

Perceptions et vécus de la contention de patients âgés, de leurs proches et des professionnels de santé en services de Soins Médicaux et de Réadaptation Gériatrique

F. Jeannin, Psychologue Clinicien, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
24 septembre 2024

« La Contention : un soin ? une question éthique ? Regards croisés »

Webinaire EREGÉ - Alsace

Introduction, Présentation de l'étude

- Etude de terrain dans 2 services de SMR en gériatrie aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.
- Enquête sur 2 mois du 03 juin au 03 août 2024. 2 services qui accueillent chacun 24 patients.
- Remerciement aux participants = un matériel clinique précieux pour penser et réfléchir sur nos pratiques professionnelles.
- En 2 mois, 103 admissions de patients. 13 patients ont eu au moins 1 dispositif de contention soit fréquence de 13%.
- Dans l'étude, rencontre de 12 patients/13, 9 familles (2 patients sans famille), 44 professionnels de santé (2 services)
- Les contentions utilisées : ceinture abdo-pelvienne, la ceinture ou gilet thoraco-abdo-pelvien (body), la tablette fixée sur le fauteuil gériatrique fixe (1 situation), le sécuridrap.
- Une limite : la question des barrières de lit. Non intégrée dans l'étude.
- « Patients », « Proches », « Soignants », des catégories homogènes ? Question de la singularité avec nuances, variabilités, points de convergence.

LES PATIENTS : perception de la contention

- **Tous n'ont pas conscience d'avoir une contention, en tout cas, pas au moment où les professionnels leur installent.** Certains se disent même confortablement installés.
- Ce que les patients disent : Sécuridrap : « *c'est un drap* », « *c'est une chemise de nuit* » « *ça ? c'est du linge de lit* », « *c'est un sac* », « *c'est un kangourou* », « *un drap comme un autre* »
- Contention fauteuil : « *c'est un gilet pour avoir chaud* », « *c'est un sac pour mettre le portable, c'est moi qui l'ai acheté* ». « *ça ? c'est pour tenir chaud, un p'tit... fermé derrière* », « *ça c'est pour la colonne*».
- **Tôt ou tard, les patients réalisent et rapportent l'expérience d'être entravés dans leur mouvement.** Ils le disent avec des mots et/ou un comportement.
- **La conscience / la perception de la contention n'est pas constante dans le temps mais elle est présente dans toutes les situations de cette étude.** La tolérance ou l'intolérance de la contention fluctue. Importance d'évaluer à différents moments.
- « *enlevez-moi ça* », « *apportez-moi un couteau* », « *j'suis couturière, apportez-moi des ciseaux, si j'trouve un point, j'peux enlever tout le reste* », « *je ne comprends pas pourquoi je n'arrive pas à enlever ce pyjama* » « *j'peux pas desserrer en haut. Y a les visses* » « *Ils vous enferment complètement. ... Pendant 2 heures, j'ai essayé.. ils gardent le secret, avec une fermeture de 3 mètres* ».

LES PATIENTS : les VECUS

- **Vécus d'enfermement, de punition, d'incompréhension, d'abandon, de délaissement, affects de honte, vécu d'atteinte de la dignité**
- Mme E. « *Qu'est-ce que c'est ça ? (sécuridrap) – La pire des choses, le truc où on vous enferme dedans, on vous ficelle, parce qu'il paraît que vous êtes énervé, que vous tombez, il y a des anneaux, regardez !* » « *pour vous c'est une honte. C'est comme attacher un chien* ». « *J'ai l'impression d'être en prison* » Mme R : *se débat et s'énerve avec la contention* « *pourquoi tout est ficelé comme ça ?* », Mr G « *mais merde, c'est coincé!* »
- La situation d'être contentonné/attaché et l'incompréhension : **une source de détresse psychologique**. Suscite **des fantasmes de punition** Mr B « *c'est une ceinture de rétention* » « *tout le monde a ça ici* », **des fantasmes de toute-puissance** des soignants sur les malades voire **des fantasmes de sadisme** Mr C « *Moi j'exècre ça (sécuridrap), j'ai demandé à ce qu'on me le mette pas mais on me le met quand même* », Mr B « *est-ce que c'est un jeu pour eux ? Dans le temps, y avait les fouets... ça, ça fait partie de la ceinture.* » « *Comment vous êtes dedans (le sécuridrap) ? - La première des misères le matin. Qu'est-ce qui va se passer avant que je sorte ? si vous avez un besoin, je me sens paumé. - Comment vous faites alors quand vous avez un besoin ? - bah ça coule, quand y a aucun secours qui vient vous aider .. mais on s'y habitue... comme pour tout. Certains prennent même plaisir à vous voir danser.* » Mme S « *ouvrez avec des ciseaux ou un couteau. Vous savez, c'est une vraie torture pour moi, je ne peux même pas me lever et aller aux toilettes* ».

LES PATIENTS : les VECUS

- Question de la prise en compte des autres besoins du patient (problématique de la continence, besoins sociaux, isolement et souffrance de solitude)
- Effet thérapeutique, contenant de la contention ? Non, au contraire
- **Mme E** / sécuridrap « *Si on vous met là-dedans, vous pouvez même pas étendre vos bras. Ça sert à quoi ? – à rien du tout. Personne ne s’occupe de vous, vous êtes seule dans votre sécuridrap... ..Vous pouvez vous blesser, si vous tombez, vous avez aucune possibilité de vous rattraper* ». **Mr B** / sécuridrap « *Ils vous enferment complètement. En bas, vous avez pas pied. Ils disent que c’est pour éviter des chutes par terre* ». **Mr C** / contention au fauteuil : « *Certains disent, c’est une ceinture de sécurité pour pas tomber. Ah ben là on risque de tomber. C’est pas serré en haut. – Vous ne vous sentez pas rassuré avec ça ? – Non. Ça peut disparaître, ça disparaîtra. Je ne me vois pas vivre là-dedans* » (a eu la contention 3 jours).

LES PATIENTS : les VECUS

- La contention redouble l'effet d'autres contraintes, enjeux pour le patient : décision d'une mesure de tutelle, préconisation entrée en EHPAD, existence de matériel médical qui sont attachés au patient (sondes, stomie, perfusions etc..)
- Plusieurs patients (3 situations) comprennent le motif de la contention. Malgré tout, ne la souhaitent pas. N'ont pas le souvenir de leurs chutes (ou en minimisent la fréquence/la gravité) mais ont le souvenir de la contention !
- Remarque : Des vécus similaires chez des patients qui n'ont pas de contention (impact du contexte d'hospitalisation, de l'asymétrie de la relation soignant-soigné). La contention renforce/accentue ces expériences difficiles.
- Contention efficace ? Pour une partie des patients, suspension des chutes, des chutes au moment du sevrage. 3 chutes avec contention, un patient « coincé » dans le sécuridrap.

LES PROCHES : les VECUS

- **Perception de la contention comme rassurante, nécessaire, utile (7/9).**
- Pensée au service du maintien en vie du proche. Cf Les chutes répétées active des angoisses de mort et des angoisses de séparation. Enjeu de la disparition violente, brutale.
- Proche de Mme E « *C'est compliqué..... C'est ma tatie, je tiens à la garder vivante* ».
- Conjointe Mr M : « *Il est plus comme avant. Ça il faut faire, c'est utile, sinon il tombe par terre.* », « *ça me rassure. Il m'a fait ça à la maison, il est super excité, il gigote avec les jambes jusqu'au-dessus des barrières* »
- Conjointe Mr A « *Moi j'suis d'accord* » « *si c'est pour le protéger* », « *comme il a plus la tête, il se lève quand même* » « *La tête elle veut mais le corps, il suit plus* ». « *Si c'est utile, je peux acheter qqch pour le sécuriser.* »
- Proche de Mme R raconte le parcours médical et les différentes chutes de sa mère, fractures, opérations : « *Elle avait une sorte de turbulette. Ils aiment pas trop attacher. La liberté... la liberté de se fracasser ! Elle a la sangle au fauteuil, elle est ficelée mais c'est c'qu'il faut faire non ? Je suis d'accord, bien sûr ! Elle s'amoche encore, elle souffre encore plus. C'est de mal en pis.* » Enchaîne avec le DC du père et des ATCD de KC de sa mère.

LES VECUS (suite)

- **Méconnaissance des prises de risques (sauf 2/9) et des conséquences délétères de la contention (1/9).**
- Une **perception ambivalente et un sentiment de malaise/mal-être**. La contention fait violence (5 exemples). **Une atteinte de la dignité de son parent ?**
- C'est un ensemble : la contention ET les symptômes psychocomportementaux ou altérations de l'état général qui sont une réalité difficile à accepter.
- **Enfant Mr B** : « D'un autre côté, ça fait quand même assez sauvage. Comme une camisole, comme une prison. » « On a qd même du mal à imaginer qu'il termine sa vie attaché. C'est quand même horrible de finir sa vie attaché. » **Conjointe Mr C** : « J'suis plus pour un ptit médicament, un ptit somnifère., plus pour qqch qui puisse le calmer, pas l'endormir, éviter la violence, qqch de violent..... L'Hôpital, c'est la force ou le médicament. Qu'il souffre pas trop, j'suis pour la méthode douce ». **Petit-fils Mme T** «J'comprends que c'est pour sa sécurité. La 1^{ère} fois, j'étais assez perturbé. C'est perturbant de voir sa grand-mère confondre les personnes, désorientée » (fait allusion aux fausses reconnaissances) **Proche Mme E** « C'est compliqué. Je suis consciente que c'est nécessaire pour sa sécurité, pour son bien-être non ? Comme elle a sa maladie, et elle est têtue, bornée. C'est ma tatie, je tiens à la garder vivante. J'ai conscience que ... je fais confiance à l'équipe. Je sais que c'est pour son bien. C'est compliqué... » **Conjointe Mr H** : « ça fait très mal au cœur, c'est dur. Le pauvre, il est complètement prisonnier de ce drap. D'un autre côté ça m'apaisait. Je savais qu'il allait prendre des risques. J'suis partagée, d'un côté ça fait mal au cœur, d'un autre côté ça me rassurait. »
- **La recherche et préférence d'alternatives.**

LES PROFESSIONNELS : perceptions et vécus

- Pour un tiers des professionnels, la contention perçue et décrite comme **positive** parce qu'elle est **utile** dans certaines conditions, **nécessaire, bénéfique**. Les professionnels la vivent « bien » ou « pas mal » à partir du moment où elle est évaluée, réfléchie, prescrite.
- Un soin de prévention. Un soin inscrit dans une démarche pluriprofessionnelle, validée par le médecin, et temporaire. Référence implicite à l'éthique utilitariste et à une des normes de la bienfaisance (Cf Beauchamp et Childress « empêcher le mal ou le tort »). Le fait même d'attacher la personne reste associé à du déplaisir.
- *« Pour moi, c'est un soin contraint mais c'est un soin, utile pour un temps, nécessaire, dans certaines conditions. Il ne faut pas les mettre à tire-larigot ». « ça me gêne pas trop. Comme ça, j'suis sûr qu'il va pas tomber, si on a décidé qu'il en a besoin. » « Je vois plus le côté rassurant et prévention des grosses chutes ». « Comment je le vis ? Pas mal. J'ai pas de mal à attacher qqun qd je sais qu'il y a une utilité » « c'est un soin, c'est pour sa sécurité » « Oui c'est un soin, c'est évalué, réévalué en collaboration avec les médecins à partir d'un diagnostic. » « oui c'est totalement un soin. C'est une façon de prendre en charge le patient. C'est prescrit, c'est toujours réfléchi. C'est pas mis en place arbitrairement. On met en place que quand c'est adapté. C'est réévalué régulièrement. C'est une démarche de soin. Je le vois comme du positif. » « je le vis pas mal car c'est pour leur sécurité, si ça te semble justifié » « Tout ce qui est accompagnement, c'est du soin. Tout c'qu'on fait auprès du patient, c'est du soin. C'est une mise en sécurité, donc c'est positif aussi » « C'est mieux qu'ils soient attachés plutôt qu'ils tombent tout le temps, comme Mme X qui tombe... » « Oui c'est bien, Mme X elle est trop agitée. » « Je l'ai vue tomber 2 fois. J'ai signalé. Le sécuridrap, c'est important pour la protéger. C'est un soin, pour leur sécurité ».*

LES PROFESSIONNELS : perceptions et vécus

- **Perception la plus fréquente : perception ambivalente de la contention** : une facette positive (une visée de sécurité, de protection) qui est nuancée par une facette négative (la privation de liberté imposée et/ou les conséquences négatives de la contention). Selon la valence, plutôt un SOIN ou pas : « plutôt oui » ou « plutôt non ».
- *« J'ai 2 points de vue : Négatif, pour moi, c'est une forme de maltraitance ; Positif, ça sert à rien de le laisser tomber si on peut lui éviter de tomber. Je pense que c'est un soin parce que c'est en lien avec une prescription médicale »*
« La contention, un soin ? J'suis partagée. Il y a des 2. » « c'est un mal pour un bien » « La contention, c'est pas évident. Ils peuvent pas bouger. D'un côté c'est une sécurité, ça les empêche de tomber, de se casser qqch. Il y a du pour et du contre. Le mieux, c'est pas de sécuridrap, qu'ils puissent bouger mais quand ils sont agités... c'est pour éviter de chuter, qu'ils se casse qqch qui pourrait être pire » « La contention, un soin ? le mot est difficile. Soin oui dans l'absolu car c'est prescrit, dans un plan de soin. Soigner au sens noble du terme, non : Le soin c'est positif, la contention, c'est négatif. La contention, c'est protéger la personne d'elle-même, dans ce sens-là, c'est un soin mais dans le sens « privation de liberté », c'est moins un soin au sens du care ».

LES PROFESSIONNELS : perceptions et vécus

- Pour quelques soignants : **perception extrêmement négative et douloureuse** (privation de la liberté, vécus d'enfermement du patient, un pouvoir extrême du soignant). Contention assimilée à une pratique de maltraitance, elle leur fait violence. Transgression à leur éthique soignante.
- *« C'est assez violent ». « J'ai vu trop de patients se dégrader à la suite de contentions, de patients qui se sont dégradés, ça m'a traumatisé. On n'est plus dans la rééducation. » « C'est carrément entraver les gens, c'est une atteinte à leur liberté. Encore plus la contention au lit, c'est horrible. Tu limites vraiment le patient à rien. Il est plus maître de ses mouvements. C'est nous qui lui donnons l'autorisation. Il est un peu à la merci du personnel. C'est très entravant ». « Je trouve ça très éprouvant, même si c'est pour leur sécurité », « C'est un acte qui reste assez ... la personne est à la merci. C'est le rapport dominant-dominé. T'as l'emprise, tu vois ». « c'est une telle restriction de liberté. C'est un enfermement. », « ça m'envoyait à une prisonnière, la personne, elle est déjà prisonnière de sa pathologie, ça m'est insupportable » « C'est un traitement inhumain, le soin devrait être humain » « C'est une torture de faire ça. C'est juste utiliser un outil à la place d'autres pratiques professionnelles », « pour moi, c'est pas un soin, c'est une privation de liberté » « C'est pas un soin, non, c'est une obligation. C'est une nécessité. Ça fait pas partie des gestes du quotidien. Le soin, c'est le confort, le bien-être et là, ils sont pas dans le bien-être. C'est pas la bienveillance, c'est pas agréable ».*

LES PROFESSIONNELS : les pratiques

- 5 principales contentions pratiquées : Abdo-pelvienne, thoraco-abdo-pelvienne, le sécuridrap, contention avec tablette au fauteuil. + les 2 barrières.
- Une demande des personnels soignants (AS, IDE) en poste de jour ou poste de nuit. Prescription médicale.
- Pas uniquement un principe de précaution : Cf des chutes avérées dans le service Ex : Mme T, 2 chutes en 3 heures, Mr C, 3 chutes en 2 jours, Mme T après 8 chutes.
- **Les motifs principaux** « Troubles de la marche et risque de chute » ou « troubles psycho-comportementaux (agitation) et risque de chute ». Profil de patients : **présentent des troubles cognitifs dans le cadre d'une maladie neurodégénérative** ou dans le cadre **d'un épisode confusionnel. Ne se souviennent pas être tombés** (11 personnes/13)
- **11 patients/13 avaient plusieurs contentions : FR ou FGé + sécuridrap la nuit**, 2 personnes avaient uniquement le sécuridrap la nuit.
- Essais pour lever la contention : souvent de nouvelles chutes. Pour 3 patients, la contention levée à 100%, pour 2 patients : 1 des 2 contentions levée (le sécuridrap). La contention n'est pas automatique : pendant la durée de l'étude, 7 autres patients de SMR ont présenté 1 ou plusieurs chutes et n'ont pas eu de contention.
- La contention évolue en fonction de la réévaluation avec aussi une recherche de limiter les désagréments ou l'inconfort pour le patient. Ex : Mme W, Mr G, Mme E.

LES PROFESSIONNELS : les pratiques langagières

- L'élément le plus notable de l'étude de terrain : personne parmi les IDE et aide-soignants (une vingtaine) ou quasi personne n'utilise les mots « contention » ou « attacher ». Même ceux qui disent être relativement à l'aise avec la contention.
- 2 occurrences du mot « contention », utilisé par les rééducateurs, 2 occurrences du verbe « attacher », et du mot « sangle » sur 44 (médecins ou rééducateurs). « Contention », « Attacher », des mots que les professionnels utilisent entre eux. Il y a un **PROCESSUS D'EUPHEMISATION DE LA CONTENTION dans la relation au patient**.
- Euphémisme : du grec eu-, « bien » et phêmê, « présage, parole ». Figure de pensée et de style par laquelle on atténue l'expression de faits ou d'idées considérés comme désagréables, tristes, effrayants ou choquants. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.
- En pratique, expliquent le soin qu'ils s'approprient à faire « *j'vais vous installer au fauteuil* », « *j'vous remets au lit* ». Et concernant la contention, utilisent des mots d'objets ou vêtements familiers : **gilet, ceinture, ceinture de sécurité, pyjama, couverture, sac de couchage, salopette**.

LES PROFESSIONNELS : les pratiques langagières

- Si le patient pose des question, les soignants **mettent en avant la visée de sécurité, de protection, de confort** « *c'est pour la sécurité* », « *pour votre sécurité* », « *pour que vous soyez bien* », « *j'vous mets la ceinture pour que vous n'glissiez pas du fauteuil* », « *pour que vous ne tombiez pas* », « *comme ça vous serez confortable* », « *c'est comme un gilet pour vous tenir en sécurité* »
- Si la personne s'y oppose, rechigne, certains soignants **utilisent la référence au médecin** « *c'est le médecin qui a prescrit, j'suis obligé* », **d'autres rusent** « *c'est un sac de couchage pour avoir chaud*».
- Ex :« *J'évite le mot « attacher », c'est fort, c'est négatif, c'est très .. je dis « je remets la ceinture. S'il ne veut pas, je dis « c'est comme dans la voiture, la ceinture de sécurité pour éviter que vous tombiez ». « La ceinture de sécurité, ça sonne bien, c'est positif ». « s'il ne veut pas, je dis c'est sur prescription médicale, je me décharge... » « Le sécuridrap, s'il ne demande pas, j'explique pas car souvent, il s'en rend pas compte. Je dis « je vais vous remettre dans votre couverture » « S'il veut pas, je dis que c'est pour éviter qu'il tombe, c'est prescrit par le médecin », « On n'dit pas « j'vous attache », on attache les chiens. « C'est provisoire, on met ça pour votre sécurité » sans rentrer dans les détails de la contention parce que quand même c'est une restriction de la liberté ».*

LES PROFESSIONNELS : les vécus

- **Les plus fréquemment rapportés : vécu de déplaisir, sentiment pénible, sentiment de malaise autour de la contention, vécu douloureux (mélange de tristesse, déception, honte, sentiment d'échec).**
- *« ça me dérange, ça me gêne », « c'est un symptôme d'échec », « J'ai toujours très mal vécu la contention », « j'suis pas très fière, c'est quand j'ai pas le choix », « c'est horrible », « j'aime pas faire ça », « pour moi, c'est pas un soin », « si j'peux éviter de le mettre, je me battrais », « c'est une pratique terrible, ancienne », « c'est pas la logique des choses », « J'aime pas les enfermer » « C'est pas agréable », « j'ai un peu de mal » « j'traîne des pieds », « moi j'aime pas trop », « c'est déplaisant », « Je le vis comme un acte de soin mais je voudrais pas le faire tout le temps », « on a beau dire, c'est pas sympa », « D'attacher qqun qui ne l'a pas demandé, ça me touche, c'est une limitation corporelle, une contrainte », « c'est pas agréable de mettre une contention. C'est frustrant vu qu'on sait qu'on enlève une liberté, de l'indépendance », « C'est nécessaire. C'est pas une solution confortable, tu prives la personne de sa liberté », « Là où je supporte plus, c'est quand la personne est attachée au fauteuil fixe, au fauteuil gériatrique. Ça je le vis beaucoup moins bien. Elle ne peut plus bouger. C'est pas pareil si la personne peut bouger ».*

LES PROFESSIONNELS : les vécus

- Les **soignants évoquent une souffrance par identification au patient** « *si tu me mets une contention, je deviens folle* », « *ça me rendrait dingue* », « *ça me rendrait folle* », « *Je supporterais pas qu'on m'attache* », « *avec la chaleur, le sécuridrap, ça fait mal au cœur, je ressens de l'étouffement* ».
- Pour une partie des soignants, la contention fait violence à leur identité soignante, à la conception qu'ils ont de leur métier, à leurs valeurs professionnelles et/ou personnelles (souffrance éthique, amenés à réaliser qqch qu'ils réprouvent moralement).
- **Hypothèse quant au processus d'euphémisation de la contention : La rendre plus acceptable / acceptée aux yeux du patient** (moins de réactions d'opposition) **mais aussi la rendre plus acceptable aux yeux du soignant** (diminuer la souffrance éthique et la culpabilité inconsciente)

LA CONTENTION, UN SOIN ?

- Quelques points saillants : 3 catégories de réponses :
- **Ceux qui considèrent que la contention est un soin** : soin de prévention, de protection du patient contre des chutes et des conséquences graves. La contention a une dimension positive, bienfaisante. Ils se réfèrent à une des normes de la bienfaisance « *empêcher le mal ou le tort* » : « *C'est une mise en sécurité, donc c'est positif aussi* ».
- **Ceux pour qui la contention reste une pratique ambiguë** : ils donnent à la fois des arguments pour et des arguments contre.
- **Ceux pour qui la contention n'est pas un soin** car elle est une privation de liberté et n'apporte pas de bienfait direct au patient. Ils situent le SOIN du côté du *Care*.
- **Si ça n'est pas un soin, c'est quoi ?** « *C'est pas un soin, c'est une obligation. C'est une nécessité* ». « *C'est une installation* », « *c'est une mesure de sécurité* », « *c'est un acte de sécurité* », « *C'est une nécessité pour limiter les dommages, les traumatismes, les fractures.* », « *c'est un moyen technique qui permet peut-être de sécuriser qqch* » « *C'est juste utiliser un outil à la place d'autres pratiques professionnelles* ». « *c'est une obligation* », « *C'est une mesure à prendre.* « *Soin* » *c'est un mot trop positif !*».

La CONTENTION : UNE TENSION ENTRE LIBERTE et RISQUE.

Mais de quel(s) risque(s) s'agit-il ?

- En premier instance, le risque évoqué : risque de fracture, de blessure, de complications chez des sujets âgés déjà fragiles.
- Un autre risque moins conscientisé (réel ? imaginaire ?) : **LA MORT ACCIDENTELLE, la MORT VIOLENTE** du patient à l'Hôpital
- / **CONTENTION, 2 clés de lecture** de ce qui conduit les soignants à solliciter une contention pour le patient, « *on n'a pas le choix* », « *on ne peut pas faire autrement* ».
- **La 1^{ère} : Approche référée à la psychanalyse (approche psychodynamique) : l'activation de fantasmes de mort et la culpabilité inconsciente du soignant.** La confrontation du soignant à la situation d'un patient qui vient de chuter fait violence au professionnel de santé = la chute comme réel traumatique.
- Ex : Mme W trouvée au milieu de la nuit dans une mare de sang dans la salle de bain de sa chambre, Mr B trouvé au sol dénudé, dans ses selles avec les fils de perfusion qui sont en tension, Mme R trouvée au sol qui en tombant de son lit a tiré sur sa sonde urinaire, Mr C tombé du lit avec la tête à 2 cms du radiateur métallique.
- Activation dans la pensée soignante d'un fantasme de mort Ex : « *là, j'me suis dit, à force de tomber, elle va se tuer* », « *Mr C, il a failli se fracasser la tête* ». Réactivation au niveau subjectif, inconscient d'un sentiment de culpabilité latente « *s'il se tue, j'y suis pour qqch dans la survenue de la mort du patient* ». L'accroissement de la tension psychique (chutes répétées) peut devenir insoutenable → contention comme solution de recours « *on l'attache où il/elle va mourir* ».

- **2^{ème} clé de lecture : psychodynamique du travail (C. Dejours).** Se référer à la définition du travail : Tout ce qui n'est pas donné d'avance par le travail prescrit = Efforts, l'activité que déploient les professionnels pour arriver à accomplir leur travail en dépassant les obstacles, les imprévus, les contraintes. Le réel résiste. Il y a une souffrance qui est première, « normale », et que l'on parvient à transformer par nos efforts, notre ingéniosité, des ruses de métier en satisfaction / plaisir au travail.
- Le profil des patients qui ont des contentions : troubles cognitifs, troubles du comportement, prises de risque répétées. La **répétition des prises de risque** des patients **entraîne des vécus d'impuissance et d'exaspération**. « Le rocher du mythe de Sisyphe » → saturation de la capacité des professionnels à s'occuper de tous les patients, se sentent en impasse dans leur rapport au travail : « on n'en peut plus », « on ne sait plus quoi faire ».
- **La demande de contention n'est pas pensée strictement dans un rapport bénéfice/risque pour le patient mais quant à un bénéfice attendu pour le soignant dans son rapport au travail réel et aux contraintes du travail réel.**
- Ces situations de crise = **moments aigus où les équipes sont à risque de mettre en place des contentions artisanales** (moyens non spécifiques, objets détournés) pour stopper un rapport qui devient impossible à leur travail. Si la contention fait violence au patient/à ses proches, les chutes répétées, la confrontation aux symptômes psychocomportementaux répétitifs font violence au travail soignant !
- **Les 2 dimensions sont présentes en même temps : dimension subjective/fantasmatique consciente et inconsciente (fantasmes de mort et la réactivation de conflits d'ambivalence aux patients) et le registre du rapport au travail réel.**

CONCLUSION

- La contention vient au carrefour et au croisement de plusieurs dimensions : pragmatique et travail réel, dimension médicale, déontologique, éthique, juridique, psychologique, sociétale.
- Elle fait violence au patient : il sait ou découvre qu'on l'a attaché sans en comprendre le sens.
- Elle fait violence aux soignants, à la très grande majorité des soignants : même si elle est décrite comme utile, ils se ressentent malfaisants en attachant : ils évoquent le déplaisir et/ou euphémisent cet acte quand ils sont en relation avec le patient pour le rendre un peu plus acceptable et soutenir quelque chose du *Care*.
- Elle fait violence aux proches. Même s'ils la comprennent, si la contention les rassure voire qu'ils la sollicitent, la plupart évoque le malaise qu'elle suscite en eux.
- Elle *est* une situation de violence quand le patient refuse, s'y oppose (3 occurrences) : les soignants exercent une certaine force de contrainte, un rapport de force qui est stressant émotionnellement pour tout le monde.

CONCLUSION

- Quand nous attachons le patient, le 1^{er} franchissement est en référence à la déontologie médicale/soignante : principe du consentement. Nous passons outre le consentement et nous ne l'informons pas explicitement de ce que nous faisons.
- C'est par allusion, « non-dit » ou « mi-dit » (dire à moitié) que les soignants abordent la contention et recherchent indirectement une validation, un consentement : « vous êtes bien installé ? ça va comme ça ? »
- La contention reste-t-elle un « non-dit », un « impensé » ou un « tabou » de la relation soignant-soigné ? On aurait pu intituler ce propos « La contention, bonjour le malaise ! »
- Une sortie possible : l'élaboration collective de la notion de violence dans toutes ses sources, ses formes, ces expressions, ses niveaux dans le monde de la santé : violences des/pour les patients, violence des/pour les familles, violence des/pour les professionnels, violences institutionnelles, violences légitimes, violences abusives, violences au service de la vie, violences mortifères etc..
- Citation de JM TALPIN (2016) : « Il importe toujours de souligner combien l'édulcoration du vocabulaire exerce la violence même qu'elle cherche précisément à dénier ». p60.

Annexe 1. Principes de la Non malfeasance et de la Bienfaisance (Beauchamp et Childress, 2020)

- Les auteurs mentionnent ces principes dans le schéma de normes suivant :
- « **La non-malfeasance** :
- 1. Personne ne devrait infliger le mal ou faire du tort
- **La bienfaisance** :
- 2. Toute personne devrait empêcher le mal ou le tort
- 3. Toute personne devrait éliminer le mal ou le tort
- 4. Toute personne devrait faire ou promouvoir le bien ».

Annexes 2. Quelques repères sur la notion de violence

- 3 définitions :
 - a. Violence : **force** de grande intensité synonyme de brutalité, d'emportement, de puissance et/ou de rapidité. Violence d'un sentiment, d'une pulsion, la violence d'une tempête.
 - b. L'**impact de cette force** sur une personne ou un objet : **rapport de contrainte** et à l'effet plus ou moins traumatique de cette force sur la personne *selon sa capacité d'y faire face*. Cf Mettre en balance un événement, une situation avec la capacité du sujet d'intégrer ce qui arrive, en fonction de qui il est et de son histoire.
- violences : **actes** (gestes, paroles, attitudes) **commis à l'encontre de quelqu'un et qui nuisent à son intégrité physique, psychique**. Violences = synonymes d'agressions ou de conduites agressives et revêtent une connotation strictement négative. Usage de la force pour contraindre quelqu'un ou obtenir quelque chose. Définition du CNRTL + OMS
- Intérêt de différencier (TALPIN, 2016) la **Violence** en tant *qu'actes agressifs*, directs qui blessent autrui (intentionnalité hostile, haineuse) de situations, de modes de relations ou de situations qui peuvent être dépourvus d'agressivité en tant que tel mais dont l'impact **fait violence** à la personne : elle se trouve débordée face à qqch, un afflux de sensations ou de stimulations désagréables, qui la débordent et dépassent sa capacité d'y faire face.
- Lien avec la notion de stress/événement stressant ou (si débordement du sujet, impossibilité d'adaptation) traumatisme.