



SAISINE N°3 : La mise sous contention préventive d'une personne vulnérable peut-elle être envisageable ?

Septembre 2013

SOMMAIRE –

ÉTYMOLOGIE DE <i>CONTENTION</i>	2
CE QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS	2
DE QUOI S'AGIT-IL ?	3
UN DILEMME ÉTHIQUE.....	3
QUATRE ÉLÉMENTS DE RÉPONSE.....	4
La finalité de la contrainte	
La liaison impérative entre contrainte et soin	
La maîtrise de sa propre contenance	
Evaluation et adaptation de la contention	
LE CAS PARTICULIER DE LA CONTENTION PRÉVENTIVE.....	5
LES PRÉREQUIS À UNE CONTENTION SEREINE.....	6
CONCLUSION.....	6
QUELQUES ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE.....	7

ÉTYMOLOGIE DE CONTENTION –

Le terme *contention* vient de l'ancien français (début XIIIe) *contençon*, lui-même issu du latin *contentio* (forme nominale du verbe *contendere* « **lutter** ») qui signifie « **tendre avec force, entièrement** ». La spécialisation médicale du terme en dérive, à la fin du XVIIIe, avec le latin médical *contentio* ou *contentus* (participe passé de *continere* « **contenir** ») qui signifie « **tension, fait de serrer, de maintenir** » (1771).

CE QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS

S'agissant de la contention, il n'y a pas de texte spécifique sur cette pratique, sauf des recommandations (voir infra.). La contention doit être analysée comme un **acte médical, c'est-à-dire devant répondre à une nécessité thérapeutique**. Sa nature particulière (forme de privation de liberté), fait qu'elle ne peut être appliquée à une personne en soins libres, sauf urgence. La contention entre davantage dans le cadre des soins contraints, mais la limite au recours à la contention se trouve dans le fait qu'elle **doit poursuivre une finalité thérapeutique**. Ce n'est pas parce qu'une personne est placée sous un régime de soins psychiatriques sous contrainte que cela signifie qu'il est possible d'avoir recours, seulement sur cette base, à la contention. Il faut que la contention soit justifiée médicalement (ce qui est une appréciation délicate qui relève du domaine médical, et non du seul statut du patient en soins psychiatriques sous contrainte.). L'article L3211-CSP prévoit ainsi que, lorsqu'une personne fait l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, « *les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.* »

De plus, « *Les normes tant européennes (...) que nationales (...) affirment clairement que des contraintes physiques ne peuvent être utilisées qu'exceptionnellement, qu'en dernier recours et quand l'utilisation est le seul moyen pour empêcher le mal immédiat ou imminent au patient ou à d'autres. (...) la Cour Européenne des Droits de l'Homme retient dans son considérant 96 que « conformément à ces normes, la Cour considère que l'utilisation de contraintes est une mesure sérieuse qui doit toujours être justifiée en empêchant le mal imminent au patient ou l'environnement et doit être proportionnée à un tel but.* » (Guigue, 2013).

Nous renvoyons le lecteur aux **recommandations de la Cour Européenne des droits de l'Homme**, relativement à l'arrêt Bures c/ République tchèque, ainsi qu'au commentaire de ce document, par Sophie Guigue, docteur en droit (cf. bibliographie).

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Le terme de contention renvoie tout d'abord à une double dimension de contenance et de contrainte. Il relève ensuite de plusieurs modalités de mise en œuvre allant de la simple présence contenante à l'utilisation d'outils de contention en passant par l'administration contrainte de substances chimiques.

La contenance est la fonction qui indique le travail psychique à accomplir pour recevoir, contenir et penser des éléments bruts, pulsionnels et affectifs. La fonction contenante « externe » désigne l'ensemble des attitudes, comportements, attentions et dispositions psychiques proposées par le soignant pour aider le sujet à faire ce travail de transformation psychique.

La vulnérabilité, quant à elle, fait appel à la dissymétrie de la situation de soin, dans laquelle le patient est réputé être en situation de faiblesse, de diminution de ses moyens propres, de perte d'autonomie. Elle renvoie à l'essence même du soin qui consiste à agir pour autrui dans le but de compenser cette vulnérabilité.

Enfin **la question de la prévention** renvoie à la nécessité de protéger autrui d'un risque qu'il encoure du fait de sa vulnérabilité. Elle inscrit l'action dans un temps préalable à la réalisation du risque qui reste, par définition, éventuel.

UN DILEMME ÉTHIQUE

Lorsque la contention fait appel à la présence du soignant, c'est-à-dire à cette qualité d'être et de disponibilité qui agit sur l'être même du patient, sur sa capacité à vivre le moment partagé de manière plus apaisée, plus sensée, elle ne pose pas problème, elle est l'essence même du soin relationnel, elle est contenance.

Mais là où la contention s'exprime dans la contrainte, dans la suppression de la liberté ou dans l'imposition d'un traitement, elle vient heurter de front une des valeurs fondatrices du soin, la bienfaisance. Forcer, immobiliser, ou enfermer autrui, ne peut que s'opposer à l'idéal du soin, c'est-à-dire au respect irrécusable de la position de l'autre en tant que sujet. L'argument consistant à légitimer la contrainte de la contention par la nécessité de soigner (ou de protéger) l'autre contre son gré, mais pour son bien, s'il est recevable rationnellement et justifié (sous conditions) légalement, ne soulage en rien le professionnel de la torsion que cet argument impose à ses valeurs soignantes et, au-delà, humaines. Il s'agit bien, là, de ce que l'on peut qualifier de souffrance éthique, dans laquelle deux injonctions, contradictoires mais d'égale valeur, viennent se confronter.

Mais la confrontation ne s'arrête pas là. **La contention physique** répond à des exigences de forme qui lui imposent de s'inscrire dans une pratique relevant de protocoles stricts. Si ces protocoles ont pour finalité de protéger de l'arbitraire, ils risquent, par la rigidité des séquences d'actes qu'ils imposent et l'uniformisation des pratiques qu'ils induisent, de dissoudre l'impératif de singularisation du soin. La procédure, par nature pensée dans « un au-delà et un avant du soin », pourrait rendre inutile la pensée dans l'immédiat de la situation. De la même manière, focaliser le faire sur le bon déroulement de la procédure, pourrait entraîner

le professionnel à éviter l'engagement de la rencontre et à échapper ainsi aux exigences du singulier en faisant les choses comme elles « doivent » être faites.

Le recours à la procédure, si elle protège de l'arbitraire, peut donc aussi induire une mise à l'écart de la pensée et de la singularité, pierres fondatrices de la réalité du soin.

Face à ce **double dilemme entre bienfaisance et contrainte et entre singularité et uniformité**, deux possibilités se font jour. Ou bien une absence de prise de conscience de ces écarts, au détriment du patient mais aussi de l'institution. Ou bien leur prise en compte, mais dans ce cas au préjudice du soignant et de ses valeurs, de par le sentiment de culpabilité qu'ils induisent.

Comment prendre en compte ce dilemme en toute conscience en respectant au maximum les fondements mêmes du soin ?

Quatre éléments de réponse sont à prendre en compte systématiquement.

QUATRE ÉLÉMENTS DE RÉPONSE -

Tout d'abord se rappeler, à chaque fois, la finalité de la contrainte

La contention a le plus souvent pour objet d'aider l'autre contre son gré et donc d'agir pour son bien. Il s'agit alors de soulager sa souffrance et de compenser sa vulnérabilité qui pourraient être aggravées s'il ne reçoit pas les soins requis malgré son opposition.

Mais la contention peut aussi avoir pour objet de protéger le patient de comportements préjudiciables pour lui. Elle peut, c'est aussi une possibilité, avoir pour objet de protéger les autres (patients, soignants) des comportements du patient lorsque ceux-ci expriment une violence particulière. Dans ces deux cas de figure, la vulnérabilité du sujet s'exprime par un défaut de contenance interne. C'est ce défaut de contenance qui doit être compensé, par une contenance/contention externe, acceptée ou non.

Ensuite, lier impérativement contrainte et soin

La contention doit relever d'une nécessité du soin et, dans ce cadre, de l'impératif d'une contenance externe. Le constat de ce défaut de contenance et des risques qu'il fait encourir au patient ainsi qu'aux autres, doit relever d'une analyse clinique pluriprofessionnelle.

C'est seulement sur la base de cette analyse plurielle qu'un projet pourra être mis en œuvre pour aider le patient à contenir ses productions internes et à maîtriser ses comportements. Ce projet sera basé sur un double principe de subsidiarité et de complémentarité des moyens de contenance. La subsidiarité implique une gradation de la contrainte (de la présence contenante à l'isolement imposé), basée sur une évaluation clinique et sur l'exclusion du recours systématique au maximum de contrainte. La complémentarité requiert, lors de la gradation de

la contrainte, le maintien permanent du travail de contenance interindividuelle, c'est-à-dire l'effectivité d'une présence soignante.

La contrainte reste, dans ce cadre, un outil de soin inscrit dans une dimension thérapeutique c'est-à-dire partagée, clinique, et évolutive.

Garder la maîtrise de sa propre contenance grâce au sens

Le recours à la contrainte physique, même cliniquement justifiée, peut cependant amener une exacerbation de la souffrance psychique du patient. Cette exacerbation va venir impacter défavorablement ses capacités de contenance déjà en défaut et aggraver encore son état clinique. La réaction du malade peut ainsi amener une escalade dans l'emboîtement des moyens de contention. Le risque est alors de se laisser aspirer dans une circularité délétère dans laquelle la diminution des capacités de contenance du patient entraîne l'augmentation des moyens de contrainte des soignants.

L'arrêt de cette escalade ne peut venir que des soignants qui doivent continuer de penser et de donner sens à ce qui est de plus en plus impensable et insensé pour le patient. Il s'agit de ne pas rester dans le corps à corps mais de passer par la médiation du sens.

Enfin évaluer et adapter la contention

Lorsque la contention s'avère cliniquement nécessaire, elle ne peut en aucun cas être un aboutissement. Pour rester un acte de soin elle doit s'inscrire dans un processus dans lequel elle est régulièrement interrogée, évaluée, avec un souci d'allègement permanent (retour à la subsidiarité des moyens de contenance)

Dans ce cadre, lorsqu'un patient est hospitalisé dans un service de soins et qu'à son arrivée il est entravé, cette antériorité ne réduit en rien la nécessité de réaliser une analyse clinique plurielle hic et nunc et d'inscrire la démarche soignante dans le double principe de subsidiarité et de complémentarité des moyens de contenance que nous avons évoqué.

LE CAS PARTICULIER DE LA CONTENTION PRÉVENTIVE

Concernant le caractère préventif de la contention. Celle-ci peut avoir pour objet la protection du patient, du groupe patients, des professionnels ou des trois à la fois. Elle s'inscrit dans un avant crise.

L'ANAES préconise 5 indications d'isolement (donc de contention) dans lesquelles l'aspect préventif est patent :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues
- Utilisation à la demande du patient.

En aucun cas il ne peut s'agir d'un principe de précaution systématique basé, par exemple, sur la connaissance antérieure du patient.

Sa justification ne peut répondre qu'à une évaluation clinique plurielle.

Elle doit évidemment répondre aux deux impératifs de subsidiarité et de complémentarité.

LES PRÉREQUIS À UNE CONTENTION « SEREINE »

Suivant la proposition de Ricœur considérant que « L'éthique est la recherche de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » nous pensons qu'il doit exister un enchâssement des espaces de contenance allant de la contenance globale de l'institution jusqu'à l'attitude contenante du soignant dans l'acte même de la contention/contrainte.

Contenir psychiquement autrui, même dans le corps à corps de la contention, nécessite de se sentir soi-même contenu par l'institution.

Dit autrement : la contenance dans la contention exige une méta contenance de l'institution permettant aux soignants de se sentir en sécurité

CONCLUSION -

Pour utiliser une métaphore familiale, on pourrait dire que la contention doit porter les deux dimensions du paternant et du maternant, et on pourrait même ajouter qu'elle nécessite un dialogue entre ces deux figures (parentales) du soin.

La contention, lorsqu'elle est cliniquement jugée nécessaire, doit donc, toujours, articuler contrainte et contenance.

QUELQUES ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE -

BARATTA A., MORALI A. Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. *Médecine et droit* 2010, 86-89.

BOURGEOIS F. La chambre d'isolement thérapeutique. *La revue de l'infirmière*. Août – Septembre 2012, n°183.

CEDH, **Bures** c/ République tchèque, 18 octobre 2012, n° 37679/08

COSTES J. F., 2013. Quand la parole ne suffit plus : contenir pour prendre soin. *Empan* 2013/1 n° 89, p. 68-73.

Dictionnaire historique de la langue française, 1995. Ed Dictionnaires Le Robert, Paris.

GRENOUILLOUX A. Existe-t-il une éthique particulière à la psychiatrie ? *Ethique et Santé* 2012, 9, p. 170-175.

GUIGUE S. *Revue droit et santé*. 2013/01 ; (51) p 120-121:

Le Grand Robert de la langue française, 2001. Ed Dictionnaires Le Robert, Paris.