatrie et chercheurs) s'insurge dans une lettre ouverte adressée à la Ministre de la santé et à la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées que l'Etat discrédite des équipes soignantes en raison de leur orientation théorique et que le financement de l'institution soit lié à l'interdiction d'une pratique thérapeutique.

Cette controverse très médiatisée s'insère dans un débat plus large sur les pratiques et méthodes de contention et de contenance, par manque de preuves scientifiques de leur efficacité.

c. L'absence de preuve scientifique sur l'efficacité thérapeutique de la contention

Une contention involontaire non thérapeutique

L'efficacité thérapeutique de la contention involontaire est depuis longtemps remise en cause (Bergk *et al.*, 2011; Georgieva *et al.*, 2012; Nelstrop *et al.*, 2006) notamment par rapport à l'utilisation de la chambre d'isolement ou un traitement médicamenteux sédatif.

La baisse de l'agitation consécutive à l'isolement avec ou sans contention demeure la seule évidence (Fisher, 1994; Palazzolo, 2015), avec pour hypothèse de placer le sujet dans une sorte de « rupture relationnelle » et un rôle d'isolation, de protection contre toute stimulation sensorielle (Palazzolo, 2002, p. 25). Certaines études tendent néanmoins à avancer un effet thérapeutique lié à l'attention relationnelle et le soutien psychologique reçus pendant la contention (Chien *et al.*, 2005). La contention est alors pensée comme ce qui permet la thérapeutique (Kino & Kpadonou-Fioffi, 2008).

Les éléments de preuve de l'efficacité thérapeutique de la contention ne sont pas convaincants, la plupart des publications mettant en évidence un effet thérapeutique sont des études de cas (Bath, 1994; Cotton, 1989; Troutman *et al.*, 1998) ou sont de piètre qualité. Une revue montre que peu de papiers scientifiques renseignent un effet thérapeutique de la contention pour les enfants et les adolescents (Ryan & Peterson, 2004). Le paradigme méthodologique utilisé pour montrer un effet thérapeutique est souvent dépassé (Day, 2002) et peu de preuves empiriques soutiennent l'usage de la contention pour un motif thérapeutique (Martin, 2002; Sailas & Fenton, 2000; Singh *et al.*, 1999).

Devant les nombreux effets secondaires délétères graves voire mortels, certains auteurs recommandent ainsi de ne pas utiliser la contention involontaire (Mohr *et al.*, 2003; Rakhmatullina *et al.*, 2013; Sailas & Fenton, 2000). Cependant, une revue de la littérature indique qu'il reste encore souvent impossible de se passer totalement d'une forme de contention institutionnelle, physique ou mécanique dans les contextes de prise en charge de patients très symptomatiques (Palazzolo, 2015).

Une « contention volontaire » qui peine à faire ses preuves

Suite au décès d'un enfant autiste, les dangers potentiels des produits lestés utilisés comme moyen de contention, de punition ou comme outil de relaxation ont été évalués au Québec (AETMIS, 2010). Les différentes revues de littérature existantes ne permettent pas de démontrer rigoureusement l'efficacité de l'approche d'intégration sensorielle ou de justifier son utilisation dans un contexte thérapeutique (Arendt *et al.*, 1988; Baranek, 2002; Dawson & Watling, 2000; Hoehn & Baumeister, 1994). Les résultats des méta-analyses sont plus nuancés (Ottenbacher, 1982; Shaw, 2002; Vargas & Camilli, 1999), concluant à des effets positifs de l'approche d'intégration sensorielle pour la plus ancienne, non confirmés par les autres, qui précisent que les études plus rigoureuses obtenaient des résultats plus modestes. Par ailleurs la validité conceptuelle des applications qui sont dérivées de la théorie de l'intégration sensorielle est jugée assez pauvre et leur efficacité n'est pas suffisamment démontrée (AETMIS, 2010).

Une revue de littérature sur les différentes thérapies proposées pour les enfants autistes dans le cadre éducatif (Baranek, 2002) montre que les résultats sont peu répliqués entre les études. Les théories sur lesquelles les études sont construites sont parfois dépassées concernant les substrats neurobiologiques des comportements étudiés et ne permettent pas d'identifier des processus impliqués dans les résultats positifs. De plus, les résultats concernant les thérapies pourraient être simplement liés à un effet de l'attention accrue portée à l'enfant. Le manque de données empiriques ne signifie pas l'absence d'effet de ces approches thérapeutiques mais que leur efficacité n'a pas été objectivement démontrée.

Parmi de nombreuses limites méthodologiques, la question de la généralisabilité et de la faisabilité de la thérapie envisagée se doit d'être posée dans une approche pragmatique. Les programmes testés nécessitent un personnel formé et un équipement parfois coûteux.

Néanmoins ces thérapies présentent peu d'effets secondaires et fonctionnent d'autant plus que l'enfant est hyperactif (niveaux d'anxiété, d'éveil et de sensibilité élevés). L'intégration sensorielle classique est identifiée comme la technique suscitant le plus l'adhésion de l'enfant porteur d'autisme.

De plus, une baisse de l'anxiété subjective (Krauss, 1987) et une efficacité calmante (mesurée par l'activité électrodermale, State Trait Anxiety Inventory-10 et questionnaire) chez des adultes (Mullen *et al.*, 2008) ont été mis en évidence avec des dispositifs lestés. L'idée principale est que la stimulation par pression va influencer les seuils perceptifs des autres sens. Dans une situation de stress, l'augmentation de l'activité parasympathique du système nerveux autonome a été mise en évidence avec un dispositif de pression profonde (Chen *et al.*, 2014, 2014), couplée à une baisse du rythme cardiaque et de la pression artérielle.

Plus récemment, la preuve de la sûreté et l'efficacité de la couverture lestée a été démontrée dans un contexte hospitalier (Champagne *et al.*, 2015; Mullen *et al.*, 2008). Une étude randomisée contrôlée a notamment mis en évidence une efficacité de la couverture lestée sur l'insomnie chez les patients atteints de troubles psychiatriques (Ekholm & Adler, 2020).

L'implication du sujet contenu dans le soin suppose que des dispositifs complémentaires, de moindre recours et adaptés aux besoins du sujet soient disponibles et qu'il dispose d'une information quant à leur efficacité et aux risques potentiels, afin d'être en mesure de donner un consentement libre et éclairé.

3. Le développement d'une contenance volontaire

a. Une diversité d'objets contenantants innovants

Les dispositifs contenantants à visée de protection ou développés en prévention des crises et comme compléments à la contention permettent de renforcer la relation thérapeutique, de promouvoir l'implication du sujet et son rétablissement, peuvent être utilisés à tout âge et dans les services de soin autant qu'à domicile. Ils renvoient à des ensembles théoriques distincts.

D'une part, il peut s'agir de restaurer un peu du contrôle des flux sensoriels du sujet comme renforçateur non social du comportement. Ces dispositifs constituent un premier ensemble de contenantants immersifs, qui se fondent théoriquement sur l'intégration sensorielle et la pression profonde.

D'autre part, certains dispositifs visent à reprendre conscience des limites de son corps et font appel à des pratiques psychocorporelles qui mobilisent les notions de mouvement, de support et d'appui (Lesage, 2015).

Le contenantant immersif par l'image et le son

L'immersion sensorielle peut jouer un rôle de régulation émotionnelle par le processus d'intégration sensorielle.

La médiation Snoezelen est un concept hollandais créé en 1970 par Ad Verheul et Jan Hulsegge. Le terme Snoezelen constitue la contraction de « snuffelen » qui signifie renifler ou sentir et de « doezelen » qui exprime un état de détente, de somnolence. La stimulation sensorielle vise l'induction d'un état de bien-être

chez le sujet. L'exemple du *snoezelen* ou chambre sensorielle se distingue de l'espace d'apaisement¹³⁶ par le fait que l'espace est modulable en fonction des préférences sensorielles du sujet et que son utilisation nécessite la présence d'un soignant formé en psychomotricité (Björkdahl *et al.*, 2016). L'aménagement joue sur les dimensions, les stimulations auditives et lumineuses. Ce dispositif est très présent dans le monde du handicap. L'autonomie y est valorisée, l'enfant ou l'adulte, par exemple, en début de crise trouve dans cet espace une forme d'abri sensoriel. Ce dispositif permet de vivre une expérience sensorielle subjective et sécurisante.

Plus sommairement, les chariots de confort peuvent proposer des objets de bien être, de relaxation, d'activités, fondés sur une modalité sensorielle (Kontio *et al.*, 2012).

En partenariat avec l'IRCAM, des projets sont en cours au GHU Psychiatrie et Neurosciences, comme la chambre acoustique dont l'objectif est de moduler l'anxiété par l'intégration auditive chez des patients en réanimation (Sounds2Treat, en partenariat industriel avec Dräger) démontrée dans l'étude multicentrique prospective observationnelle PANICU sur 400 patients hospitalisés en réanimation.

Au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, le lab-ah développe le dispositif Psy-son, un fauteuil diffusant une stimulation sonore personnalisée, créant une enveloppe sonore¹³⁷.

L'intégration de plusieurs modalités immersives est la base de l'expérience de réalité virtuelle, utilisée comme outil de soin dans les thérapies d'exposition¹³⁸ s'adressant aux troubles de schizophrénie, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, stress, anxiété aiguë, dysmorphophobie, addiction, délires hallucinatoires, vertiges (Freeman *et al.*, 2018). Ces thérapies cognitivo-comportementales sont dites immersives lorsque plusieurs sens sont en adéquation : sensorimoteur, cognitif, émotionnel, perceptif, psychologique et sensoriel. Elles sollicitent le plus souvent les modalités sensorimotrices procédurales et la boucle perception-cognition-action pour modifier un comportement émotionnel devenu pathologique. En contexte clinique, il s'agit de casque visuel et d'écouteurs (plus rarement de gants, sièges dynamiques et manettes).

Le contenant immersif par le tactile : les vêtements lestés

Les vêtements sont des « objets qui font bord avec le corps »¹³⁹. Selon Esther Bick, le port de vêtements serrés permettrait même de créer une enveloppe, une « seconde peau » pour une pression calmante et rassurante. Les vêtements de compression sont également utilisés en complément dans les situations de déficiences comportementales et posturales chez les personnes atteintes d'autisme ou de dysfonction proprioceptive sévère (Guinchat *et al.*, 2020).

D'autre part, les vêtements lestés exploitent la fonction de réassurance du bord et la pression profonde. Ils sont utilisés pour diminuer les mouvements involontaires et le stress, prévenir les crises d'angoisse, préparer le sommeil à la suite d'une surstimulation sensorielle ou encore améliorer la concentration et la faculté d'attention. Les produits lestés ont des indications dans les troubles du spectre de l'autisme, de l'hyperactivité, de la modulation sensorielle, mais également pour un public de personnes âgées (Alzheimer, démences).

136 Projet de recherche-action en design mené par le lab-ah au GHU Paris psychiatrie et neurosciences. <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/le-salon-dapaisement>

137 En partenariat avec l'IRCAM, le CRD (Saclay-ESCI), l'ESAD et le laboratoire ACCRA (Université de Strasbourg). <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/psy-son>

138 Daniel Freeman, professeur de psychologie clinique au département de psychiatrie de l'Université d'Oxford, a étudié 285 études menées ces 25 dernières années sur les liens entre la Réalité Virtuelle et la santé mentale, dont une forte majorité concernait le trouble de l'anxiété (Freeman *et al.*, 2017).

139 Autisme et psychose : poursuite d'un dialogue entre Robert et Rosine Lefort. *La Cause Freudienne* 2007.

Le rapport AETMIS (2010) sur les dangers potentiels des produits lestés indique que les données scientifiques disponibles ne permettent de statuer ni sur la sécurité, ni sur l'efficacité des couvertures et des vestes lestées, car les études présentent des lacunes méthodologiques, notamment sur le plan de la validité conceptuelle et du respect des processus et des contextes d'intervention. Un consensus est établi sur une limitation du poids du produit lesté à 10% du poids de l'utilisateur.

Dans la pratique, le rapport indique que la mise en place de ces outils thérapeutiques doit être encadrée par un ergothérapeute après concertation pluridisciplinaire. L'enfant gère l'usage des produits lestés de façon autonome, mais il doit pouvoir l'enlever seul facilement.

À l'aide d'un autre dispositif de maintien le *papoose-board*, un effet thérapeutique de diminution de l'anxiété a pu être mis en évidence (Reed *et al.*, 2013).

Outre l'effet de répartition de la pression sur l'ensemble du corps, les vêtements de protection peuvent servir à restreindre certains états de désinhibition et prévenir l'incontinence et le déshabillage qui sont facteurs d'agitation (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018). Ce sont les combinaisons de surf (protection des automutilations cutanées) ou de travail, les tenues de lutte portées sous les vêtements, les gants palmés ou encore les survêtements rembourrés (prévention des coups de genoux auto-infligés).

Les contenants enveloppants

Le sentiment océanique, concept attribué à Romain Rolland dans ses échanges avec Sigmund Freud renvoie à un sentiment d'unité, de compréhension et de conscience élargie produit par l'eau (Abensour, 2007 ; Ferenczi, 1919, 1924 ; Rolland, 1927 ; Freud, 1930). Ce médium est utilisé en clinique pour ses propriétés immersives conférées lors de la plongée (Brosseau, 2002), de soustraction à la gravité (flottaison) et d'isolation sensorielle. Les propriétés sensorielles sont contenantes par la pression de l'eau qui définit les limites corporelles et enveloppantes lors d'un bain thérapeutique (Rivoire, 2018).

L'air est également utilisé comme médium avec un ventilateur accentue les flux sensoriels (Massoni *et al.*, 2010) et permet de détourner la stéréotypie par une action de jeu. La combinaison de l'immersion avec des pressions tactiles est supposée permettre une prise de conscience des enveloppes corporelles.

L'intégration sensorielle vestibulaire et sensorimotrice peut être stimulée grâce au hamac par les balancements qu'il induit (avec une fonction de *holding* ou pare-excitation). Le toucher est impliqué avec la sensation de seconde peau, qui moule le corps et l'enveloppe. La position que prend le patient dans le hamac regroupe le corps et fait émerger une axialité du corps qui induit la spatialisation. Ce dispositif permet également de susciter un tonus musculaire, de renforcer l'équilibre, de lutter contre les angoisses de chute et de permettre une synchronisation et un apaisement via le balancement.

En partenariat avec l'IRCAM, des prototypes de contenants enveloppants ont été développés par le lab-ah au sein du GHU Psychiatrie et Neurosciences, comme le siège enveloppant.

Le contenant comme immobilisation temporaire

Pour protéger le visage et les mains et parfois limiter les entrées sensorielles, des dispositifs d'immobilisation temporaire ont été développés avec un degré de contrainte modulable (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018).

Pour protéger le visage et les mains, le port du casque solide (automutilations) ou souple (risque de chute en lien avec l'épilepsie et les instabilités motrices), avec ou sans visière est préconisé. Pour un plus faible niveau de contrainte, le casque Medicus® (orthèse sur-mesure du crane) est utilisé au Québec lorsque le retrait complet du casque n'est pas possible. Ces dispositifs peuvent potentialiser le mécanisme des renforçateurs sensoriels, tel qu'une amplification de la résonance avec un masque solide qui répond au besoin de contenance sensorielle (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018).

Le *Neck roll* (serviette enroulée sur elle-même et recouverte de tissu non irritant) permet d'immobiliser partiellement le cou et d'éviter les blessures aux oreilles et au visage (brûlures auto-infligées).

Le port transitoire des gants ou mitaines (*contingent gloves*) est facilité par la mise en place de renforceurs sensoriels et utilisé dans les cas de stéréotypies. L'utilisation de manchons permet au sujet de cacher ses mains en les laissant libres et ainsi de se contenir partiellement (Lefèvre-Utile et al., 2018).

Les attelles sur mesure sont des dispositifs d'orthèse qui permettent de protéger des automutilations. Tout en préservant la liberté d'aller et venir dans l'unité, ils permettent une extinction des renforceurs sensoriels, c'est le cas aussi des vestes d'escrime. Aux Etats-Unis, les attelles sont considérées comme des mesures de contrôle, soit des contentions mécaniques de dernier recours, et font l'objet d'une prescription médicale. Ces dispositifs limitants la mobilité sont utilisés du plus au moins restrictif (*restraint fading* ou diminution graduée de la contrainte) ou du plus rigide au plus souple (Lefèvre-Utile et al., 2018).

Des dispositifs médicaux de contention sous forme de grenouillères de protection permettent de limiter l'amplitude des mouvements du sujet alité tout en garantissant la sécurité et liberté de mouvements, la dignité du patient et permettant aux équipes soignantes un accès facile et rapide aux dispositifs de soin (Biswas et al., 2018).

Le contenant comme tuteur

Pour compenser des difficultés de rassemblement, des conduites et des moyens peuvent être mobilisés pour fournir une verticalisation au sujet. Pour Benoit Lesage, la charpente osseuse est un appui à la cohérence interne du sujet sur les différents axes, elle est également un vecteur de perceptions sensorielles de solidité et permet au sujet d'avoir conscience de l'espace. Lorsque l'intégration psychique des qualités de la charpente osseuse fait défaut, le sujet prend appui sur un « pseudo squelette, qui peut être cutané, musculaire ou organique : la peau carapace, le muscle-cuirasse, les spasmes digestifs ou la pneumatisation » (Lesage, 1995). Ainsi les exosquelettes, les corsets sont des extensions du sujet qui lui permettent de se déployer. Le concept de « Moi-corset » a ainsi pu être évoqué en référence au Moi-peau (Anzieu, 1995) pour indiquer l'inclusion de l'objet dans le schéma corporel.

b. Un protocole combiné

La pluralité de dispositifs, et de besoins auxquels ces dispositifs répondent, conduit à imaginer un protocole combiné s'agissant de l'efficacité d'un nouveau dispositif contenant.

Un tel dispositif pourrait en premier lieu proposer de s'adapter à la singularité du sujet en combinant les approches, mobilisant les différentes modalités de contenance et proposant une multimodalité qui interroge les matières utilisées, les positions favorisées et les sens stimulés. Il peut vouloir répondre aux particularités liées à une pathologie, à une sensorialité particulière, à un âge donné (Roux, 2020).

En deuxième lieu, il apparaît nécessaire que le protocole d'usage d'un dispositif contenant puisse se construire avec le sujet, selon la temporalité, la fréquence et le rythme qui lui conviennent le mieux (de façon quotidienne ou en anticipation d'une crise par exemple). Le type d'accompagnement doit également pouvoir être réfléchi et décidé selon les envies et besoins du sujet, avec ses proches, aidants et soignants. Le type d'accompagnement peut même définir le dispositif contenant, lorsqu'il s'agit de médiation animale par exemple.

Sans limites ni contraintes quant à la nature concrète d'un dispositif contenant, une expérience de pensée peut être tentée pour dépasser les limites du corps contenu, s'étendre à la salle contenant, voire au service de soin ou même à l'environnement contenant (contenant-paysage). L'enveloppant extérieur

peut ainsi être pensé comme processus-tenant par le mouvement, la marche. L'environnement contenant peut par ailleurs s'étendre à l'environnement numérique, avec le développement de chatbots disponibles en continu par exemple.

c. Un consentement indispensable

Dans toute apposition de contrainte, on retire à l'individu une partie de son champ d'action, produisant nécessairement une vulnérabilité à son endroit, ainsi qu'un sentiment d'impuissance voire de déshumanisation. Recueillir le consentement du sujet suppose de s'interroger sur ses vulnérabilités au moment où une situation nécessite le recours à la contention, puisque le consentement est une condition de légitimation de l'usage de la contrainte physique. Le consentement revêt deux aspects, l'un positif étant d'approuver un traitement, l'autre négatif de ne pas l'empêcher. Si l'appréciation de la validité du consentement demeure entre les mains du médecin, un cadre légal garantit une égalité de conception de cette notion. Un dispositif de contention, notamment s'il se veut volontaire ou tout du moins à la disposition du sujet, doit être pensé conjointement avec une recherche du consentement à l'usage du sujet.

Un cadre international

Le Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants de l'ONU¹⁴⁰ définit le consentement éclairé comme étant « *une décision prise volontairement sur le fondement d'informations compréhensibles et suffisantes concernant les effets et effets secondaires potentiels du traitement et les résultats probables de l'absence de traitement. Il est fondamental pour le respect de l'autonomie, de l'autodétermination et de la dignité humaine de la personne.* »

Par ailleurs, le Comité des droits des personnes handicapées, compétent pour garantir l'implémentation de la CDPH, estime que le recueil du consentement est nécessaire, même dans les situations d'urgence, que des informations exactes et accessibles doivent être disponibles quant aux diverses options et que des approches non médicales doivent pouvoir être mises à disposition. Les États parties doivent faire en sorte que les décisions touchant l'intégrité physique ou mentale de la personne ne puissent être prises qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée et donner aux personnes handicapées accès à un accompagnement pour leur permettre de prendre des décisions concernant les traitements psychiatriques et autres traitements médicaux.

Le Comité estime que le déni de la capacité juridique des personnes handicapées et leur détention dans des établissements contre leur volonté, sans leur consentement ou avec celui d'une personne habilitée à se substituer à elles pour prendre les décisions les concernant, constitue une privation arbitraire de liberté et viole les articles 12 et 14 de la Convention. Le droit de jouir du meilleur état de santé possible (art. 25) implique le droit à des soins de santé sur la base du consentement libre et éclairé. Ainsi le Comité énonce que les États parties doivent exiger de tous les médecins et professionnels de la santé qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées avant de les traiter.

La notion de consentement en droit français

La loi dispose qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale

140 Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants de l'ONU. *Position sur les droits des personnes placées en institution et faisant l'objet d'un traitement médical sans avoir donné leur consentement éclairé*, 2016.

pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli sauf si son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir¹⁴¹. De plus, la déontologie médicale prescrit que le consentement soit recherché dans tous les cas¹⁴².

Ainsi la négociation pendant l'entretien psychiatrique permet au sujet de redevenir acteur de ses soins (CGLPL, 2020). De plus, la charte du patient hospitalisé de 1995, réactualisée en 2006, fait l'objet d'un affichage obligatoire dans chaque service et précise qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient, obtenu à partir d'une information accessible et loyale¹⁴³.

Le développement de la démocratie sanitaire, par la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner, érige le consentement aux soins en droit fondamental, impose que le patient soit informé sur son état de santé et lui permet de refuser les soins¹⁴⁴. En cas d'urgence ou d'impossibilité de donner son consentement, la personne de confiance, la famille ou un proche doit être consulté. Le consentement du mineur ou le majeur sous tutelle doit être recherché systématiquement s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Le consentement des tuteurs légaux est nécessaire pour chaque mesure thérapeutique. En pratique, la recherche d'un consensus entre le patient, l'équipe soignante et la famille est fondamentale dans l'élaboration du projet individuel.

La seule exception permettant d'imposer des soins (mais qui ne dispense pas de la recherche du consentement) est donc celle des soins psychiatriques sans consentement introduite en 2011. Cette conception n'est pas partagée par d'autres pays, notamment en Suisse ou au Québec, où l'application de mesures coercitives nécessite le consentement du patient ou de la personne de confiance.

Dans son rapport thématique (2020), la CGLPL recommande que les patients faisant l'objet d'une décision sans consentement en soient dûment informés, ainsi que les droits afférents à leur mode d'admission (notamment par une notification écrite). Par ailleurs, elle recommande que la recherche du consentement d'un patient en soins sans consentement fasse l'objet d'une reprise à chaque entretien et qu'elle passe par une formation et une information des soignants régulièrement réactualisées.

Une notion trop restrictive

La conception même du consentement en santé comme capacité à recevoir une information, la comprendre, raisonner, exprimer librement sa décision et la maintenir dans le temps est particulièrement exigeante (Guibet-Lafaye, 2014). Elle peut être remise en cause car elle exclut de fait une certaine catégorie de patients et limite la conception de l'autonomie personnelle à la rationalité. Cependant, les conditions dans lesquelles le consentement est donné et la relation de soins ne doivent pas être occultées. De plus, la validité du consentement appréciée par le médecin renvoie à son expertise clinique d'identification des états de discernement et fait référence à la compétence du sujet.

Pour garantir l'autonomie dans la décision, condition de l'auto-accomplissement et auto-détermination, il est proposé que cette décision puisse être l'expression des préférences¹⁴⁵ et des désirs individuels (Guibet-Lafaye, 2014). Le développement de testaments psychiatriques comme en Allemagne (aussi appelés directives anticipées), permettant de refléter les valeurs et les buts de la personne, pourrait être envisagé.

141 Article 16-3 du code civil.

142 Article R.4127-36 du CSP.

143 Articles L.326-2 et L.326-3 de la loi du 27 juin 1990.

144 Article L.1111-4 du CSP.

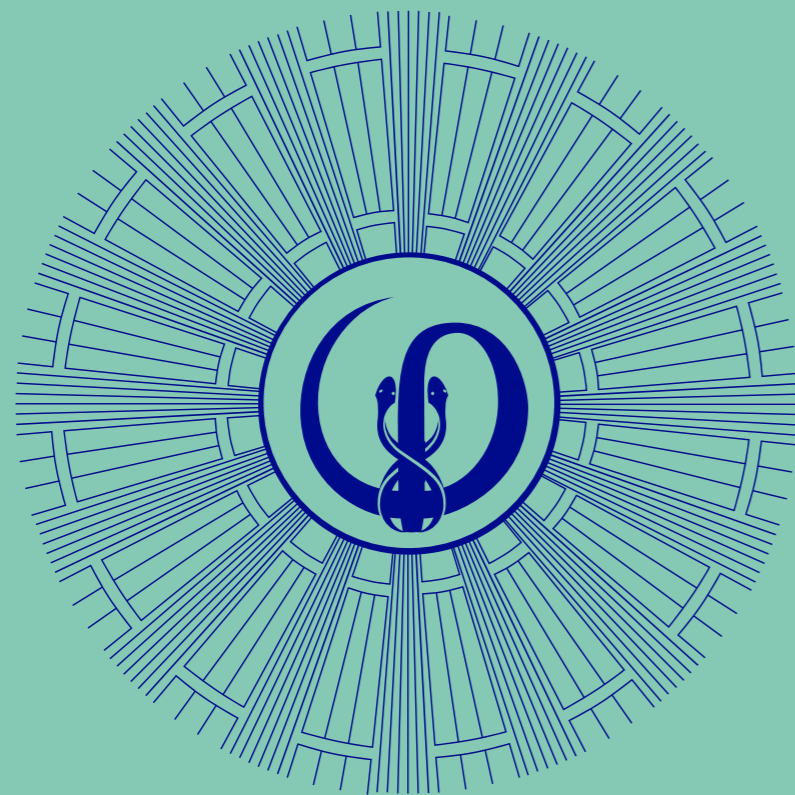
145 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants 21 mars 2017, Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT) (CPT/Inf(2017)6)

Dans le cas d'une « contention volontaire », on se situe hors de l'exception liée à l'urgence et donc hors du cadre légal de la contention dans un régime d'hospitalisation en soins sans consentement. La recherche systématique d'un consentement libre et éclairé du porteur ou de ses parents ou tuteurs, obtenu à partir d'une information accessible et loyale, est donc nécessaire. C'est ce que recommande l'AETMIS (2010) qui préconise d'utiliser les produits lestés exclusivement sous la surveillance d'un intervenant formé et après une évaluation faite par un professionnel de la santé compétent pour exclure toute contre-indication possible. Le recours aux dispositifs contenant à des fins thérapeutiques devrait être justifié par des objectifs clairs et mesurables permettant de l'intégrer au plan d'intervention individualisé. Si les effets bénéfiques ne sont pas démontrés, il est recommandé d'arrêter le recours à ces dispositifs. Des alternatives ayant prouvé leur efficacité doivent être privilégiées et l'ensemble des acteurs doit être informé de l'absence de preuve de l'efficacité du dispositif.

Conclusion de la troisième partie

La contention comme thérapeutique est issue d'une histoire technique et conceptuelle riche et fait aujourd'hui appel à des notions empruntées aux neurosciences et à la psychanalyse. Les dispositifs de contention semblent néanmoins difficilement démontrer leur caractère thérapeutique, la démarche actuelle vise donc à limiter leur usage à des indications strictes. Cependant, le caractère thérapeutique de certains dispositifs contenant amène à s'interroger sur le rôle qui peut leur être réservé dans les soins. La controverse entourant leur usage repose pour une large part sur la notion de consentement.

Les dispositifs innovants de « contention volontaire » s'appuient sur ces différents éléments pour proposer des contenants immersifs (diverses modalités sensorielles), soutenant, maintenant ou encore enveloppant. Il n'existe pas de cadre légal en France spécifique de la « contention volontaire », aussi il est proposé une recherche systématique de consentement libre, éclairé et informé quant aux risques potentiels.



IV. ÉVALUER UN DISPOSITIF POUR LE SUJET SE CONTENANT

Dans cette quatrième partie, la démarche de la recherche menée par la Chaire de philosophie à l'hôpital est détaillée. Il s'agit de concevoir un prototype de « contention volontaire » avec les usagers de la psychiatrie, de le tester en vie réelle auprès de sujets exprimant un besoin de contenance et d'en recueillir les retours d'expérience afin d'améliorer le dispositif. Cette approche s'inscrit dans la recherche d'alternatives à la contention involontaire, qu'elles soient environnementales, organisationnelles, relationnelles ou thérapeutiques.

1. Une approche phénoménologique

a. Une démarche qualité confrontée au réel

L'approche privilégiée pour développer un prototype de « contention volontaire » est guidée par l'expérience. A l'instar des recommandations de bonnes pratiques issues de l'*evidence-based medicine* et élaborées avec une méthode de consensus, le prototype est élaboré avec des usagers de la psychiatrie et leurs familles et testé afin de faire la preuve de son efficacité. L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les usagers sur les soins les plus appropriés dans des circonstances données (HAS, 2013).

L'amélioration de la qualité est un processus dynamique et continu en quatre temps : conception, mise en œuvre, évaluation et amélioration (Ruesche, 2018). L'analyse de risques *a priori* permet d'établir un plan d'action avec des axes d'amélioration jugés prioritaires et l'évaluation par les méthodes d'Évaluation des Pratiques Professionnelles permet de vérifier leur mise en œuvre. Il s'agit de comparer les pratiques à un référentiel validé pour identifier les axes d'amélioration. L'analyse de risques *a posteriori* et le retour d'expérience permettent ensuite d'entretenir la dynamique d'amélioration. C'est ce second type d'analyse qui est privilégié.

Les mesures d'isolement et de contention, en tant que restrictions de liberté, sont une Pratique Exigible Prioritaire pour les établissements autorisés en psychiatrie. Le niveau d'exigence de ces pratiques est particulièrement élevé.

L'engagement du soignant dans une relation aidante, acceptée par le patient, visant à faire connaissance, établir la confiance, tenir compte des besoins, accommoder et personnaliser les soins est une

démarche efficace pour améliorer la qualité des soins et développer des alternatives (Goulet *et al.*, 2013). À titre d'exemple en EHPAD, l'effort de standardisation des pratiques de contention concerne à la fois le matériel utilisé (test des produits, investissement pour une harmonisation du matériel, bonnes pratiques d'utilisation) et la formation des professionnels (définition d'un arbre décisionnel, harmonisation des prescriptions) (Rousson *et al.*, 2017). La notion d'adhésion du patient et de sa famille au soin s'est révélée particulièrement centrale.

b. L'importance de retour d'expérience pour améliorer les pratiques

Une revue systématique sur l'implication des patients dans la recherche en santé a souligné l'importance de leur participation pour obtenir des résultats plus pertinents avec leurs préoccupations (Domecq *et al.*, 2014). C'est particulièrement vrai et important dans le champ de la santé mentale pour reconnaître un discours considéré comme irrationnel et souvent réputé sans valeur médicale et scientifique (Bernheim & Larue, 2009). Cette démarche est apparue essentielle pour interroger l'expérience de la contention et en améliorer les méthodes et les moyens.

L'expression d'un besoin de libération de la parole

Pour être en mesure d'apprécier l'effet de la contention sur le sujet contenu, le recueil de son récit expérientiel est primordial. De plus, les études qualitatives menées auprès des patients contenus sans leur volonté mentionnent souvent un manque d'interaction avec le personnel soignant tant avant que pendant l'isolement (Kontio *et al.*, 2012; Ling *et al.*, 2015). Ils souhaitent notamment pouvoir bénéficier d'un temps dédié d'explication et de débriefing post-crise (Bonner *et al.*, 2002) permettant de se sentir acteurs de leurs soins.

Ce « temps de mentalisation et de réaménagement psychique » est particulièrement important pour rétablir ou renforcer l'alliance thérapeutique par des « échanges durables, apaisés et sécurisés » pour « revenir avec le patient sur les motifs de sa mise en contention, détailler les attentes en termes de comportement et d'élaboration autour des éléments symptomatiques, l'aider à prendre conscience du caractère pathologique de ses troubles » (Azoulay & Raymond, 2017).

Une revue systématique indique que la variabilité de la qualité des approches éthiques, notamment sur la procédure de proposition et de consentement éclairé, fait ressortir le besoin d'interactions personnel/patient, de débriefing sur les causes de l'utilisation des contraintes, tout autant que l'amélioration de la formation du personnel, le fait de conserver ses propres vêtements pendant l'isolement (recommandation CME CHS, 2016; HAS, 2017), de pouvoir y avoir des activités ayant du sens et d'en améliorer l'environnement (Soininen *et al.*, 2014). Il a ainsi été mis en évidence de la part des patients un besoin d'élaboration d'accords entre soignant et patient pour réduire la contention et chercher des alternatives (Kontio *et al.*, 2012). Au sein de ces accords soignant-patient, la « contention volontaire » pourrait avoir une place d'intermédiaire ou d'approche complémentaire à la contention involontaire.

Une contenance institutionnelle renforcée par une pratique réflexive

Selon les mots de Pierre Delion « Pour être contenant, il faut être contenu ». Ainsi le traitement institutionnel de la crise permet aux soignants d'avoir une pratique réflexive, de préserver la cohésion de l'équipe et d'inscrire chaque professionnel dans un projet commun (Chazalet & Perrin-Niquet, 2014). Dans ce contexte, les lieux d'élaboration ouverts se multiplient pour travailler et maintenir la contenance psychique (Fernández *et al.*, 2019) en psychiatrie et en pédopsychiatrie (Oudjani *et al.*, 2015).

Cette approche phénoménologique de développement d'une solution contenant en vie réelle s'inscrit dans le cadre plus large de la recherche de stratégies alternatives qui implique les usagers de la psychiatrie.

2. Stratégies alternatives pensées par et pour les usagers

Pour élaborer des alternatives aux mesures contraignantes, la nature de ce qui est contenu est interrogée. Dans un objectif de sécurité physique, il s'agit avant tout de prévenir les passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs qui mettent en danger le sujet de soin ou son environnement. Pour être en mesure de prévenir ces situations extrêmes, contenir l'excitation, l'agressivité, la montée en pression psychique et l'angoisse suppose d'agir sur les facteurs institutionnels – le cadre de soin, ses limites, son organisation (Gaskin *et al.*, 2007; Hyvert, 2014) – et environnementaux (repères temporels), la continuité du lien relationnel avec les soignants via la formation (Perkins *et al.*, 2012), l'individualisation des plans de soins et la participation du malade à ses soins (autonomie, choix entre plusieurs dispositifs, information pendant la contention et espace de parole *a posteriori*).

Dans cette recherche d'alternatives et d'amélioration des pratiques, la démarche doit partir du vécu du sujet contenu (Carré *et al.*, 2018).

Cette démarche de prévention ne saurait être complète sans une autonomie retrouvée du sujet dans son projet de soin. Il s'agit de remettre du soin dans l'accompagnement du sujet, par une approche relationnelle mais également psychocorporelle.

c. Le processus de désamorçage des tensions

Tout d'abord, l'équipe soignante doit être convaincue de la valeur instrumentale des approches complémentaires à la contention pour les utiliser (Duxbury *et al.*, 2019). Il a été mis en évidence que seulement un quart des incidents impliquent un usage des techniques de désamorçage¹⁴⁶ en amont (Duxbury, 2002).

L'objectif des stratégies de désamorçage est de réduire le risque de violence grâce à la mobilisation de compétences de communication verbale et non verbale (Cowin *et al.*, 2003; Richter, 2006).

Dans un service hospitalier en soins psychiatriques, deux périodes sont particulièrement à risque d'augmentation de la violence : l'admission et l'hospitalisation de longue durée. De plus les situations varient beaucoup d'un service à l'autre. Les services avec le moins de violences se caractérisent par la présence du chef de service, la prévisibilité d'activités structurées, l'échange systématique avec les patients, la bonne définition des procédures, l'encouragement de la formation, la formulation claire des projets de soin, la systématisation des réflexions d'équipe en cas d'incident, le travail d'équipe et la confiance (Katz & Kirkeland, 1990).

La connaissance des différentes phases de la crise est ensuite particulièrement importante pour pouvoir y répondre par un dispositif thérapeutique de désamorçage (ANESM, 2016; Diaz *et al.*, 2018; HAS, 2016). Ainsi à chaque phase correspond un état psychologique (Diaz *et al.*, 2018) et des techniques d'abord préventives, puis d'intervention physique plus intrusives et contraignantes. Ces phases ne sont évidemment

¹⁴⁶ Le désamorçage consiste à ce que le patient puisse reprendre pied dans une nouvelle situation où il ne se sent plus menacé, trouvant un appui solide chez un soignant qui lui permette de trouver des alternatives à la violence et de restaurer la relation à l'autre (HAS, 2016).

pas un schéma linéaire mais doivent être comprises comme des niveaux de tension qui appellent des réponses adaptées.

La première phase est celle qui correspond à un équilibre psychoaffectif du sujet. Son fonctionnement est stable, il participe à la vie quotidienne, est calme et à l'écoute des consignes et suggestions. Les techniques de prévention initiale à mettre en œuvre, par l'ensemble de l'équipe au quotidien, sont :

- Une organisation des conditions d'accueil : pallier ses difficultés pratiques par des aménagements environnementaux, par exemple, pour assurer l'accessibilité ;
- Une évaluation du risque de violence (comorbidités et antécédents) : apprendre à le connaître, les déterminants des situations ayant conduit par le passé à l'isolement et la contention, les stratégies individuelles de prévention (Hamlett *et al.*, 2016) et les techniques d'apaisement qui se sont révélées efficaces et les moyens de contention qui lui conviennent le mieux, le cas échéant sous la forme de directives anticipées (Cusack *et al.*, 2016).

Aux petites frictions du quotidien, il est important d'apporter une réponse individuelle et collective avec des éléments d'explication ou de signifier que la réponse sera différée. Le soignant a une communication apaisée dans une position d'écoute, respecte l'espace personnel du patient et son sentiment de sécurité et emploie un langage corporel non menaçant.

La seconde phase est l'escalade de la crise suite à un événement désagréable pour la personne. Il peut s'agir de demandes auxquelles il n'est pas répondu de façon appropriée ou respectueuse des droits du patient, une proximité trop importante ou encore un conflit. Des signes de tension et de stress ainsi qu'une irritabilité sont présents et la communication plus difficile. Les symptômes peuvent s'aggraver et le sujet exprimer un sentiment d'injustice, de perte de dignité lié à un vécu pénible antérieur. Si la souffrance n'est pas reconnue à ce stade, le passage à l'acte est imminent.

Les techniques à mettre en œuvre par l'équipe de l'unité sont :

- Des techniques de désamorçage individualisées et graduées, précédemment définies avec la personne ou à l'issue de l'observation de son comportement comme le repérage et le suivi des signes précurseurs et des circonstances de déclenchement de la crise (prévention secondaire) susceptibles en lui-même d'apaiser la personne (Chazalet & Perrin-Niquet, 2014) mais également de mettre à disposition de la personne des moyens pour surmonter son anxiété et son agressivité et s'appuyer sur ses ressources pour désamorcer la crise.
- Un entretien est proposé par un membre de l'équipe pour ouvrir un espace de parole permettant d'exprimer besoins, demandes ou difficultés et pour limiter l'impact sur les autres patients. Le soignant incarne une aide collective, rassurante et calme. A l'issue de l'entretien, des repères sont proposés (prochain entretien, autorisations de visite ou de sortie).
- Les causes médicales de l'agitation doivent être investiguées (déshydratation, manque) et les traitements adaptés.

La troisième phase est celle de la crise comportementale ou passage à l'acte. Elle peut prendre diverses formes telles qu'un état de désorganisation majeur, une agression, une automutilation, une destruction d'objets, une menace à l'intégrité et à la sécurité de la personne et de son entourage. Le sujet ne reconnaît plus l'altérité et est difficilement accessible aux interventions.

Les techniques à mettre en œuvre par l'équipe de l'unité avec une présence médicale indispensable éventuellement élargie à des renforts ponctuels sont :

- une prise en charge dans un espace séparé des autres patients (chambre) ;
- la prise en charge des autres patients par le reste de l'équipe ;
- l'information et la sollicitation du médecin de l'unité qui connaît le patient ;
- la communication (verbale ou autre) ;

- la possibilité d'alternatives ;
- un temps d'apaisement au calme (en chambre ou espace dédié) ;
- la proposition d'un traitement médicamenteux ;
- le rappel des limites du cadre de soin et l'engagement d'une négociation ;
- le rappel des voies de recours pour les soins sans consentement le cas échéant ;
- des gestes physiques pour contenir qui répondent à une graduation du niveau de contrainte exercé en fonction de la gravité de la crise. L'intervention physique doit être précise et coordonnée, discutée en amont en équipe pluridisciplinaire pour en maximiser la sécurité.

Cela suppose une formation approfondie, une supervision régulière et un entraînement continu.

Une quatrième phase de pseudoadaptation consiste en une situation d'apaisement mais avec un tableau agité qui peut réenclencher la crise. L'accompagnement est poursuivi par une écoute attentive et empathique des différentes justifications et plaintes formulées, par la réintroduction du patient dans l'activité précédente, si possible en adaptant l'environnement, la difficulté et la durée de la tâche pour éviter une mise en échec. L'appel à des tiers identifiés comme personnes ressources peut être envisagé.

Une fois la crise passée et l'état émotionnel stabilisé, une reprise de l'évènement est envisagée (prévention tertiaire), en expliquant les raisons ayant conduit à l'intervention physique et en ouvrant une réflexion sur les améliorations possibles. Toutes les personnes impliquées dans l'épisode doivent pouvoir être présentes. Le lien avec les acteurs externes peut être renforcé.

Il est important que les soignants aient une lecture professionnelle et bienveillante du comportement, gardant une tonalité affective neutre nécessaire pour qu'un processus « en miroir » ne s'installe pas (Duxbury & Whittington, 2005). Les procédures sont ajustées au niveau de développement et de compréhension du patient pour construire un lien dynamique et lui apporter un environnement cohérent et prédictible plus rassurant. Cela permet d'adapter les thérapeutiques, d'ouvrir le cadre de vie, de mieux tolérer les comportements et les comprendre. La resubjectivation des patients est ainsi déstigmatisante aux yeux de l'équipe.

Des techniques d'interposition et de dégagement physique, ou le retrait du personnel impliqué dans la situation de crise et le relais par un collègue non impliqué dans la situation peuvent constituer une alternative à l'isolement et à la contention (ANESM, 2016). Les dangers potentiels présents dans l'environnement doivent être écartés et les stimuli diminués autant que possible.

Pour des patients non verbaux, les stratégies de désescalades précédemment décrites sont insuffisantes (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018). Pour contenir les troubles graves du comportement en évitant les blessures, des équipements de protection individuelle pour les patients et les soignants peuvent être des alternatives en contexte sanitaire et médico-social (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018). Ces dispositifs permettent de passer d'une réponse institutionnelle univoque d'isolement ou de contention à une réponse individualisée et circonstanciée, optimisée en fonction du degré de restriction de liberté et de la marge de mouvement possible (transitoire, graduée et réversible), en fonction des comportements repérés. La protection des soignants leur permet d'investir la relation de soin avec moins d'appréhension et de créer un rapport de réciprocité dans la vulnérabilité et dans la contrainte que peut représenter un dispositif de protection. « Penser la relation d'aide en se protégeant pour protéger l'autre, c'est se prémunir d'une violence mettant en péril le lien nécessaire à l'accompagnement » (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018).

Selon le modèle fonctionnel des troubles graves du comportement, ces dispositifs permettent de répondre aux renforçateurs sociaux (capacités d'interaction de la personne avec son entourage, à attirer l'attention, à fuir) et aux renforçateurs non sociaux (mouvement stéréotypés, profils sensoriels particuliers avec douleur et/ou hypersensibilité). Les facteurs contribuant à l'escalade comportementale relèvent du contexte autant que de ses conséquences sensorielles ou sociales.

d. Restaurer la qualité des soins relationnels

Avec l'inflation des pratiques de contention, certains auteurs et soignants dénoncent un glissement progressif vers une médecine objective sans sujet, évacuant la relation et la parole, qui trouve son aboutissement dans la mise sous contention (Fernández *et al.*, 2019). Une réponse aux renforçateurs sociaux du sujet est donc souhaitable.

Dans ce contexte, le « champ analytique » renvoie à la structure thérapeutique composée des espaces physiques et des positions subjectives du personnel et des patients (Fernández *et al.*, 2019). Ainsi, en cas de faillite de la capacité du groupe à contenir psychiquement les situations de débordement, la contention est parfois comprise comme la solution pour arrêter et isoler physiquement une tension au sein du « champ analytique ». L'isolement n'est alors pas uniquement dû à un échec des capacités contenantantes individuelles et collectives des soignants, ni à la violence des patients, mais à un dépassement de la limite du seuil de la capacité à contenir de l'unité, de la capacité de l'institution à soigner, à gérer un certain nombre de symptômes dont la violence (Nicolas & Lanquetin, 2017). Ce moment vécu comme une crise met en péril le « champ analytique ». La mise en danger est donc repoussée pour protéger cet espace dans un contexte où le soignant est le garant de la qualité protectrice du champ partagé avec les patients. Ainsi les facteurs permettant de maintenir une qualité dans le contact relationnel sont la présence calme et rassurante de soignants connus (Kontio *et al.*, 2012) ainsi que le respect des habitudes et du rythme de vie.

Une approche empathique du soin tend à se développer. L'empathie est alors envisagée par certains comme un mode de connaissance de l'autre, par la corporéisation et les sensorialités, dans un processus de résonance (Camélio, 2006). Pour Daniel Stern¹⁴⁷, la résonance émotionnelle est le processus initial de l'empathie. Ainsi une étude suggère qu'une formation sur l'approche empathique du soin en psychiatrie a un effet favorable sur l'utilisation des mesures de contrainte (Yang *et al.*, 2014), de même qu'une formation en thérapie cognitive sur le recouvrement (Chang *et al.*, 2014).

Cette démarche s'inscrit dans une approche systémique du soin centrée sur le rétablissement, qui consiste à soutenir les capacités personnelles, à responsabiliser les services dans leurs liens avec la communauté, le travail sur l'environnement et le tissu social et à produire des plans de soins individualisés par la négociation active avec le patient (Castelpietra, 2017; Colucci, 2011; Labey & Noël, 2017; Mezzina, 2014).

Le cas particulier du sujet mineur

Pour certains auteurs, la prévention de la contention en pédiatrie, c'est la capacité de contenance faite d'éléments matériels et humains qui concourent à la capacité de contenance d'un service (Kino & Kpadonou-Fioffi, 2008). Cela comprend des activités structurées et intéressantes, le fait de s'informer entre collègues, d'anticiper la crise et de pouvoir passer le relais.

Des approches complémentaires à la contention existent (distraction, relaxation, hypnose) mais il a été mis en évidence, dans plusieurs pays et divers services de pédiatrie, que les soignants négligent très souvent ces approches (Crellin *et al.*, 2011; Demir, 2007; Runeson, 2001). La charge de travail, le manque de temps (Demir, 2007) et la nature du soin (Crellin *et al.*, 2011) influencent le soignant dans sa décision d'utiliser les techniques de distraction comme alternative. La présence des parents peut également être un facteur de diminution de l'usage de la contention.

147 Stern, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1989.

e. Un environnement apaisant

Le développement d'une démarche d'hospitalité

La « proximité attentive » des soignants (Guivarch & Cano, 2013) qui confère à la contrainte sa dimension de soins, s'étaye nécessairement sur une sécurité architecturale et un aménagement intérieur. La réflexion sur l'accueil et l'hospitalité trouve ainsi son expression dans l'adaptation de l'environnement du patient, qui peut dépasser le cadre de la chambre. Les aménagements architecturaux sont importants, notamment en gériatrie, dans la prévention des chutes et la gestion de la déambulation (Ghironi *et al.*, 2005), mais aussi par la création d'espaces d'apaisement en prévention des accès de violence (HAS, 2016).

La qualité de l'ambiance et des entours est particulièrement importante, notamment dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle (Oury & Faugeras, 2013). C'est ce qui est appelé en Suisse une thérapie du milieu, qui consiste à « être autour pour être avec ». Il s'agit alors de réorganiser les soins au sein du service, éviter les stimulations (sensorielles) excessives, la surpopulation, améliorer la sécurité et les possibilités d'orientation dans l'espace, aménager des espaces de déambulation sécurisés à l'intérieur comme à l'extérieur ou encore garantir un espace privé par patient (Schaaf *et al.*, 2013). Cette réflexion nécessite de trouver un équilibre entre la part des espaces collectifs et celle des espaces individuels.

Ainsi la taille des locaux est importante pour limiter la promiscuité et éviter la génération d'angoisses ou de violence, ceux-ci doivent être entretenus, individuels pour respecter l'intimité et la dignité et disposer d'espaces d'accueil, notamment pour les visites (Chazalet & Perrin-Niquet, 2014).

La chambre doit être un lieu de bien-être, d'apaisement de tension, un lieu enveloppant où la régression est possible, or elle renvoie souvent plutôt à une image carcérale. L'aménagement des espaces fermés d'aspect carcéral contribue à renforcer l'hospitalité du lieu : suppression des oculi, de leur verre grillagé, des grilles externes aux fenêtres, installation de toilettes respectant l'intimité et d'un système d'alerte par sonnerie (Giloux, 2017). Une étude menée aux Pays-Bas a montré le lien entre qualité, sécurité des bâtiments et utilisation des mesures de contrainte (Schaaf *et al.*, 2013) et souligné l'importance de lieux de vie privée pour le respect de la dignité, la reconnaissance de l'identité et la régulation des interactions sociales.

De même, dans la chambre d'isolement, un minimum de confort doit être garanti avec un accès aux toilettes et à la douche, des équipements de qualité sans danger (meublement confortable, sécurisé et robuste), des moyens d'orientation temporelle, une possibilité de communication avec l'extérieur et un dispositif d'appel (HAS, 2017). L'espace doit être ventilé, la température et l'éclairage pouvoir être contrôlés depuis l'intérieur et l'extérieur. Des possibilités de sorties de la chambre d'isolement dans le service d'hospitalisation pour une courte durée doivent être envisagées (CME CHS, 2016).

Des espaces adaptés aux besoins d'apaisement

Les unités de soins ont engagé des réflexions sur l'apaisement médié par l'espace, avec un lieu dont la porte n'est pas fermée à clef et conçu pour procurer un espace de faible stimulation et permettre une diminution de la tension interne d'un patient (ANESM, 2016; HAS, 2017). Ce sont des mesures de retrait préventives qui ne restreignent pas la liberté d'aller et venir. Par exemple au Vinatier, des espaces protégés et gradués en fonction de l'état clinique de la personne lui sont proposés (Giloux, 2017) :

- Un espace de soins psychiatriques intensifs qui est une chambre avec un lit en mousse surélevé, un système d'appel, une horloge, un espace sanitaire, un espace aéré et des sièges pour les échanges soignant-patient,
- Une chambre d'apaisement avec un lit scellé, non meublée, peu sécurisée, pour quelques heures dans la journée et non substituable à la chambre d'un patient,

• Un salon d'apaisement pour la journée avec fauteuil, canapé où le patient peut s'enfermer seul s'il le souhaite.

Ces espaces de retrait volontaire, négocié ou planifié constituent une alternative à l'isolement. Ils sont pensés collectivement par l'équipe de soin, aménagés dans ce sens et appropriés par les soignants et les patients afin d'enrichir le soin (Bowers *et al.*, 2013; de Truchis-Ramière, 2013; Morin & Michaud, 2003). Le lien direct avec les soignants peut être propice à une résolution de crise plus efficace. Cette démarche pourrait être appliquée à davantage de lieux de soins. Ainsi la CGLPL (2020) recommande d'étendre les lieux d'apaisement aux services d'urgence, dédiés aux personnes en situation d'agitation, et de protocoliser des méthodes de prise en charge respectueuses des droits du patient et de sa dignité.

Au sein du GHU Psychiatrie et Neurosciences, plusieurs projets de ce type sont en cours de développement. Le lab-ah est mandaté par la communauté médicale et la Direction pour explorer la dialectique isolement/apaisement et transcrire la valeur hospitalité dans la spatialité, les dimensions sensorielles et soutenir les stratégies de prévention et de gestion d'agitation et d'anxiété.

C'est le cas du projet de création d'un espace contenant sur le site d'Avron mené par le Dr Carine Delanoë-Vieux. Le salon d'apaisement est envisagé comme l'élément manquant d'un continuum avec en aval la chambre d'accueil et en amont la chambre d'isolement. Les objectifs thérapeutiques sont de prévenir l'agitation, l'isolement et l'anxiété, de diminuer le nombre de mise en chambre d'isolement et le recours aux sédatifs, de raccourcir la durée de séjour en chambre d'isolement et de disposer d'un environnement accueillant pour partager un moment privilégié avec un soignant. C'est également un espace-temps qui permet d'expérimenter et d'implémenter des preuves de concept des projets précédemment développés par le lab-ah sur la qualité d'hospitalité : utilisation des couleurs, qualité du moment des repas, accès à la lecture, aux supports d'expression, enveloppe sonore, repérage dans le temps et l'espace.

L'attention architecturale dans les lieux de soins s'enrichit de compétences de design, comme par exemple le partenariat entre le Vinatier et l'Ecole d'art et de design de Saint-Etienne qui travaille sur les lumières, les ouvertures, les surfaces, la place des sanitaires, du lit, un siège pour les soignants pour promouvoir le soin relationnel et les sièges cocon pour aider les patients à se rassembler (Giloux, 2017).

Pour les personnes porteuses de troubles du comportement, les tapis portatifs sont particulièrement utiles pour moduler l'environnement et servent d'interface mobile entre les surfaces dures ou lors des phases de transition. Les tapis à trois volets sont également utilisés pour l'immobilisation au sol, dans le cadre d'une contention physique active (Lefèvre-Utile *et al.*, 2018).

L'usage de lieux et d'objets contenant modulaires et optionnels tend à enrichir la qualité d'accueil et multiplie les médiateurs possibles du soin. Leur mise à disposition de la personne prise en soin se développe pour permettre au sujet d'être acteur de sa propre contenance.

3. Vers un sujet se contenant

« Contenir, c'est d'abord se contenir »¹⁴⁸. Ainsi il est particulièrement important pour le sujet d'être à l'initiative de son propre apaisement, afin qu'il réponde au mieux à ses besoins. Se créer son propre bord, ses propres limites fait alors pleinement partie de la démarche d'auto-soin¹⁴⁹. L'autodétermination de la personne vise le développement de son autonomie et met l'accent sur ses forces et sur des conditions de vie

148 Hochman, *Psychose, vie quotidienne*, 2006.

149 Williams. *Si on me touche, je n'existe plus*, 1992 et Bettelheim. *La forteresse vide*, 1967.

favorables à la réussite et au succès. L'autodétermination dans le soin n'est possible qu'avec la possibilité de connaître sa pathologie, de reconnaître les signes mineurs et de pouvoir agir par des moyens d'apaisement adaptés à ses besoins et sécurisés. La notion d'*empowerment* des usagers souligne ainsi un changement de paradigme où le soin accompagne le droit et la reconquête des libertés par le rétablissement (Baleige & Pastour, 2017).

En amont de toute intervention, l'ANESM recommande de recueillir les directives anticipées de la personne, qui sont ses préférences en termes de décisions et de modalités anticipées (Maître *et al.*, 2013) à mettre en place pour gérer ou prévenir la violence (écoute, lieu d'apaisement, objets). Si le consentement est toujours recherché, il peut s'agir d'une alternative qui respecte en partie l'autonomie de la personne, lorsque celui-ci n'est plus possible.

Mieux se connaître

Connaître sa pathologie et être en mesure de reconnaître les signes mineurs qui précèdent la crise fait partie des interventions de prévention primaire et secondaire, à mettre en place en amont des moments de violence, dès la montée en tension, le rapport de force, l'admission dans le service (Lanquetin, 2019). C'est tout l'objet de l'éducation thérapeutique, qui peut par exemple utilement mobiliser les connaissances et compétences du pair-aidant. Ce dernier dispose d'un rôle d'expertise et peut aider la personne à mettre en place des techniques d'auto-apaisement.

L'évaluation des besoins de repli et de régulation émotionnelle et sensorielle est également nécessaire pour nourrir le projet de soins individualisé. Cette approche du soin par l'évaluation et la réponse aux besoins a un effet bénéfique sur la durée de séjour et les mesures de contraintes, même dans un contexte d'hospitalisation en psychiatrie (Wullschlegler *et al.*, 2018). L'implication de la personne dans sa mise en retrait renforce sa capacité d'autorégulation (ANESM, 2016). Des apprentissages en amont de la crise peuvent être proposés tels que des ateliers de gestion de la colère (Goulet *et al.*, 2012), mais également une utilisation autonome des mesures de protection et d'apaisement ainsi que des techniques de retrait. Les conditions d'utilisation de matériels contenant doivent être définies au regard d'une balance bénéfices-risques, par exemple entre besoin de protection et risque d'atteinte à la dignité (ANESM, 2016).

Après la phase de crise, un processus de biofeedback peut être engagé au cours duquel la personne apprend progressivement à reprendre seule le contrôle de son comportement et de son autonomie (Diaz *et al.*, 2018). La communication et l'interaction interpersonnelle positive sont ainsi particulièrement importantes (Cusack *et al.*, 2016).

La participation à la vie de l'unité par la co-construction de règles de vie, l'élaboration de programmes de soins (médicaments, doses) et des critères pour la mise en isolement renforce l'engagement du patient et réduit le risque d'agitation (Kontio *et al.*, 2012). Ces moyens d'apaisement peuvent également être un accès à des médicaments d'appoint (Goulet *et al.*, 2012).

L'implication des patients dans la réflexion sur les mesures complémentaires et alternatives à la contention et à l'isolement est possible mais nécessite d'outiller les personnes de ressources pour favoriser leur implication (Tantchou Dipankui *et al.*, 2014). Cette démarche concerne également les enfants qui peuvent être amenés à résoudre les conflits dans une approche collaborative (Greene & Ablon, 2006) ce qui permet de réduire la fréquence et la durée de la contention (Lebel & Goldstein, 2005; A. Martin *et al.*, 2008). A cette nécessaire responsabilisation du patient-usager (Cusack *et al.*, 2016) doit s'ajouter le respect de la place de la famille et la formulation d'un projet thérapeutique clair, expliqué et évolutif.

Dans le champ de la pédopsychiatrie, l'utilisation de plans de modification du comportement pour les patients à risque de contention, parallèlement à un débriefing post-isolement et à l'utilisation d'un algorithme

de prise de décision par les soignants a permis de réduire le taux de mise sous contention (Eblin, 2019).

Chez le sujet âgé, l'individualisation du soin par la régularisation des activités, la minimisation des changements d'emploi du temps et la réduction de la douleur permettent de réduire le recours aux contentions (Raveesh *et al.*, 2019).

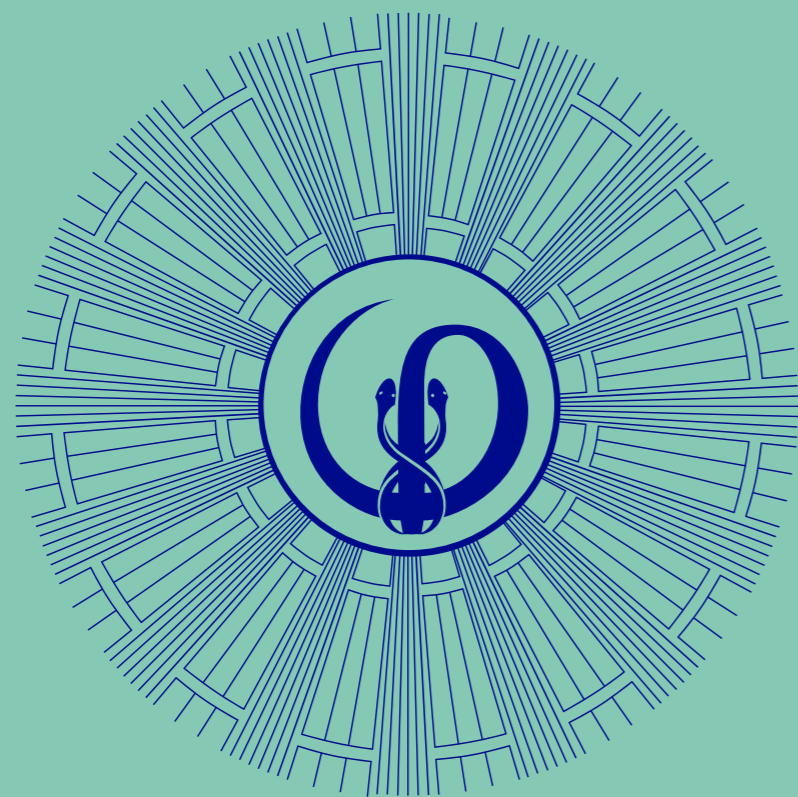
Disposer de moyens contenant

La mise à la disposition de la personne de moyens d'apaisement et la concertation pour l'adaptation de son environnement tendent à favoriser l'autodétermination de la personne (Caouette *et al.*, 2015) et son appropriation de l'espace (ANESM, 2016). Ces moyens peuvent être des objets plus ou moins contenant, plus ou moins contraignants. Ainsi certains enfants demandent que leur soit restreinte une partie de leur capacité de mouvement corporel (mains attachées dans une forme de contention ambulatoire) et parviennent difficilement à se séparer de ces moyens de contention physique qui empêchent notamment les comportements d'automutilation (Turine dans Delion, 2007, p. 146; Kinoo & Kpadonou-Fiossi, 2008).

La connaissance de ses besoins et de son état de stress est un préalable à l'usage autonome de ces objets. Des dispositifs se développent pour renforcer cette connaissance, à l'instar d'un T-shirt intelligent qui permet d'estimer le niveau d'anxiété par la mesure des variations du rythme cardiaque et de prédire les phases d'agitation (Palix *et al.*, 2017).

Conclusion de la quatrième partie

Afin de mener une expérimentation relative à un dispositif de « contention volontaire », une démarche qualité est engagée. De l'élaboration du prototype contenant à sa confrontation à la réalité, il a vocation à s'améliorer par le retour d'expérience des usagers de la psychiatrie. En proposant une contention de moindre recours, cette démarche s'inscrit dans les stratégies alternatives de désamorçage des tensions pour restaurer la qualité des soins relationnels et construire un environnement apaisant. Pour permettre une contention non seulement volontaire mais également autonome du sujet, il est nécessaire de renforcer ce dispositif d'outils de prévention adéquats.



V. RECOMMANDATIONS

Dans cette cinquième partie, des recommandations sont proposées visant à garantir le respect des droits du sujet contenu et faire vivre les principes d'autonomie et de bienfaisance dans le soin. Celles-ci sont en partie issues des recommandations du CGLPL et s'adressent aux acteurs du soin autant qu'au législateur, appelé par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 19 juin 2020, puis celle du 4 juin 2021 à réviser les modalités de contrôle et de recours des mesures d'isolement et de contention. A cette occasion, la notion de dernier recours pourrait être précisée.

1. Garantir le respect des droits du sujet contenu

a. Permettre un meilleur accompagnement

La garantie de l'effectivité des droits du sujet contenu suppose tout d'abord que les personnes et les lieux qui l'accueillent et l'accompagnent soient adaptés à la mise en œuvre de ces droits (Guivarch, 2016). Un investissement dans les structures de soins et dans la formation des professionnels est nécessaire pour diminuer le recours à la contention involontaire, quelle que soit sa forme.

Ainsi une campagne de rédaction de documents d'information et de formation des personnels sur le respect des droits et libertés des patients dont celle d'aller et venir doit être menée (Hazan & Hatry, 2018, p. 50). Certains établissements ont des bonnes pratiques, le Ministère chargé de la santé pourrait les faire transposer à d'autres établissements (Hazan & Hatry, 2018, p. 54).

Pour la CGLPL (2018), les conditions matérielles du lieu où se déroule la contention involontaire doivent respecter les droits fondamentaux du patient et disposer d'un minimum de confort¹⁵⁰, avec un aménagement favorisant l'apaisement.

L'impératif d'un accueil dans des conditions d'hospitalisation dignes devrait être intégré dans la certification des établissements, en conditionner le financement et que l'investissement dans de meilleures conditions d'accueil fasse l'objet d'une part fixe de financement. Cet investissement pourrait notamment être attribué au développement d'approches complémentaires à la contention involontaire telles que la « contention volontaire ».

¹⁵⁰ En termes de superficie, luminosité, accès à l'eau et aux sanitaires, proscrire les dispositifs de vidéosurveillance, dispositif d'appel à disposition, réception de visiteurs dans des conditions respectueuses, literie, manger dans des conditions dignes, accès à l'heure.

b. Renforcer l'obligation d'information sur les droits de la personne contenue

Le principe d'autonomie en psychiatrie doit pouvoir concerner les choix thérapeutiques, même lorsqu'ils sont de dernier recours (Guivarch, 2016; Kontio *et al.*, 2012). La première condition est donc celle d'une transmission au sujet de l'information totale, compréhensible et dès la prise de décision de la mesure de contention. Cette information doit comprendre *a minima* les raisons de la mise sous contention, les critères permettant sa levée et les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure¹⁵¹ (HAS, 2017). Un support écrit doit être transmis et l'ensemble de ces informations être affichées dans la chambre d'isolement (Hazan & Hatry, 2018, p. 93).

Elle suppose également que les personnes disposent d'un moyen de recours des mesures de privation de liberté qui lui sont imposées. Ainsi, le Conseil constitutionnel a reconnu qu'il revenait au juge judiciaire d'assurer ce recours. Il pourrait être envisagé qu'il soit systématique et que le patient puisse s'appuyer sur une structure *ad hoc* interne à l'établissement (exemple danois). Le CPT recommande que ces voies de recours soient simples, efficaces et adaptées aux usagers¹⁵².

Une réflexion collective doit être menée dans tous les lieux de soin où il existe une pratique d'isolement et de contention (pédiatrie, urgences, neurologie, gériatrie, médico-social... ; HAS, 2017). Il est proposé d'étendre l'obligation d'information sur les droits, les voies de recours et les risques liés à la mesure et l'obligation de recherche du consentement à tous les services pratiquant la contention. La mise en place de protocoles spécifiques explicitant les alternatives à l'isolement et à la contention est encouragée (CGLPL, 2020) notamment s'agissant du sujet mineur et du sujet âgé (CGLPL, 2017). Des programmes comportementaux et cognitifs spécifiques pourraient être mis en place.

Le périmètre de l'encadrement de l'usage de la contention devrait être étendu aux autres domaines concernés du soin, afin de garantir à tous les patients le même respect de leurs droits, sans préjuger de leur lieu de prise en soin. Cela suppose une traçabilité des mesures restrictives de liberté étendue hors de la psychiatrie, à la fois dans le dossier du patient et sur un registre spécifique. La liste des données devant figurer dans ce registre et les modalités de leur enregistrement devraient être mieux définies par le Ministère chargé de la santé (CGLPL, 2020). Le contrôle de telles pratiques par le CGLPL pourrait être envisagé.

2. Faire vivre les principes d'autonomie et de bienfaisance dans le soin

a. Permettre l'autodétermination dans le soin

L'autodétermination dans le soin peut être rendue possible aux moyens d'espaces de dialogues, de construction concertée de la prise en soin et des dispositifs alternatifs.

En amont de toute intervention, le recueil de directives anticipées ou de testaments psychiatriques (exemple allemand) permettrait d'orienter le choix des modalités à mettre en œuvre pour prévenir ou gérer l'agitation et de refléter les valeurs et buts de la personne. Si le consentement est toujours recherché, il peut s'agir d'une alternative qui respecte en partie l'autonomie de la personne, lorsque celui-ci n'est plus possible.

151 Notamment le régime de surveillance prévu, les examens médicaux, les traitements, les modalités pratiques de prise de nourriture, de boisson, les dispositions relatives à l'hygiène et l'information facultative à la personne de confiance.

152 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 21 mars 2017, Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT) (CPT/Inf(2017)6)

Par ailleurs, la recherche du consentement d'un patient en soins sans consentement doit faire l'objet d'une reprise à chaque entretien (CGLPL, 2020).

Le recueil du vécu de la mesure de contention devrait être systématisé, afin de considérer le patient dans sa singularité. Il doit être assuré au patient que celui-ci n'influencera pas la prise en charge en sa défaveur. Le retour post-isolement pourrait être le moment de ce recueil.

Il est recommandé de développer les activités thérapeutiques et occupationnelles pour réduire l'ennui et les tensions, que ces activités aient du sens et soient planifiées, de diffuser les règles de vie pour éviter les situations d'arbitraire (Hazan & Hatry, 2018), de les adapter par des accords patients-soignants.

Des réunions soignants-soignés régulières devraient être mises en place, *a minima* dans les unités d'hospitalisation à temps plein. Des conseils de la vie sociale devraient également être installés (CGLPL, 2020).

b. Construire en équipe une éthique de la pratique

Le poids de la relation thérapeutique ne doit pas être porté individuellement, la triangulation institutionnelle doit toujours être possible pour garantir une répartition collective des risques (Fernández *et al.*, 2019).

Un travail sur l'ambiance des services et la place des activités thérapeutiques pourrait être mené par des réunions cliniques, des réunions de secteur, des supervisions d'équipe. Le cadre de soin doit être analysé, notamment après des accidents d'agitation et d'excitation dans les services (Fernández *et al.*, 2019). Les situations des patients placés en isolement ou sous contention devraient faire l'objet d'une reprise hebdomadaire lors des réunions institutionnelles de l'unité (CME CHS, 2016).

À l'instar des contentions institutionnelle et mécanique, l'usage des autres dispositifs de contention comme la contention chimique (Muir *et al.*, 2020) et les objets contenant devrait *a minima* faire l'objet de protocoles définis, gradués, intégrés et connus par les professionnels de chaque service et pourrait être encadré par la loi¹⁵³.

Tout établissement prenant en charge des patients en soins sans consentement doit mettre en place un comité d'éthique compétent pour toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux (CGLPL, 2020). Cette recommandation pourrait être étendue à tous les établissements ayant recours à la contention.

Il pourrait être envisagé de multiplier les regards tiers sur l'éthique de la pratique, à l'instar des pays anglo-saxons et aux Pays-Bas où juristes, philosophes, travailleurs sociaux sont invités à échanger avec des professionnels de santé (Guivarch, 2016). Le rôle des espaces éthiques régionaux est à préciser et à renforcer.

c. Développer des approches complémentaires et alternatives

D'autres dispositifs de moindre recours doivent être développés, évalués, individualisés et informés (notamment en termes de risques) afin de multiplier les outils auxquels le sujet et l'équipe soignante peuvent avoir

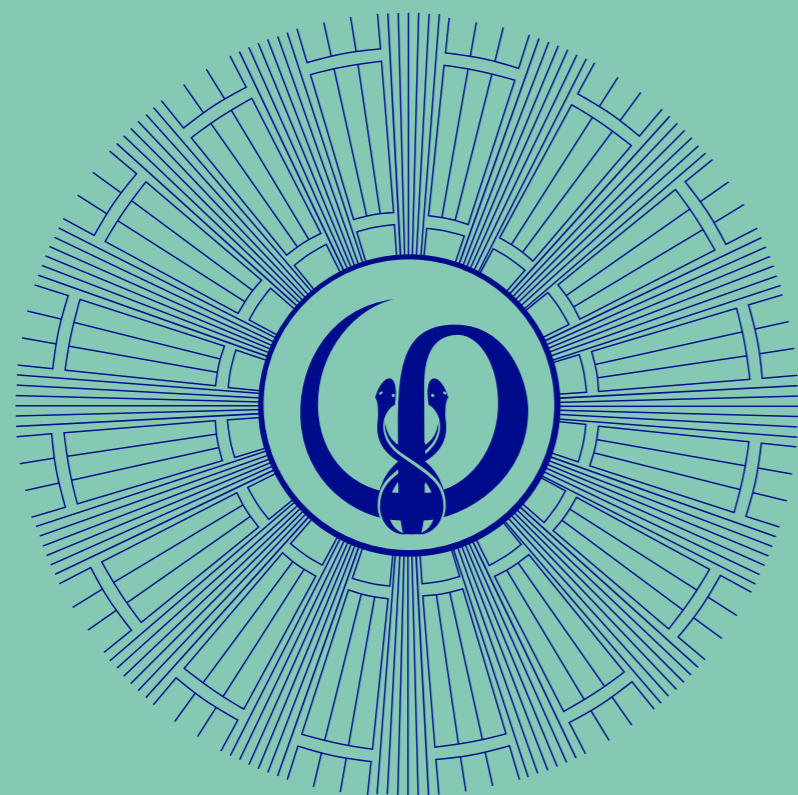
153 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 27 novembre 2015. <https://rm.coe.int/1680707074>.

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 21 mars 2017, Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT) (CPT/Inf(2017)6)

recours pour protéger et diminuer l'anxiété et l'agitation. Ces dispositifs, élargissant la gamme d'approches plus ou moins contraignantes, doivent favoriser la sécurité et l'ergonomie dans leur développement. Cette démarche pourrait être étendue à d'autres lieux de soin, ainsi la CGLPL recommande de proposer des lieux d'apaisement dans les services d'urgence (2020).

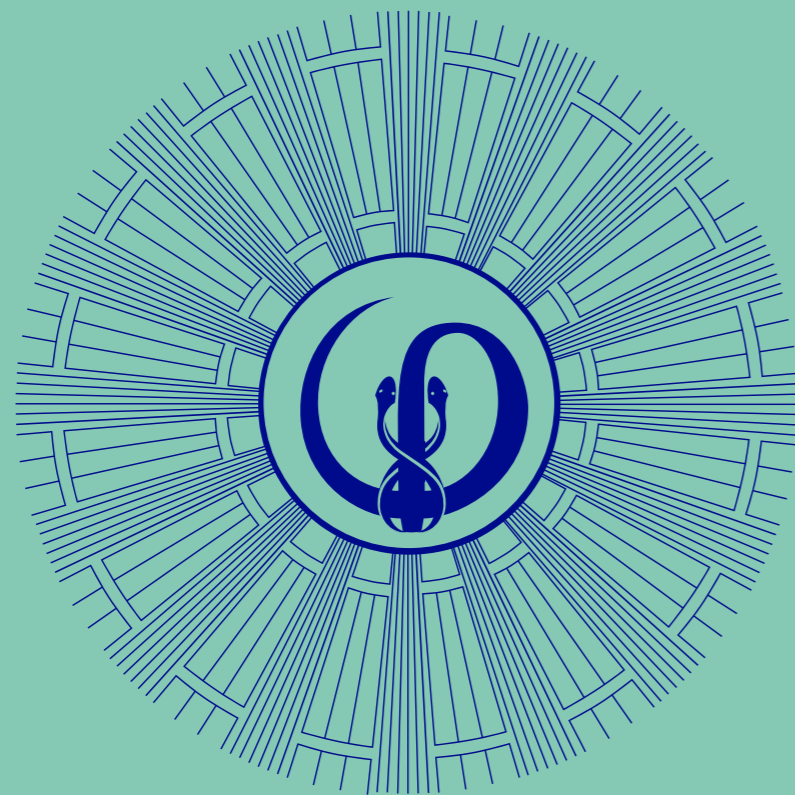
Le recueil du consentement éclairé de la personne ou de son tuteur légal doit être systématique et l'utilisation de ces dispositifs uniquement après évaluation par un professionnel de santé qui exclue les contre-indications et sous la surveillance d'intervenants spécifiquement formés (ANESM, 2016).

Dans cette réflexion, il est fondamental d'inclure les parents, la famille ou les proche-aidants afin de développer leur application au domicile.



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTH	Adrénocorticotrophine
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
CDHP	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques
CDPH	Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CDU	Commission des usagers
CEDH	Convention européenne des droits de l'homme
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CLSM	Conseil local de santé mentale
CME CHS	Commission médicale d'établissement des centres hospitaliers spécialisés
CNSA	Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CRPA	Cercle de réflexion et de propositions d'actions sur la psychiatrie
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP	Code de la santé publique
DSM V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EACH	Association européenne pour les enfants hospitalisés
ECG	Électro-cardiogramme
EHPAD	Établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
ENUSP	Réseau européen des (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FNAP-PSY	Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie
GHU	Groupe Hospitalo-Universitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IME	Institut médico-éducatif
IRCAM	Institut de recherche et de coordination acoustique/musique
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
JLD	Juge des libertés et de la détention
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
NICE	National Institute of Clinical Excellence (UK)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
ONVS	Observatoire national des violences en santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SFMU	Société Francophone de Médecine d'Urgence
Unafam	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
USLD	Unités de soins de longue durée



MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTAT DE L'ART

Établi à partir d'une question de recherche, l'état de l'art est un état des connaissances existantes, à un moment donné, sur un objet d'étude. Il comporte une recherche bibliographique la plus exhaustive possible comprenant une sélection de travaux à partir de mots-clefs, puis une lecture approfondie du corpus et son analyse structurée.

Recherche bibliographique et recueil des données

Pour la réalisation de cet état de l'art sur les méthodes de contention, les bases de données Pubmed, CAIRN, Sudoc, Ascodocpsy, BDSP de l'EHESP, Base SantéPsy, BnF Gallica, ainsi que le fond documentaire de la Bibliothèque Henri Ey du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences (site de Sainte Anne) ont été consultés entre janvier et juillet 2020. Les mots-clefs suivants, correspondant à l'objectif principal de l'état de l'art, ont été utilisés : contention, contenance, contrainte, psychiatrie, restraint, therapeutic hold.

L'objet des travaux retenus a été systématiquement vérifié (pré-lecture des résumés) afin de valider la source avant de l'intégrer au corpus bibliographique : par exemple, les sources relatives à la contention dentaire et orthopédique ont été exclues.

Les types de sources retenus sont des articles, ouvrages et rapports scientifiques, professionnels (thèses de médecine) et institutionnels. Cette recherche bibliographique a permis de recenser 684 documents.

Classification et structuration des données

La gestion bibliographique avec le logiciel Zotero® a permis l'organisation des différentes catégories de sources et leur citation dans l'état de l'art.

Lecture compréhensive du corpus

Une lecture quasi-exhaustive des articles identifiés a été nécessaire devant l'hétérogénéité très importante des sources collectées (type, représentativité, fiabilité). D'autres sources ont ensuite été consultées à partir des sources mentionnées dans les travaux identifiés dans la collecte primaire, par une recherche de sources institutionnelles et avec un travail continu de veille bibliographique (jusqu'en mars 2021). Ces nouveaux éléments ont permis de réinterroger en permanence les résultats produits à partir de l'analyse du premier corpus et d'enrichir le corpus final.

Le corpus d'informations recueillies a ensuite été trié selon une analyse thématique, afin de conserver la multi-dimensionnalité des apports de la littérature relative à la contention, d'étudier les relations entre ces différentes informations (controverses, limites de la recherche) et de donner une description compréhensive de l'objet d'étude.

Interprétation des résultats et rédaction de l'état de l'art

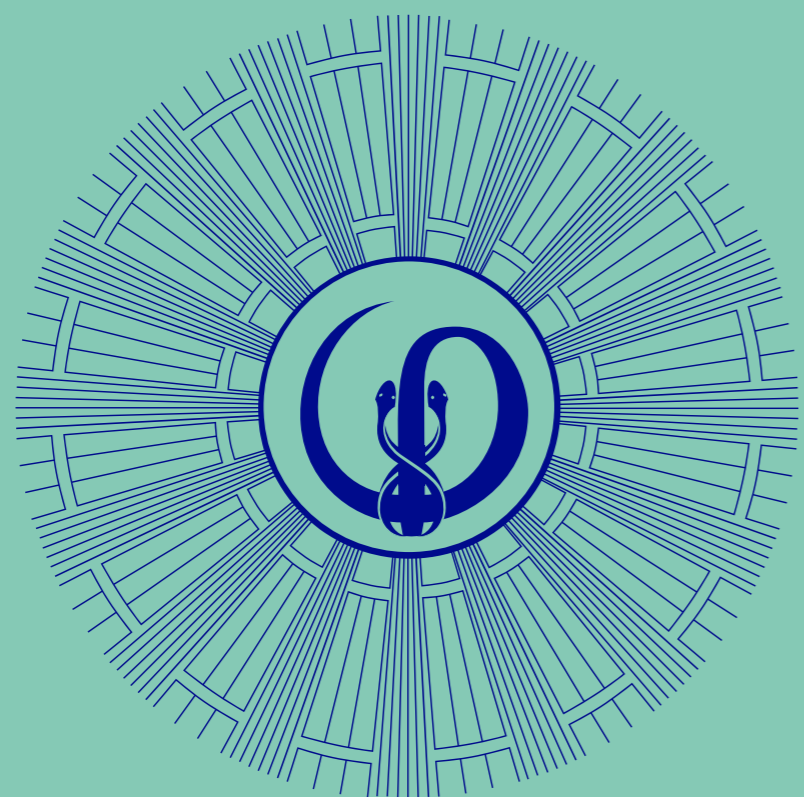
L'analyse thématique a permis de faire émerger le plan de l'état de l'art et les différentes problématiques afférentes. La phase d'interprétation et d'analyse des résultats a permis la rédaction de l'état de l'art. Le référencement sur Word a ensuite été facilité par le logiciel Zotero®.

Limites

La stabilité¹⁵⁴ et la reproductibilité¹⁵⁵ de l'analyse n'ont pu être réalisés faute de temps et de moyens financiers et pourraient être de nature à renforcer la qualité de ce travail exploratoire.

154 Obtention des mêmes résultats à deux analyses du même corpus par le même chercheur

155 Obtention des mêmes résultats à l'analyse du même corpus par deux chercheurs différents



BIBLIOGRAPHIE

Rapports

- AETMIS. (2010). *Couvertures et vestes lestées : Sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans les différents cadres d'intervention* (No 5). Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (Québec).
- Afssaps. (2011). *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6ee58bcae15bb58b1d52a72a43fde6ff.pdf
- ANAES. (1998). *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*. [Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé]. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
- ANAES. (2000). *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*. [Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé]. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
- ANAES. (2004). *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité* [Conférence de consensus]. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-139.htm?ref=doi>
- ANESM. (2016). *Les « comportements-problèmes » : Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés* [Recommandations de bonnes pratiques professionnelles]. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ASSM. (2015). *Mesures de contrainte en médecine* [Directives médico-éthiques]. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).
- CGLPL. (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. [Rapport thématique]. Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- CGLPL. (2017). *Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale*. [Rapport thématique]. Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- CGLPL. (2020). *Soins sans consentement et droits fondamentaux*. [Rapport thématique]. Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- CME CHS. (2016). *Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie*. Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers spécialisés. <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2017-1-page-5.htm>
- CPT. (2012). *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010*. <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.pdf>
- DGS, DGAS, & SFGG. (2007). *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société française de gériatrie et gérontologie.

Fenech, G. (2007). *Rapport de M. Georges Fenech sur le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (n°442) (No 497)*. Assemblée Nationale. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r0497.asp>

Fiat, C., & Wonner, M. (2019). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale (No 2249)*. Assemblée Nationale. http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information

HAS. (2005). *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* [Recommandations pour la pratique clinique]. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2009a). *Confusion aiguë chez la personne âgée : Prise en charge initiale de l'agitation* [Recommandations de bonne pratique]. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2009b). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* [Recommandations de bonne pratique]. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2011). *Dangerosité psychiatrique : Étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressives chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur (p. 29)* [Audition publique – Recommandations de la commission d'audition]. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique* [Etat des lieux]. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2016). *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie* [Guide méthodologique]. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2017). *Contention mécanique en psychiatrie générale*. [Recommandations de bonne pratique]. Haute Autorité de Santé.

IRDES, Coldefy, M., & Fernandes, S. (2017). *Les soins sans consentement en psychiatrie : Bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

LeBel, J. (2011). *The Business Case for Preventing and Reducing Restraint and Seclusion Use*. U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Milon, A. (2009). *La psychiatrie en France : De la stigmatisation à la médecine de pointe (No 328)*. Sénat. https://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-328_mono.html

ONVS. (2019). *Violences en santé*. Observatoire national des violences en milieu de santé.

Robiliard, D. (2013). *Rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (No 1662)*. Assemblée Nationale. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

Robiliard, D., & Jacquat, D. (2017). *Rapport d'information de MM. Denys Robiliard et Denis Jacquat déposé en application de l'article 145-7 alinéa 1 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (No 4486)*. Assemblée Nationale. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>

SFMU. (2002). *Agitation en urgence (petit enfant excepté)* [Conférence de consensus]. Société Francophone de Médecine d'Urgence. https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/cc_agitation_long.pdf

Stewart, N. (2009). *Manual restraint of adult psychiatric inpatients : A literature review. Conflict and Containment reduction Research Programme*. Department of Mental Health and Learning Disability, City University London. 29.

Ouvrages

Alberne, T. (1992). *L'enveloppement humide thérapeutique* (Empêcheurs De Penser En Rond).

Anzieu, D. (1993). *LE PENSER. Du Moi-peau au Moi-pensant* (Dunod).

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (Dunod).

Anzieu, D. (2003). *Les contenants de pensée* (Dunod).

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. (Oxford University Press).

Berrios, G. E. (2019). *Pour une nouvelle épistémologie de la psychiatrie*. (les Éditions de la Conquête).

Bion, W. (2003). *Aux sources de l'expérience* (Presses Universitaires de France).

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (Erès).

Caire, M. (2019). *Soigner les fous. Histoire des traitements médicaux en psychiatrie* (Nouveau Monde).

Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique*. (Presses Universitaires de France).

Castoriadis, C. (1999). *L'Institution imaginaire de la société*. (Seuil).

Delion, P. (2007). *La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie*. (Erès).

Delion, P. (2018). *Fonction phorique, holding et institution*. (Erès).

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique* (Gallimard).

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir* (Gallimard).

Foucault, M. (2003). *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)* (Seuil).

Foucault, M. (2004). *Sécurité, Territoire, Population*. (Seuil).

Friard, D. (2002). *L'isolement en psychiatrie* (Elsevier Masson).

Goffman, E. (1968). *Asiles* (Les éditions de minuit).

Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste* (Odile Jacob).

Hazan, A., & Hatry, S. (2018). *Psychiatrie : L'hospitalisation contrainte*. (Daloz).

Kaës, R., Missenard, A., Kaspi, R., Anzieu, D., Guillaumin, J., Bleger, J., & Jaques, E. (1979). *Crise, rupture et dépassement* (Dunod).

Klein, M., Baranger, W., Heimann, P., Isaacs, S., & Riviere, J. (2017). *Développements de la psychanalyse*. (Presses Universitaires de France).

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (Presses Universitaires de France).

Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*.

Meltzer, D. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme* (Payot).

Najman, T. (2015). *Lieu d'asile : Manifeste pour une autre psychiatrie*. (Odile Jacob).

Oury, J., & Faugeras, P. (2013). *Préalables à toute clinique des psychoses*. (Erès).

Palazzolo, J. (2002). *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie* (Elsevier).

Sales Caires, L. (2017). *La Contention physique en psychiatrie : Un dissensus profond*. (Connaissances et savoirs).

Thèses

Baldo, C. (2015). *Contention et mise en chambre de soins intensifs : Une approche clinique du vécu du patient* [Docteur en médecine]. Nantes.

Calamy, P. D. (2015). *Pour une psychiatrie à visage humain : De la contention individuelle à la contenance institutionnelle*. [Docteur en médecine]. Lille.

Carré, R. (2014). *Contention physique : Revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients* [Docteur en médecine]. Toulouse III - Paul Sabatier.

Clenet, A., & Carre, R. (2018). *Incidence et caractéristiques de l'utilisation de la contention mécanique dans 11 établissements de psychiatrie en Occitanie*. [Docteur en médecine]. Toulouse.

de Benedictis. (2010). *Les mesures d'isolement et de contentions en psychiatrie*.

Pelon, E., & Sibeoni, J. (2017). *La contention en psychiatrie : Une étude qualitative du vécu des internes*. [Docteur en médecine].

Ruesche, L. (2018). *Contention physique en psychiatrie. Evaluation et Amélioration des pratiques (EPP/APP) dans deux Etablissements Publics de Santé Mentale en Bretagne* [Docteur en pharmacie]. Rennes 1.

Articles

Abdelghaffar, W., Ouali, U., Jomli, R., Zgueb, Y., & Nacef, F. (2018). Posttraumatic Stress Disorder in First-Episode Psychosis : Prevalence and Related Factors. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 12(3), 105-112B. <https://doi.org/10.3371/csrp.ABOU.123015>

Abensour, L. (2007) « L'attraction vers l'illimité : sensation océanique, psychose et temporalité », *Revue française de psychanalyse*, vol. vol. 71, no. 4, pp. 1061-1076

Adler, H. M. (1916). Indications for hydrotherapy and wet pack in acute psychoses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 44(1), 74-75.

Aïdan, G., Béliard, A., Bellanger, P., Cobbaut, J.-P., Doron, C.-O., Eyraud, B., Le Goff, A., Lechevalier, L., Litzler, A., & Marques, A. (2015). La régulation des pratiques contraignantes de soin en santé mentale : Perspectives pour une approche interdisciplinaire. *L'institution psychiatrique au prisme du droit*, 229-245.

Alban, B. (2018). Du management institutionnel au terrain : Impulser une dynamique pour changer les pratiques. *Soins Psychiatrie*, 39(317), 24-26. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2018.04.007>

Alezrah, C., Lafont, M., Bouet, R., Depaigne-Loth, A., Painsavoine, C., Laurence, M., Rodde-Dunet, M.-H., & Senon, J.-L. (2018). Prévenir les moments de violence lors des hospitalisations en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*, 39(317), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2018.04.004>

Allemang-Trivalle, A., Belfihadj, K., Walus, A., Bruniaux, G., Manguin, N., Villenfin, C., ... & Trivalle, C. (2021). Évaluation du chariot Snoezelen chez des patients déments sévères hospitalisés en SSR et en SLD. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 21(121), 4-10.

Alty, A., & Mason, T. (1994). *Seclusion and Mental Health : A break with the past*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2969-3>

Amaral, D., Rogers, S. J., Baron-Cohen, S., Bourgeron, T., Caffo, E., Fombonne, E., Fuentes, J., Howlin, P., Rutter, M., & Klin, A. (2011). Against Le Packing : A Consensus Statement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(2), 191-192. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.11.018>

Andersen, C., Kolmos, A., Andersen, K., Sippel, V., & Stenager, E. (2017). Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint : A case control study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(7), 525-528. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346142>

Arendt, R. E., MacLean, W. E., & Baumeister, A. A. (1988). Critique of sensory integration therapy and its application in mental retardation. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 92(5), 401-429.

Ashcraft, L., & Anthony, W. (2008). *Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services*. 59(10), 5.

Ayres, A. J., & Robbins, J. (2005). *Sensory Integration and the Child: Understanding Hidden Sensory Challenges*. Western Psychological Services.

Azoulay, M., & Raymond, S. (2017). La contention physique, un outil de soins ? *Information psychiatrique*, 93, 6.

Bak, J., & Aggernæs, H. (2012). Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 297-302. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.632645>

Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical Restraint in Psychiatry : Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study: Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(3), 155-166. <https://doi.org/10.1111/ppc.12036>

Baleige, A., & Pastour, N. (2017). Propositions pour un observatoire de la contrainte et des libertés en santé (mentale). *Information psychiatrique*, 93, 7.

Baranek, G. T. (2002). Efficacy of Sensory and Motor Interventions for Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 397-422. <https://doi.org/10.1023/A:1020541906063>

Baratta, A. (2009). L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte : Partie I : Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). *Perspectives Psy*, 48(3), 278-285. <https://doi.org/10.1051/ppspsy/2009483278>

Barton, S. A., Johnson, M. R., & Price, L. V. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(1), 34-40. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090101-01>

Bath, H. (1994). The Physical Restraint of Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(1), 40-49. <https://doi.org/10.1037/h0079497>

Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry : A systematic review. *Riv Psichiatr*, 13.

Benbenishty, J., Adam, S., & Endacott, R. (2010). Physical restraint use in intensive care units across Europe : The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.08.003>

Bergk, J., Einsiedler, B., Flammer, E., & Steinert, T. (2011). A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatric Services*, 62(11), 1310-1317. https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1310

Bernheim, E., & Larue, C. (2009). *Mesures de contrôle en psychiatrie : Impacts cliniques et juridiques de la recherche interprétative*. 1, 12.

Bétourné, F. (2015). Prescription médicale de la contention : Spécificité aux personnes âgées. *Le Journal des Psychologues*, 230. <https://www.jdpsychologues.fr/article/prescription-medicale-de-la-contention-specificite-aux-personnes-agees>

Birkeland, S., & Gildberg, F. A. (2016). Mental Health Nursing, Mechanical Restraint Measures and Patients' Legal Rights. *The Open Nursing Journal*, 10(1), 8-14. <https://doi.org/10.2174/1874434601610010008>

Biswas, T. T., Infirri, R. S., Hagman, S., & Berglin, L. (2018). An assistive sleeping bag for children with autism spectrum disorder. *Fashion and Textiles*, 5(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40691-018-0133-5>

Björkdahl, A., Perseus, K.-I., Samuelsson, M., & Lindberg, M. H. (2016). Sensory rooms in psychiatric inpatient care : Staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/inm.12205>

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all : A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>

- Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., Hanson, R., Herbert, J., Cooney, H., Benson, A., & Frueh, B. C. (2011). Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services, 62*(5), 477-483. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477
- Boumans, C. E., Egger, J. I. M., Bouts, R. A., & Hutschemaekers, G. J. M. (2015). Seclusion and the importance of contextual factors : An innovation project revisited. *International Journal of Law and Psychiatry, 41*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.03.001>
- Bourgeois, D. (2020). Psychopathologie du rapport au cadre. *Santé mentale, 244*, 30-34.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., & Iennaco, J. D. (2013). Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards : The City-128 Study. *Psychiatric Services, 64*(5), 423-430. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200328>
- Boyer, R., Guay, S., & Goncalves, J. (2014). Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4739.9924>
- Boyle, J. (1980). Toward Understanding the Principle of Double Effect. *Ethics, 90*(4), 527-538. <https://doi.org/10.1086/292183>
- Braslow, J. T. (1994). Punishment or Therapy : Patients, Doctors, and Somatic Remedies in the Early Twentieth Century. *Psychiatric Clinics of North America, 17*(3), 493-513. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30095-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30095-9)
- Brémaud, N. (2011). Autisme : De bords à corps. *L'information psychiatrique, 87*(8), 649. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8708.0649>
- Brosseau, H. (2002). L'eau et les soins : Avec les malades psychotiques chroniques. *VST - Vie sociale et traitements, 73*(1), 39. <https://doi.org/10.3917/vst.073.0039>
- Bullinger, A. (2007). « Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson », *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche. Érès*, 81-92
- Caire, M. (2008). Répression et traitements baroques des aliénés au XIX^e siècle : Les aquarelles de Sainte Anne. *Psychiatries dans l'histoire, J. Arveiller (dir.), Caen, PUC, 2008, 211-222.*
- Camélio, M.-C. (2006). L'enfant polyhandicapé et les aléas de la communication empathique et émotionnelle. *Dialogue, 174*(4), 63. <https://doi.org/10.3917/dia.174.0063>
- Canatsey, K., & Roper, J. M. (1997). Removal from stimuli for crisis intervention: Using least restrictive methods to improve the quality of patient care. *Issues in Mental Health Nursing, 18* (1), 35-44. <https://doi.org/10.3109/01612849709006538>
- Caouette, M., Plichon, R., & Lussier-Desrochers, D. (2015). Autodétermination et création du « chez-soi » : Un nouvel enjeu pour les technologies de soutien aux personnes en situation de handicap. *Terminal. Technologie de l'information, culture & société, 116*, Article 116. <https://doi.org/10.4000/terminal.639>
- Carré, R., & Moncany, A.-H. (2017). Contention physique en psychiatrie : Etude qualitative du vécu des patients. *Information psychiatrique, 93*, 6.
- Carré, R., Moncany, A.-H., Haoui, R., Arbus, C., & Olivier, F. (2018). Comment améliorer la pratique de la contention mécanique en psychiatrie ? : Une étude qualitative sur le point de vue des patients. *Le Journal des psychologues, 358*(6), 32. <https://doi.org/10.3917/jdp.358.0032>
- Carré, R., Morlhon, L., & Ponet, B. (2019). Enfermement et contention. *Empan, n°114*(2), 16. <https://doi.org/10.3917/empa.114.0016>
- Castelpietra, G. (2017). Non-recours a la contention dans les services de sante mentale : Le dispositif de Friuli Venezia Giulia. *Information psychiatrique, 93*, 6.
- Chamak, B. (2008). Autism and social movements : French parents' associations and international autistic individuals' organisations. *Sociology of Health & Illness, 30*(1), 76-96. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01053.x>
- Champagne, T., Mullen, B., Dickson, D., & Krishnamurty, S. (2015). Evaluating the Safety and Effectiveness of the Weighted Blanket With Adults During an Inpatient Mental Health Hospitalization. *Occupational Therapy in Mental Health, 31*(3), 211-233. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2015.1066220>
- Chang, N. A., Grant, P. M., Luther, L., & Beck, A. T. (2014). Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint. *Community Mental Health Journal, 50*(4), 415-421. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9675-6>
- Charpeaud, T., Eymere, P., Goutain, E., Garnier, M., Tixeront, C., Geneste, J., Schmidt, J., & Brousse, G. (2012). *La contention physique au service des urgences : Indications et principes de mise en œuvre*. 12.
- Chazalet, N. (2017). De la contention à la contenance par le lien soignant. *Soins Psychiatrie, 38*(310), 26-28. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2017.03.007>
- Chazalet, N., & Perrin-Niquet, A. (2014). Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence. *Pratiques en santé mentale, (60e année)*, 21. <https://doi.org/10.3917/psm.144.0021>
- Chen, H.-Y., Yang, H., Chi, H.-J., & Chen, H.-M. (2014). Physiologic and behavioral effects of papoose board on anxiety in dental patients with special needs. *Journal of the Formosan Medical Association, 113*(2), 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.04.006>
- Chevallier, J. (2011). De l'administration démocratique à la démocratie administrative. *Revue française d'administration publique, n° 137-138*(1), 217-227.
- Chien, W.-T., Chan, C. W. H., Lam, L.-W., & Kam, C.-W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling, 59*(1), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.003>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Ciccione, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant, 2*(2), 397. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>
- Ciccione, A. (2001). « Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 17, no. 2, 81-102.
- Clarke, A. M., Kuosmanen, T., & Barry, M. M. (2015). A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(1), 90-113. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0165-0>
- Cohen, D., Nicoulaud, L., Maturana, A., Danziger, N., Périsset, D., Duverger, L., Jutard, C., Kloeckner, A., Consoli, A., & Guilé, J.-M. (2009). Investigating the use of packing therapy in adolescents with catatonia A retrospective study. *Clinical Neuropsychiatry, 29-34.*
- Colombier, B., Moulias, S., Curatolo, N., Cudennec, T., Muller, F., Preulier, D., & Teillet, L. (2015). Representation and practice about «chemical restraints» : Qualitative study with 50 health worker. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 13*(1), 31-35. <https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0521>
- Colucci, M. (2011). Italie : Contention physique et fonction de contenant: notes pour une clinique de la négociation. *VST - Vie sociale et traitements, 112*(4), 23. <https://doi.org/10.3917/vst.112.0023>
- Combret, M. (2017). Isolement et contention, l'enjeu de la formation. *Santé mentale, 222*, 68-73.

- Consoli, A., Gheorghiev, C., Jutard, C., Bodeau, N., Kloeckner, A., Pitron, V., Cohen, D., & Bonnot, O. (2010). Lorazepam, fluoxetine and packing therapy in an adolescent with pervasive developmental disorder and catatonia. *Journal of Physiology-Paris*, 104(6), 309-314. <https://doi.org/10.1016/j.jphysparis.2010.09.002>
- Conti, N. (2019). La question de l'enfermement en EHPAD. *Empan*, n°114(2), 63. <https://doi.org/10.3917/empa.114.0063>
- Coste, B., Mathur, J., Schmidt, M., Earley, T. J., Ranade, S., Petrus, M. J., ... & Patapoutian, A. (2010). Piezo1 and Piezo2 are essential components of distinct mechanically activated cation channels. *Science*, 330(6000), 55-60
- Cotton, N. S. (1989). The Developmental-Clinical Rationale for the Use of Seclusion in the Psychiatric Treatment of Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 442-450. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01679.x>
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 64-73. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00270.x>
- Crellin, D., Babl, F. E., Sullivan, T. P., Cheng, J., O'Sullivan, R., & Hutchinson, A. (2011). Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatric Emergency Care*, 27(7), 622-627. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31822255b6>
- Curatolo, N., Colombier, B., Chinet, T., Goeau-Brissonniere, O., Teillet, L., Lemercier, F., & Moulias, S. (2013). GRP-190 Use of Tranquillisers and Restraint in a French Teaching Acute Care Hospital. *European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice*, 20(Suppl 1), A68-A68. <https://doi.org/10.1136/ejpharm-2013-000276.190>
- Cusack, P., McAndrew, S., Cusack, F., & Warne, T. (2016). Restraining good practice : Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.023>
- Cusack, Pauline, Cusack, F. P., McAndrew, S., McKeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1162-1176. <https://doi.org/10.1111/inm.12432>
- David, M., Benattar, L., & Balard, P. (2019). Réduction de la contention, un programme innovant. *Soins gériatrie*, 136.
- Dawson, G., & Watling, R. (2000). Interventions to facilitate auditory, visual, and motor integration in autism : A review of the evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(5), 415-421. <https://doi.org/10.1023/a:1005547422749>
- Day, D. M. (2002). Examining the Therapeutic Utility of Restraints and Seclusion With Children and Youth : The Role of Theory and Research in Practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 266-278.
- De Jonghe, B., Constantin, J.-M., Chanques, G., Capdevila, X., Lefrant, J.-Y., Outin, H., Mantz, J., & Group Interfaces Sédation. (2013). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients : A survey of French practice. *Intensive Care Medicine*, 39(1), 31-37. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2715-9>
- de Truchis-Ramière, V. (2013). De la mise en chambre d'isolement à l'accompagnement en pièce d'apaisement ? *Empan*, 89(1), 74. <https://doi.org/10.3917/empa.089.0074>
- Deichmann Nielsen, L., Bech, P., Hounsgaard, L., & Alkier Gildberg, F. (2017). 'Mechanical restraint-confounders, risk, alliance score' : Testing the clinical validity of a new risk assessment instrument. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(6), 441-447. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1318949>
- Delion, P., Labreuche, J., Deplanque, D., Cohen, D., Duhamel, A., Lallié, C., ... & Therapeutic Body Wrap Study group. (2018). Therapeutic body wraps (TBW) for treatment of severe injurious behaviour in children with autism spectrum disorder (ASD): A 3-month randomized controlled feasibility study. *PLoS one*, 13(6), e0198726
- Delluc, A., Montavon, S., Canceil, O., Carpentier, M., Nowak, E., Mercier, B., Bressollette, L., Etienne, S., Walter, M., Mottier, D., & Lacut, K. (2012). Incidence of venous thromboembolism in psychiatric units. *Thrombosis Research*, 130(6), e283-e288. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2012.10.002>
- Demir, A. (2007). The use of physical restraints on children : Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 367-374. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00547.x>
- Desveaux, J.-B. (2018). Tumultes, violences et contentions : Le quotidien des pratiques en itep pour adolescents. *Cliniques*, 16(2), 36. <https://doi.org/10.3917/clini.016.0036>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU: *Critical Care Medicine*, 46(9), e825-e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Diaz, L., Guinchat, V., Lorilleux, A., Alati, J., & Lefèvre-Utile, J. (2018). Gestion de la violence : Un dispositif innovant auprès de personnes autistes. *Le Journal des psychologues*, 358(6), 20. <https://doi.org/10.3917/jdp.358.0020>
- Domecq, J. P., Prutsky, G., Elraiyah, T., Wang, Z., Nabhan, M., Shippee, N., Brito, J. P., Boehmer, K., Hasan, R., Firwana, B., Erwin, P., Eton, D., Sloan, J., Montori, V., Asi, N., Abu Dabrh, A. M., & Murad, M. H. (2014). Patient engagement in research : A systematic review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-89>
- Dubois, L. (2018). Hanwell et le no-restraint. Un rendez-vous manqué avec les aliénistes français? *VST - Vie sociale et traitements*, 139(3), 124. <https://doi.org/10.3917/vst.139.0124>
- Dujardin, V. (2016). *Isolement et contention. Références juridiques et jurisprudentielles françaises, scientifiques, européennes*. EPSM Lille Métropole.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit : A pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325-337. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00497.x>
- Duxbury, J. A. (2015). The Eileen Skellern Lecture 2014 : Physical restraint: in defence of the indefensible?: Eileen Skellern Lecture 2014. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 92-101. <https://doi.org/10.1111/jpm.12204>
- Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G., & Whittington, R. (2019). Minimising the use of physical restraint in acute mental health services : The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *International Journal of Nursing Studies*, 95, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>
- Duxbury, J., & Wright, K. (2011). Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times*, 107(9), 22-25.
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence : Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>

- Eblin, A. (2019). Reducing seclusion and restraints on the inpatient child and adolescent behavioral health unit : A quality improvement study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(3), 122-128. <https://doi.org/10.1111/jcap.12248>
- Edelson, S. M., Edelson, M. G., Kerr, D. C. R., & Grandin, T. (1999). Behavioral and Physiological Effects of Deep Pressure on Children With Autism : A Pilot Study Evaluating the Efficacy of Grandin's Hug Machine. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(2), 145-152. <https://doi.org/10.5014/ajot.53.2.145>
- Eklholm, Bodil, Stefan Spulber, et Mats Adler. « A Randomized Controlled Study of Weighted Chain Blankets for Insomnia in Psychiatric Disorders ». Research-article. *Journal of Clinical Sleep Medicine. American Academy of Sleep Medicine*, 15 septembre 2020. World. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8636>.
- Ertuğrul, B., & Özden, D. (2020). The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. *Australian Critical Care*, 33(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.03.002>
- Fernández, V. I., Karavokyros, S., Lagier, F., Bauer, L., & Védie, C. (2019). Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(3), 435-450. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2019.06.005>
- Finkelstein, C. (2016). La contention en psychiatrie : Il faut désormais respecter la loi. *Droit, Déontologie & Soins*, 16(2), 132-141. <https://doi.org/10.1016/j.ddes.2016.04.026>
- Fish, R., & Culshaw, E. (2005). The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*, 9(2), 93-107. <https://doi.org/10.1177/1744629505049726>
- Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion : A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1584-1591. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.11.1584>
- Fisman, J. (2018). Les droits des patients face à l'isolement et la contention. */data/revues/12938505/v67i241/S129385051830109X/*. <https://www.em-consulte.com/en/article/1213647>
- Flammer, E., & Steinert, T. (2015). Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. *Frontiers in Psychiatry*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00153>
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards : Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140-149. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>
- Freeman, S., Hallett, C., & McHugh, G. (2016). Physical restraint : Experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(2), 78-87. <https://doi.org/10.1111/nicc.12197>
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological medicine*, 47(14), 2393-2400
- Freeman, D., Haselton, P., Freeman, J., Spanlang, B., Kishore, S., Albery, E., ... & Nickless, A. (2018). Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 625-632
- Friard, D. (2004). Attacher n'est pas contenir. *Santé Mentale*, 86. <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-numero/numero-86-mars-2004.html>
- Funayama, M., & Takata, T. (2020). Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. *General Hospital Psychiatry*, 62, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.11.003>
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities : Review of the literature. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191, 298-303. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034538>
- Georgieva, I., Mulder, C. L., & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication : A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205(1), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.002>
- Georgieva, I., Vesselinov, R., & Mulder, C. L. (2012). Early detection of risk factors for seclusion and restraint : A prospective study: Prediction model of seclusion and restraint. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 415-422. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00330.x>
- Ghironi, N., Ghironi N., Marzais M., Gonidec P., L., Jonchery F., Marande D., & Moulias R. (2005). Contention physique en gériatrie : Dispositifs médicaux et vigilance. *Contention physique en gériatrie : dispositifs médicaux et vigilance*.
- Gillis, A. (2016). Éléments pour une théorie du *packing* appliquée à l'autisme, le moi, résistance et mouvement. *Perspectives Psy*, 55(2), 110-120. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2016552110>
- Giloux, N. (2017). Isolement en psychiatrie : Rien n'est jamais acquis. *L'information psychiatrique*, 93,4, 837-839.
- Giloux, N. (2018). Interroger les mesures coercitives en psychiatrie. *Information psychiatrique*, 94, 9.
- Godrie, B. (2015). *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale* [Sociologie, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12008>
- Goeb, J.-L., Ravary, M., Lallie, C., Kechid, G., Jardri, R., Bonelli, F., Lenfant, A.-Y., Baleyte, J.-M., Mille, C., & Delion, P. (2009). Intérêt des enveloppements humides initialement froids (packings) dans les troubles graves du comportement chez les enfants et adolescents autistes : Etude pilote, prospectives et perspectives. *Le Carnet PSY*, 136(5), 23. <https://doi.org/10.3917/lcp.136.0023>
- Goulet, M.-H. (2019). L'approche participative et l'étude de cas : Le cas du retour post-isolement en santé mentale. *Recherches qualitatives*, 38(2), 93. <https://doi.org/10.7202/1064932ar>
- Goulet, M.-H., & Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry : A Scoping Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.001>
- Goulet, M.-H., Larue, C., & Basalski, R. (2012). Comprendre l'impact de l'isolement et de la contention. Perceptions et recommandations discutées lors de la journée d'étude tenue à l'HLHL. *Santé Mentale*, 3.
- Goulet, M.-H., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health : A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- Goulet, M.-H., Larue, C., Stafford, M.-C., & Dumais, A. (2013). Profiles of Patients Admitted to a Psychiatric Intensive Care Unit : Secluded with or without Restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(9), 546-550. <https://doi.org/10.1177/070674371305800910>
- Grandin S., Shesler, L. W., Peckham, A. D., Grandin, T., & Kahn, D. A. (2014). Adjunctive Deep Touch Pressure for Comorbid Anxiety in Bipolar Disorder : Mediated by Control of Sensory Input? *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 71-77. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442942.01479.ce>
- Grange-Leymonie, C. (2017). *Protocole en 10 points de contention physique en EHPAD*. 2.
- Gray, S., & Diers, D. (1992). The effect of staff stress on patient behavior. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(1), 26-34. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90051-J](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90051-J)
- Greene, R. W., & Ablon, J. S. (2006). *Treating explosive kids : The collaborative problem-solving approach* (p. xi, 244). Guilford Press.
- Guedj, M. J., Raynaud, Ph., Braitman, A., & Vanderschooten, D. (2004). Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. *L'Encéphale*, 30(1), 32-39. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95413-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95413-9)

- Guibet Lafaye, C. (2016). Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress. *Éthique & Santé*, 13(4), 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2016.01.002>
- Guibet Lafaye, C. (2017). Entre défense des droits et logique sécuritaire : L'ambivalence du traitement politique du psychiatrique. *Tétralogiques, mars*(22). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01566376>
- Guibet-Lafaye, C. (2014). Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? *Pratiques en santé mentale*, 60anné(4), 17. <https://doi.org/10.3917/psm.144.0017>
- Guinchat, V., Vlamynck, E., Diaz, L., Chambon, C., Pouzenc, J., Cravero, C., Baeza-Velasco, C., Hamonet, C., Xavier, J., Cohen, D. (2020). Compressive Garments in Individuals with Autism and Severe Proprioceptive Dysfunction: A Retrospective Exploratory Case Series. *Children*, 7, 77. <https://doi.org/10.3390/children7070077>
- Guivarch, J. (2016). Retour de la contention en psychiatrie : Perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique & Santé*, 13(4), 209-214. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2015.07.004>
- Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie : Vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*, 39(4), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.02.004>
- Gutheil, T. G. (1978). Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *The American Journal of Psychiatry*, 135(3), 325-328. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.3.325>
- Guzman-Parra, J., Guzik, J., Garcia-Sanchez, J. A., Pino-Benitez, I., Aguilera-Serrano, C., & Mayoral-Cleries, F. (2016). Characteristics of psychiatric hospitalizations with multiple mechanical restraint episodes versus hospitalization with a single mechanical restraint episode. *Psychiatry Research*, 244, 210-213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.053>
- Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Clément, MC., Cuckierman, A., Druon, C., Jardin, F., Maufras du Chatellier A., Tricaud, J., & Urwand, S. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *PSYCHIATRIE DE L'ENFANT*, 2 vol 38, 495-527.
- Hall, D. K., Zimbardo, K. S., Maduro, R. S., Petrovitch, D., Ver Schneider, P., & Morgan, M. (2018). Impact of a Restraint Management Bundle on Restraint Use in an Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(2), 143-148. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000273>
- Hamlett, N. M., Carr, E. R., & Hillbrand, M. (2016). Positive behavioral support planning in the inpatient treatment of severe disruptive behaviors : A description of service features. *Psychological Services*, 13(2), 178-182. <https://doi.org/10.1037/ser0000070>
- Hayes, A., & Russ, M. J. (2016). Discontinuing the Use of PRN Intramuscular Medication for Agitation in an Acute Psychiatric Hospital. *The Psychiatric Quarterly*, 87(1), 25-29. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9359-1>
- Hazan, A. (2019). Vers un autre modèle de psychiatrie? : Soigner mieux en enfermant moins. *Empan*, n°114(2), 11. <https://doi.org/10.3917/empan.114.0011>
- Hochstrasser, L., Fröhlich, D., Schneeberger, A. R., & Borgwardt, S. (2018). Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. *European Psychiatric Association*, 48(1). <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/longterm-reduction-of-seclusion-and-forced-medication-on-a-hospitalwide-level-implementation-of-an-opendoor-policy-over-6-years/DE7ED0A1FDAB3323F9A48C333B9C48BD>
- Hodgkinson, P. (1985). *The Use of Seclusion*. <https://journals-sagepub-com.sirius.parisdescartes.fr/doi/10.1177/002580248502500309>
- Hoehn, T. P., & Baumeister, A. A. (1994). A critique of the application of sensory integration therapy to children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 27(6), 338-350. <https://doi.org/10.1177/002221949402700601>
- Hopkins Outlaw, F., & Lowery, B. J. (1994). An attributional study of seclusion and restraint of psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(94\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0883-9417(94)90036-1)
- Hottinen, A., Välimäki, M., Sailas, E., Putkonen, H., Joffe, G., Puukka, P., Noda, T., & Lindberg, N. (2013). Mechanical restraint in adolescent psychiatry : A Finnish Register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(2), 132-139. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.699552>
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings : Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33. <https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-05>
- Huckshorn, K. A., LeBel, J., & Jacobs, H. E. (2014). An organizational approach to reducing and preventing restraint and seclusion use with people with acquired brain injury. *NeuroRehabilitation*, 34(4), 671-680. <https://doi.org/10.3233/NRE-141073>
- Hyvert, L. (2014). Soins contenant, alliance thérapeutique et bientraitance. *Soins Psychiatrie*, 35(294), 21-24. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2014.06.007>
- Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O., de Vries, W. J., Hutschemakers, G. J. M., Lendemeijer, H. H. G. M., & Widdershoven, G. a. M. (2008). The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(6), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.09.002>
- Jones, P., & Kroese, B. S. (2007). Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(1), 50-54. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2006.00390.x>
- Kahng, S., Leak, J.-M., Vu, C., & Mishler, B. (2008). Mechanical restraints as positive reinforcers for aggression. *Behavioral Interventions*, 23(2), 137-142. <https://doi.org/10.1002/bin.260>
- Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., Onchev, G., Karastergiou, A., Del Vecchio, V., Kiejna, A., Adamowski, T., Torres-Gonzales, F., Cervilla, J. A., Priebe, S., Giacco, D., Kjellin, L., Dembinskas, A., & Fiorillo, A. (2014). Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1619-1629. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0872-6>
- Katz, P., & Kirkeland, F. (1990). Violence and Social Structure on Mental Hospital Wards : Psychiatry. *Psychiatry*, 53(3), 262-277.
- Kersting, X. A. K., Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 400. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00400>
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.-M., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Who are the restrained and secluded patients : A 15-year nationwide study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1087-1093. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0150-1>
- Kinoo, P., & Kpadonou-Fioffi, E. (2008). Enfant, contenance et contention. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(3), 117-121. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.11.012>
- Klopp, S. (2010). Des protocoles à la contention. *VST - Vie sociale et traitements*, 108(4), 21. <https://doi.org/10.3917/vst.108.0021>

- Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N. H., Opjordsmoen, S., Sandvik, L., & Friis, S. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 215(1), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024>
- Kodal, J. S., Kjær, J. N., & Larsen, E. R. (2018). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(2), 103-108. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1393560>
- Kontio, R., Hätönen, H., Joffe, G., Pitkänen, A., Lahti, M., & Välimäki, M. (2013). Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices : 9-month follow-up results of a randomized controlled study (ISRCTN32869544): Impact of eLearning course. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), 411-418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01933.x>
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry : Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives: Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Cocoman, A., Turpeinen, S., Kuosmanen, L., & Joffe, G. (2009). Nurses' and Physicians' Educational Needs in Seclusion and Restraint Practices. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 198-207. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00222.x>
- Krauss, K. E. (1987). The effects of deep pressure touch on anxiety. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 41(6), 366-373. <https://doi.org/10.5014/ajot.41.6.366>
- Labey, M., & Noël, C. (2017). Les soins sans contrainte : Politique d'organisation d'un pôle de psychiatrie intégrée dans la cité. *Information psychiatrique*, 93, 563-567.
- Lanquetin, J.-P. (2019). Prévention primaire en psychiatrie, un travail d'ambiance. *Empan*, n°114(2), 72. <https://doi.org/10.3917/empa.114.0072>
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M.-H., Bonin, J.-P., & Baba, N. (2013). The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings : Perspectives of Patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(5), 317-324. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.753558>
- Larue, C., Piat, M., Racine, H., Ménard, G., & Goulet, M.-H. (2010). The Nursing Decision Making Process in Seclusion Episodes in a Psychiatric Facility. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 208-215. <https://doi.org/10.3109/01612840903131800>
- Lay, B., Nordt, C., & Rössler, W. (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(4), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.007>
- Lazignac, C., Ricou, B., Dan, L., Virgillito, S., Adam, E., Seyedi, M., Cicotti, A., Azi, A., & Damsa, C. (2007). [Interest of psychiatric guidelines in managing agitation in intensive care]. *Revue Médicale Suisse*, 3(98), 414-419.
- Le Clanche, C. (2018). La réintroduction du *packing* au sein d'un service de psychiatrie : De la formation au projet de soin. *Le Journal des psychologues*, 358(6), 44. <https://doi.org/10.3917/jdp.358.0044>
- LeBel, J. (2014). First randomised controlled-trial research on seclusion and restraint reduction achieves intent. *Evidence-Based Mental Health*, 17(2), 40-41. <https://doi.org/10.1136/eb-2014-101717>
- Lebel, J., & Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 56(9), 1109-1114. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1109>
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A.-M., & Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 425-430. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00625.x>
- Lefèvre-Utile, J., Guinchat, V., Wachtel, L. E., Cohen, D., Perron, A., Montreuil, M., Carnevale, F. A., & Reyre, A. (2018). Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 1 : Perspective des patients). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(7-8), 443-459. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.08.001>
- Lesage, B. (1995). Etayage et structure corporelle ; corps à corps et corps-accord. *THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES*, 104, 20-31.
- Lin, Y.-L., Liao, C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L., & Ho, L.-H. (2018). A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Research*, 26(4), 288-296. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000251>
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint through Debriefing : A Qualitative Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(9), 386-392. <https://doi.org/10.1177/070674371506000903>
- Maguire, T., Young, R., & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 97-106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x>
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., Ducrocq, F., Delamillieure, P., Lavoisy, B., Walter, M., Dubois, V., & Vaiva, G. (2013). Les directives anticipées en psychiatrie : Revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale*, 39(4), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012>
- Marciano, V., Kieffer, A.-S., Champsaur, C., & Baldo, É. (2014). Contenance et contentions aux urgences : Considérations pratiques et éthiques. *Pratiques en santé mentale*, 60(4), 25. <https://doi.org/10.3917/psm.144.0025>
- Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D., & Cardona, L. (2008). Reduction of Restraint and Seclusion Through Collaborative Problem Solving : A Five-Year Prospective Inpatient Study. *Psychiatric Services*, 59(12), 1406-1412. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1406>
- Martin, B. (2002). Restraint Use in Acute and Critical Care Settings : Changing Practice. *AACN Advanced Critical Care*, 13(2), 294-306.
- Massoni, B., Peccia-Galletto, C., & Salmon, J. (2010). L'air de rien : Effets du « ventilateur » comme objet favorisant la contenance auprès d'enfants autistes. *Enfances & Psy*, 46(1), 108. <https://doi.org/10.3917/ep.046.0108>
- Mathiez, A. (2019). L'approche Snoezelen au sein d'une structure accueillant des adultes souffrant de handicap psychique. *Pratiques en santé mentale*, 65(1), 29-32.
- Matthiasson, P. (2017). Moins de soins sous contrainte : L'expérience islandaise. *Information psychiatrique*, 93, 6.
- Mauras, T., Perony, A., Yadak, J., Velasco, A., Goudal, P., & Marcel, J.-L. (2019). Isolement et contention : De la prescription à la décision. *L'Encéphale*, 45(1), 95-97. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.11.003>

- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A. J. (2010). Mental Health Service Users' Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 60-73. <https://doi.org/10.1177/0020764008098293>
- McGlone, Francis, Johan Wessberg, and Håkan Olausson. (2014). "Discriminative and affective touch: sensing and feeling." *Neuron* 82.4 : 737-755.
- Mellier, D. (2005). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, 44(4), 303-310. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2005444303>
- Menier, C., Rodriguez, B., Lassaunière, J.-M., Langlade, A., & Stambouli, A. (2010). La contention physique passive : Une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 9(5), 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2010.03.007>
- Mezzina, R. (2014). Community Mental Health Care in Trieste and Beyond An « Open Door-No Restraint » System of Care for Recovery and Citizenship. *Journal of Nervous and Mental Disease*. https://www.researchgate.net/publication/262530795_Community_Mental_Health_Care_in_Trieste_and_Beyond_An_Open_Door-No_Restraint_System_of_Care_for_Recovery_and_Citizenship
- Mignot, S. (2016). La contention, responsabilités individuelles et collectives. *Soins et management*, 250.
- Mignot, S. (2018). Contention en psychiatrie—Echanges à l'international. *Initiatives santé, hors-série Harmonisation*.
- Migon, M. N., Coutinho, E. S., Huf, G., Adams, C. E., Cunha, G. M., & Allen, M. H. (2008). Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.12.005>
- Mion, L. C., Minnick, A. F., Leipzig, R. M., Catrambone, C. D., & Johnson, M. E. (2007). Patient-initiated device removal in intensive care units : A national prevalence study *. *Critical Care Medicine*, 35(12), 2714–2720.
- Mitchell, D. A., Panchisin, T., & Seckel, M. A. (2018). Reducing Use of Restraints in Intensive Care Units : A Quality Improvement Project. *Critical Care Nurse*, 38(4), e8-e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2018211>
- Mohr, W. K. (2010). Restraints and the code of ethics : An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.03.003>
- Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003). Adverse Effects Associated with Physical Restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330-337. <https://doi.org/10.1177/070674370304800509>
- Molet, M. (2012). Le Packing Vu Autrement. *Enfance*, 2012(04), 435-440. <https://doi.org/10.4074/S0013754512004065>
- Monnier, A., & Touroude, R. (2017). Isolement et contention : Des pratiques qui doivent être reinterrogées. Le point de vue de l'Unafam. *Information psychiatrique*, 93, 5.
- Moreau, D. (2017). Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *Information psychiatrique*, 93, 8.
- Morin, P., & Michaud, C. (2003). Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : Trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 126-150. <https://doi.org/10.7202/006985ar>
- Mossé, P. (1998). La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité. *Sciences Sociales et Santé*, 16(4), 35-60. <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1442>
- Moylan, L. B., & Cullinan, M. (2011). Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain : Assault and injury of psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 526-534. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x>
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R., & Grimmer, K. (2020). The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression : A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 110126. <https://doi.org/10.1111/inm.12654>
- Mullen, B., Champagne, T., Krishnamurty, S., Dickson, D., & Gao, R. X. (2008). Exploring the Safety and Therapeutic Effects of Deep Pressure Stimulation Using a Weighted Blanket. *Occupational Therapy in Mental Health*, 24(1), 65-89. https://doi.org/10.1300/J004v24n01_05
- Muths, S. (2011). Institution d'une contenance? Et contenance d'une institution : construction d'une pratique des enveloppements humides avec un enfant autiste. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 57(2), 55. <https://doi.org/10.3917/rppg.057.0055>
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-Seclusion Debriefing : A Core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 221-233. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x>
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D.-M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R., & Tsuchiya, A. (2006). 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 on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x>
- Nicolas, M., & Lanquetin, J. (2017). *Isolement et contention : Repères pratiques pour en limiter le recours*. 9. <http://www.ch-epsan.fr/media/websites/epsan/synthese.pdf>
- Nielsen, L. D., Gildberg, F. A., Bech, P., Lange Dalgaard, J., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2018). Forensic mental health clinician's experiences with and assessment of alliance regarding the patient's readiness to be released from mechanical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 116-125. <https://doi.org/10.1111/inm.12300>
- Opsommer, E., Dubois, J., Bangerter, G., Panchaud, R., Martin, D., & Skuza, K. (2016). Therapeutic Body Wraps in Swiss public adult acute inpatient wards. A retrospective descriptive cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3-4), 207-216. <https://doi.org/10.1111/jpm.12304>
- Ottenbacher, K. (1982). Sensory integration therapy : Affect or effect. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 36(9), 571-578. <https://doi.org/10.5014/ajot.36.9.571>
- Oudjani, C., Dany, L., Derome, M., & Bataille, J. (2015). Représentations sociales de la contention en pédiatrie : Regards de professionnels. *Archives de Pédiatrie*, 22(1), 4-13. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.10.001>
- Palazzolo, J. (2004). À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : Le témoignage de patients. *L'Encéphale*, 30(3), 276-284. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95440-1](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95440-1)
- Palazzolo, J., Chignon, J.-M., & Chabannes, J.-P. (1999). Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective*, 25(5), 477-484.
- Palazzolo, J., Favre, P., VITTINI, P., & Bougerol, T. (2001). Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie: bilan et perspectives. *L'Encéphale (Paris)*, 27(6), 570-577.
- Palazzolo, J. (2015). Restraint and Seclusion in Psychiatry in the Elderly : Review of the Literature. *Annals of Depression and Anxiety*, 2(2), 1044.

- Palix, J., Akselrod, M., Cungi, C., Giuliani, F., & Favrod, J. (2017). Changes in Heart Rate Variability Recorded in Natural Situation with T-Shirt Integrated Sensors and Level of Observed Behavioral Excitation : A Pilot Study of Patients with Intellectual Disabilities and Psychiatric Disorders. *Frontiers in Psychiatry, 8*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00004>
- Panfili, J.-M. (2017). Soins psychiatriques et non-respect des obligations en cas de contention et d'isolement : Quelle sanction et par quel juge ? *Droit, Déontologie & Soins, 17*(3), 280-285. <https://doi.org/10.1016/j.dses.2017.07.029>
- Paterson, B., Bradley, P., Stark, C., Saddler, D., Leadbetter, D., & Allen, D. (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(1), 3-15. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00523.x>
- Péchillon, É., & David, M. (2017). Decision ou prescription du psychiatre : Quelles différences juridiques ? *L'information psychiatrique, 93*, 349-350.
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry, 35*(1), 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.11.008>
- Perrin-Niquet, A. (2018). Former les soignants à mieux prévenir et répondre aux moments de violence. *Soins Psychiatrie, 39*(317), 20-23. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2018.04.006>
- Perron, A., Beauvais, L., Corbeil, D., Bérubé, D., & Jacob, J. D. (2017). Aménagement d'une nouvelle salle d'isolement psychiatrique : Étude descriptive qualitative sur les perceptions des patients et du personnel infirmier au regard de son impact sur les soins. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière, 3*(4), 227-234. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.07.008>
- Petrini, C. (2013). Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità, 03*. https://doi.org/10.4415/ANN_13_03_08
- Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A., & Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing, 73*(4), 966-976. <https://doi.org/10.1111/jan.13197>
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Rynnänen, O.-P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 64*(9), 850-855. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200393>
- Rakhmatullina, M., Taub, A., & Jacob, T. (2013). Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : A review of literature. *The Psychiatric Quarterly, 84*(4), 499-512. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9262-6>
- Raoult, H. (2013). Questionner la mixité des genres et des fonctions dans les renforts soignants : Deux infirmières + deux infirmiers + trois aides-soignants = un pool renfort. *L'information psychiatrique, 89*(2), 167. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8902.0167>
- Raveesh, B. N., Gowda, G. S., & Gowda, M. (2019). Alternatives to use of restraint : A path toward humanistic care. *Indian Journal of Psychiatry, 61*, 5.
- Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23*(2), 116-128. <https://doi.org/10.1111/jpm.12285>
- Richter, D. (2006). Nonphysical Conflict Management and Deescalation. In D. Richter & R. Whittington (Éds.), *Violence in Mental Health Settings : Causes, Consequences, Management* (p. 125-144). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33965-8_7
- Rivoire, G. (2018). Regard d'éducateur, désamorcer les tensions par la médiation et la rencontre. *Soins Psychiatrie, 39*(317), 27-30. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2018.04.009>
- Reed, D. D., Reed, F. D. D., & Luiselli, J. K. (Éds.). (2013). *Handbook of Crisis Intervention and Developmental Disabilities*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6531-7>
- Robinson, S., & Collier, J. (1997). Holding children still for procedures. *Paediatric Nursing, 9*(4), 12-14. <https://doi.org/10.7748/paed.9.4.12.s20>
- Rodgers, N. J., Cutshall, S. M., Dion, L. J., Dreyer, N. E., Hauschulz, J. L., Ristau, C. R., ... & Bauer, B. A. (2015). A decade of building massage therapy services at an academic medical center as part of a healing enhancement program. *Complementary therapies in clinical practice, 21*(1), 52-56
- Rodriguez, M. (2012). «De la place du corps dans les thérapies psychomotrices.» *Le Journal des psychologues, 5* : 22-25.
- Roelandt, J.-L. (2016). Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre OMS de référence pour la santé mentale dans la communauté. *L'information psychiatrique*.
- Rolland, B., Fovet, T., Poissy, J., Eichholtzer, C., Lesage, M., Thomas, P., & Jourdain, M. (2018). Evaluation by undergraduate medical students of a role-playing training program on the management of acute states of agitation. *L'Encephale, 44*(2), 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.09.009>
- Rolland, C., & Sicot, F. (2012). Les recommandations de bonne pratique en santé. *Gouvernement et action publique, VOL. 1*(3), 53-75.
- Rosen, H., & DiGiacomo, J. N. (1978). The role of physical restraint in the treatment of psychiatric illness. *The Journal of Clinical Psychiatry, 39*(3), 228-232.
- Rousson, N., Tardy, E., & Hilaire, D. (2017). La contention en EHPAD : une démarche pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. *La Revue de Gériatrie, 10*, 4.
- Roux, C. (2020). La sensorialité dans l'accompagnement des personnes âgées démentes : intérêt de la prise en charge psychomotrice des troubles psycho-comportementaux. *Psychologie*.
- Runeson, L. (2001). Professionals' perceptions of children's participation in decision making in healthcare. *Journal of Clinical Nursing, 10*, 70-78.
- Ryan, J. B., & Peterson, R. L. (2004). Physical Restraint in School. *Behavioral Disorders, 29*(2), 154-168. <https://doi.org/10.1177/019874290402900206>
- Ryan, R., & Happell, B. (2009). Learning from experience : Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*(2), 100-107. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00579.x>
- Safar, S. H. (2017). Surveillance d'un patient sous contention. *Droit, Déontologie & Soins, 17*(4), 438-443. <https://doi.org/10.1016/j.dses.2017.10.027>
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, CD001163. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>
- Sanders, K. (2009). The Effects of an Action Plan, Staff Training, Management Support and Monitoring on Restraint Use and Costs of Work-Related Injuries. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*(2), 216-220. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00491.x>
- Santegoeds, J. (2017). Position d'ENUSP opposée a la contrainte en psychiatrie, position basée sur l'expérience. *Information psychiatrique, 93*, 9.

- Scanlan, J. N. (2010). Interventions To Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings : What We Know So Far a Review of the Literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423. <https://doi.org/10.1177/0020764009106630>
- Schaaf, R. C., Benevides, T., Mailloux, Z., Faller, P., Hunt, J., van Hooydonk, E., Freeman, R., Leiby, B., Sendek, J., & Kelly, D. (2013). An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism : A Randomized Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1983-8>
- Scotti, J.-C. (2017). Soins sous contrainte, quand le droit interroge la pratique. *Soins Psychiatrie*, 38(310), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2017.03.009>
- Shaw, R. (2002). *Background of Sensory Integration Therapy*.
- Simpson, S. A., Joesch, J. M., West, I. I., & Pasic, J. (2014). Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.09.009>
- Singh, N., Singh, S., Davis, C., Latham, L., & Ayers, J. (1999). Reconsidering the use of seclusion and restraints in inpatient child and adult psychiatry. *Journal of Child and Family Studies*, 8(3), 243-253.
- Skuza, K., & Bangerter, G. (2018). Être un, être là : Enveloppement thérapeutique en psychiatrie adulte. *Le Journal des psychologues*, 358(6), 37. <https://doi.org/10.3917/jdp.358.0037>
- Skuza, K., Dubois, J., & Bangerter, G. (2017). "It's the First Time I Feel as One". Patients' Experience of Therapeutic Body Wraps in Swiss Public Adult Inpatient Psychiatric Wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 359-364. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.005>
- Smadja, J., Lemogne, C., & Consoli, S. (2012). La contention mécanique dans les services d'urgences et de réanimation. *Réanimation*, 21(6), 696-701. <https://doi.org/10.1007/s13546-012-0530-5>
- Smith, R. G., Lerman, D. C., & Iwata, B. A. (1996). Self-restraint as positive reinforcement for self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(1), 99-102. <https://doi.org/10.1901/jaba.1996.29-99>
- Snorrason, J., & Biering, P. (2018). The attributes of successful de-escalation and restraint teams. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1842-1850. <https://doi.org/10.1111/inm.12493>
- Soininen, P., Kontio, R., Joffe, G., & Putkonen, H. (2016). Patient Experience of Coercive Measures. In B. Völlm & N. Nedopil (Éds.), *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care : Legal, Ethical and Practical Challenges*, 255-270. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-26748-7_14
- Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., & Välimäki, M. (2014). Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion : A systematic mixed studies review. *BMC Psychiatry*, 14(1), 162. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-162>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F., & Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : A literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889-897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>
- Steinert, T., Noorthoorn, E. O., & Mulder, C. L. (2014). The Use of Coercive Interventions in Mental Health Care in Germany and the Netherlands. A Comparison of the Developments in Two Neighboring Countries. *Frontiers in Public Health*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00141>
- Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained : An integrative review of the qualitative literature: PATIENT PERCEPTIONS OF PHYSICAL RESTRAINT. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 416-427. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x>
- Sullivan, D., Wallis, M., & Lloyd, C. (2004). Effects of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 11(11), 503-508. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2004.11.11.17202>
- Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174-192.
- Tantchou Dipankui, M., Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Legaré, F., Piron, F., Gagnon, J., Rhainds, M., & Coulombe, M. (2014). La participation des patients à l'évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement. *Santé Publique*, 26(2), 217. <https://doi.org/10.3917/spub.138.0217>
- Taylor, K., Mammen, K., Barnett, S., Hayat, M., dosReis, S., & Gross, D. (2012). *Characteristics of Patients With Histories of Multiple Seclusion and Restraint Events During a Single Psychiatric Hospitalization*.
- Teitelbaum, A., Volpo, S., Paran, R., Zislin, J., Drumer, D., Raskin, S., Katz, G., Shlafman, M., Gaber, A., & Durst, R. (2007). [Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards]. *Harefuah*, 146(1), 11-14, 79.
- Tezenas du Montcel, C., Kowal, C., Leherle, A., Kabbaj, S., Frajerman, A., Le Guen, E., Hamdani, N., Schürhoff, F., Leboyer, M., Pelissolo, A., & Pignon, B. (2018). Isolement et contention mécanique dans les soins psychiatriques : Modalités de prescription, prise en charge et surveillance. *La Presse Médicale*, 47(4), 349-362. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.03.001>
- Thoumyre, D. (2019). L'enfermement à travers le prisme du droit. *Empan*, n°114(2), 31. <https://doi.org/10.3917/empa.114.0031>
- Timbo, W., Sriram, A., Reynolds, E. K., DeBoard-Lucas, R., Specht, M., Howell, C., McSweeney, C., & Grados, M. A. (2016). Risk Factors for Seclusion and Restraint in a Pediatric Psychiatry Day Hospital. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 771-779. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0608-1>
- Tordjman, S., Anderson, G. M., Botbol, M., Brailly-Tabard, S., Perez-Diaz, F., Graignic, R., Carlier, M., Schmit, G., Rolland, A.-C., Bonnot, O., Trabado, S., Roubertoux, P., & Bronsard, G. (2009). Pain reactivity and plasma beta-endorphin in children and adolescents with autistic disorder. *PLoS One*, 4(8), e5289. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005289>
- Tordjman, S., Antoine, C., Cohen, D., Gauvain-Picquard, A., Carlier, M., Roubertoux, P., & Ferrari, P. (1999). [Study of the relationships between self-injurious behavior and pain reactivity in infantile autism]. *L'Encéphale*, 25(2), 122-134.
- Tordjman, S., Anderson, G., Charrier, A., Oriol, C., Kermarrec, S., Canitano, R., Botbol, M., Coulon, N., Antoine, C., Brailly-Tabard, S., Cohen, D., Haidar, H., Trabado, S., Carlier, M., Bronsard, G., & Mottron, L. (2018). Relationships Between Self-Injurious Behaviors, Pain Reactivity, and β -Endorphin in Children and Adolescents With Autism. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2). <https://doi.org/10.4088/jcp.16m10889>
- Tordjman, S., McBride, P. A., Hertzog, M. E., Snow, M. E., Anderson, G. M., Hall, L. M., Thompson, S. M., Ferrari, P., & Cohen, D. J. (1997). Plasma β -Endorphin, Adrenocorticotropin Hormone, and Cortisol in Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(6), 705-715. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01697.x>
- Touzet, P. (2014). Soins sous contrainte, soignants sous contrainte : À l'ombre du zéro défaut. *Soins Psychiatrie*, 35(294), 30-32. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2014.06.009>
- Troutman, B., Myers, K., Borchardt, C., Kowalski, R., & Bublick, J. (1998). Case Study : When Restraints Are the Least Restrictive Alternative for Managing Aggression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 554-558. <https://doi.org/10.1097/00004583-199805000-00018>
- Vargas, S., & Camilli, G. (1999). A meta-analysis of research on sensory integration treatment. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 53(2), 189-198. <https://doi.org/10.5014/ajot.53.2.189>

- Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units : Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367-372. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>
- Velpry, L. (2018). Réguler les interventions en situation d'agitation extrême : Formalisation des gestes et réflexivité. *Le Journal des psychologues*, 358(6), 27. <https://doi.org/10.3917/jdp.358.0027>
- Velpry, L. (2019). Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie. *Empan*, n°114(2), 44. <https://doi.org/10.3917/empa.114.0044>
- Velpry, L., & Saetta, S. (2018). Immobiliser au cours du soin quels savoirs, quelles formalisations, quels outils ? *Le Journal des psychologues*, 358(6), 16. <https://doi.org/10.3917/jdp.358.0016>
- Vignat, J.-P. (2014). Isoler pour soigner. *Soins Psychiatrie*, 35(294), 12-15. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2014.06.005>
- Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). *Functional analysis in behavior therapy : Behavioral foundations and clinical application*. 5, 22.
- Wagner, M. (2019). Isolement et contention en psychiatrie. *La Revue de l'Infirmière*, 68(250), 28-30. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2019.03.010>
- Whitecross, F., Seear, A., & Lee, S. (2013). *Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention*. 22. <https://online-library.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12023>
- Wieman, D. A., Camacho-Gonsalves, T., Huckshorn, K. A., & Leff, S. (2014). Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(3), 345-351. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300210>
- Wullschleger, A., Berg, J., Bempohl, F., & Montag, C. (2018). Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Frontiers in Psychiatry*, 9, 168. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00168>
- Yahiaoui, F. (2018). L'espace Snoezelen, de l'éveil sensoriel à l'interaction avec l'enfant autiste non verbal.
- Yamamoto, M. (2011). Dilemmas Faced by Nurses Regarding the Physical Restraint of Elderly Patients with Dementia in Japan. *International Journal of Clinical Medicine*, 2(5), 599-603.
- Yang, C.-P. P., Hargreaves, W. A., & Bostrom, A. (2014). Association of Empathy of Nursing Staff With Reduction of Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Services*, 65(2), 251-254. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200531>



le **cnam**



Site: chaire-philo.fr

Twitter: [@hospiphilo](https://twitter.com/hospiphilo)

Facebook: [ChairePhilosophieAHopital](https://www.facebook.com/ChairePhilosophieAHopital)

Contact mail: contact@chaire-philo.fr