

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Travail d'Initiation à la Recherche

Unité d'Enseignement 3.4 / 5.6 / 6.2

Promotion : **2022-2025**

**Influence de la contention physique sur l'utilisation
de techniques alternatives par les infirmiers face
au patient agité en psychiatrie.**

Présenté par **Jérémy Grandjean**

Sous la guidance de **Aurélien Lecomte**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement Monsieur Lecomte pour son accompagnement bienveillant tout au long de ces trois années, sa patience à toute épreuve et la confiance qu'il m'a témoignée.

Ma gratitude va également à Madame Lothier, psychiatre, pour les pistes de réflexion qu'elle m'a offertes et le temps précieux qu'elle a consacré à ce travail.

Merci aux professionnels qui m'ont transmis leurs savoirs avec générosité, ainsi qu'à ceux qui m'ont encouragé tout au long du parcours.

À mes camarades de promotion, et plus particulièrement à Vanina, Alexiane, Honorine et Kader, pour leur soutien indéfectible pendant ces trois années aussi riches qu'exigeantes.

Un immense merci à ma mère, pour son amour inconditionnel et son oreille toujours attentive.

À ma merveilleuse et magnifique compagne, pour arriver à me supporter jour après jour, depuis plus de dix ans.

À mon cousin, et à mes grands-parents, dont l'humanisme m'accompagne à chaque instant.

À Alexandra Elbakyan, pour avoir rendu possible un accès libre au savoir universel pour les étudiants et chercheurs du monde entier.

Et enfin à ceux, plus généralement, qui traversent nos vies comme des éclats de lumière, fugaces parfois, mais dont la trace éclaire longtemps notre chemin.

SOMMAIRE

introduction.....	1
1 Situation d'appel au travail d'initiation à la recherche	2
1.1 Cheminement du raisonnement	4
2 Cadre de référence	5
2.1 Introduction du cadre de référence.....	5
2.2 Patient en psychiatrie	6
2.2.1 Le profil des patients en psychiatrie.....	6
2.2.2 Caractéristiques des formes d'expression de la folie	7
2.2.3 L'institutionnalisation du malade mental	9
2.2.4 Historique de la place des patients et du cadre légal	10
2.2.5 Approches non-médicamenteuses adaptées et environnementales	13
2.3 Contention physique.....	14
2.3.1 Statistiques et tendances des mesures de coercitions en France.....	14
2.3.2 Définition et cadre législatif.....	16
2.3.3 Perception de la contention physique, son impact émotionnel et psychologique sur la relation soigné-soignant.....	17
2.4 Infirmier en psychiatrie	18
2.4.1 Les valeurs du soin infirmier à l'épreuve de la maladie mentale	18
2.4.2 Pratique professionnelle, les techniques alternatives	20
3 Problématisation et question de recherche	21
4 Enquête de terrain	24
4.1 Méthodologie.....	24
4.1.1 Choix de l'outil.....	24
4.1.2 Présentation de la population enquêtée	25
4.2 Analyse thématique.....	26
4.2.1 Le patient en psychiatrie : inadaptation et responsabilisation	26
4.2.2 Contention, quand le soin ne suffit plus.....	32
4.2.3 L'infirmier en psychiatrie, entre remise en question et effort collectif	37
4.3 Problématisation et question de recherche.....	41
Conclusion	44
Bibliographie.....	1
annexes	6

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANMS : Agence nationale du médicament et des produits de santé

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre médico-psychologique

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

UHP : Urgences hospitalières psychiatriques

IPA : Infirmière en pratique avancé

SL : Soins libre

SDT : Soins à la demande d'un tier

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'État.

La contention mécanique est un traumatisme. Le phénomène est massif dans les Ehpad, aux urgences, dans les foyers... Le système contentieux – qui nous attache physiquement, psychologiquement et collectivement – croît sur fond d'une « culture de l'entrave ». Se défaire d'un tel univers nécessite d'entendre le vécu des concerné.es, d'instituer d'autres façons de se tenir ensemble pour développer des alternatives dans les pratiques et un autre imaginaire de société.

Mathieu Bellahsem

INTRODUCTION

Lors de mes stages en psychiatrie, j'ai été témoin de plusieurs mises en contention physique de patients agités. À chaque fois, ces situations m'ont marqué par la violence physique, psychologique et symbolique qu'elles impliquent. Bien que souvent considérée comme un acte nécessaire, un dernier recours lorsque toutes les autres options d'apaisement ont échoué, cette pratique m'interroge. Elle entre en contradiction avec mes valeurs humanistes. Mesure de coercition portant atteinte au droit fondamental à la liberté, elle est pourtant considérée par l'institution psychiatrique comme un mal nécessaire afin de garantir la sécurité du patient agité et de son environnement direct.

En tant que futur infirmier psychiatrique, de nombreuses questions me viennent à l'esprit concernant cette pratique que je serais possiblement amené à mettre en œuvre. Les réponses apportées influenceront certainement mes futures prises en charge. Il me paraît important de comprendre comment la contention physique impactera ma pratique professionnelle et la relation thérapeutique développée avec mes futurs patients. Ce mémoire s'inscrit donc pleinement dans le domaine infirmier. Il me permettra d'améliorer la qualité des soins et le respect de la dignité humaine en psychiatrie. C'est pourquoi il me tenait à cœur d'interroger les raisons, les impacts et les limites du recours à la contention physique dans le cadre de mon futur exercice professionnel.

Pour aborder ce thème, je structurerai ma réflexion en trois temps.

En premier lieu j'aborderai le patient en psychiatrie. Les causes de l'agitation et les approches thérapeutiques associées. Comment la compréhension du patient, en prenant en compte ses besoins psychologiques, physiques et émotionnels favorise un soin respectueux de sa dignité et limite l'utilisation de la contention physique.

Sur un deuxième temps, je m'interrogerai sur la contention physique. Quelles en sont ses conséquences pour la santé mentale et physique du patient, son impact sur la relation soigné-soignant, ses enjeux éthiques ? J'explorerai les raisons qui permettent de recourir à cette pratique ainsi que des alternatives possibles à sa mise en œuvre.

Enfin, j'analyserai ce que signifie être infirmier en psychiatrie. J'observerais les compétences nécessaires à cet exercice comme l'empathie, la communication et établir une relation de confiance, nécessaire pour aborder les situations délicates et les stratégies adaptées visant à minimiser l'utilisation de la contention physique.

1 Situation d'appel au travail d'initiation à la recherche

La situation qui m'a interpellé est survenue lors de mon premier stage, au premier semestre de ma formation, au sein d'un service de psychiatrie adulte. C'est un service d'hospitalisation longue durée fermé, accueillant des patients âgés de 18 à 65 ans, la plupart étant hospitalisés sous le régime du soin à la demande d'un tiers (SDT) ou du représentant de l'État (SDRE). J'entame alors ma troisième semaine et je suis désormais familiarisé avec l'unité, son organisation, le personnel soignant, ainsi que la vingtaine de patients que nous accueillons.

La situation se déroule un après-midi, peu après ma prise de poste, aux alentours de 13h30. Les infirmières, les aides-soignantes ainsi que les stagiaires infirmiers se réunissent dans le poste de soin, situé au centre de l'unité pour effectuer les transmissions du service. Grâce à la verrière panoramique à 180 degrés, nous bénéficions d'une vue d'ensemble sur le petit salon de télévision et le réfectoire, qui, à cette heure-là, est utilisé comme salle d'activités ludiques pour les patients. Je suis en train de prendre des notes détaillées sur les différents éléments s'étant déroulés durant la matinée, ces informations étant importantes pour la prise en charge des patients que nous accueillons.

En parallèle, je remarque un patient, monsieur T., 35 ans, hospitalisé depuis plusieurs mois pour une schizophrénie indifférenciée sous le régime du SDT. Il est assis seul dans un coin, la tête enveloppée dans ses bras, se balançant lentement d'avant en arrière et frappant mollement l'arrière de son crâne contre le mur. Je ressens qu'il est en souffrance et je prévois d'aller le voir dès la fin des transmissions. Cependant, je n'ose pas interrompre les discussions, étant étudiant en première année sur mon premier stage. Je signale tout de même à l'équipe que ce patient semble en difficulté, mais on me répond qu'il devra attendre la fin des transmissions.

Soudain, un autre patient s'approche de lui et engage la conversation. Bien que je n'entende pas leurs échanges, le patient qui paraît en difficulté commence à hurler, demandant à l'autre de se taire et de le laisser tranquille. Il se met à crier et se met à frapper sa tête contre le mur de manière bien plus violente. Alertés par le bruit et l'agitation, quatre membres de l'équipe se lèvent et franchissent rapidement les portes à fermeture magnétique du service, dans lequel je rentre à mon tour, sur leurs talons.

Arrivés à sa hauteur, nous tentons de comprendre la situation, mais le patient est incapable de s'exprimer clairement. Ses phrases sont désorganisées, passant du coq à l'âne, sans cohérence. Il semble en grande détresse psychologique. Malgré les efforts verbaux de

réassurance, les infirmiers, debout à côté de lui, peinent à le calmer. Il continue à se frapper la tête contre le mur, réagissant avec des gestes brusques lorsque nous tentons de l'approcher.

Après plusieurs minutes de tentatives d'apaisement infructueuses, et l'équipe du matin ayant déjà donné les traitements d'anxiolyse en « si besoin » en fin de matinée, l'équipe décide de placer le patient en chambre d'isolement et de le contenir pour garantir sa sécurité ainsi que celle des autres patients. Deux infirmières le saisissent par les bras pour l'aider à se lever, il est encadré par quatre autres infirmiers, dont deux sont arrivés en renfort. Le patient se met debout puis reste coopératif jusqu'à la chambre d'isolement, située dans un couloir adjacent au service fermé. Dans le couloir, son comportement a changé : il devient calme, cesse de parler, ne fait plus de gestes brusques. Il ne montre aucun signe d'agressivité, son agitation semble s'être atténuée. À ce moment-là, je me demande si la contention physique est réellement la meilleure solution pour apaiser la situation et si cela constitue la meilleure option thérapeutique pour le patient. Je n'ai cependant pas l'occasion sur le moment de poser mes questions, tout va très vite et l'équipe est concentré sur le patient.

Une fois dans la chambre d'isolement, le patient est allongé sur le lit de la chambre fixé au sol, tandis que des sangles sont placées à ses chevilles, à ses poignets et autour de sa ceinture pelvienne et ventrale. Aucune sédation, ni anticoagulant n'est administré au patient. Tout au long de la mise en contention, il reste calme et ne se débat pas, semblant résigné à sa prise en charge. J'observe cette scène depuis le couloir, conscient que les étudiants ne sont pas autorisés à entrer dans les chambres d'isolement. J'essaie d'écouter attentivement les soignants qui lui expliquent brièvement la situation, pourquoi a-t-il été mis en contention, l'informe que la contention va être mise en place jusqu'à ce qu'il retrouve son calme, lui demande de continuer à s'apaiser, mais le patient demeure mutique, ne répondant à aucune sollicitation. Il semble absorbé par ses pensées et ses angoisses. Il n'émet plus que quelques rares sons inintelligibles, à voix basse. Les six infirmières présentes dans la pièce lui expliquent qu'elles reviendront le voir dans environ trente minutes et lui demandent de se reposer d'ici là. La porte de la chambre est verrouillée, laissant le patient seul dans la pièce silencieuse.

1.1 Cheminement du raisonnement

En tant qu'étudiant en soins infirmiers, je me questionne souvent sur l'utilisation de la contention physique en psychiatrie : dans quels contextes cette mesure peut-elle être considérée comme nécessaire et que faire pour prévenir son utilisation ? Cette interrogation m'amène à me demander comment appréhender ces situations délicates.

- Quand la contention physique est-elle justifiée ? Pour qui ?
- Dans quelle situation est-elle nécessaire ?
- La dignité d'un individu peut-elle être préservée lors de la contention ? Ces deux notions peuvent-elles être compatibles ?
- Comment évaluer la balance bénéfices risques d'une contention physique ?

Cette pratique n'est certainement pas sans conséquence pour le patient. Elle pourrait amener de la méfiance, plus de détresse, d'anxiété et le décentrer de son projet de soin, impactant ainsi la relation thérapeutique entre les soignés et les soignants.

- Quel impact a-t-elle sur la vision du patient vis-à-vis de l'institution, du personnel soignant et de son parcours de soins ?
- Quels sont les impacts à long terme de la contention physique sur la santé mentale et physique des patients ?
- Impacte-t-elle les soignants sur leurs prises en charge ?

Je m'interroge enfin et avant tout, sur les possibilités du personnel soignant, sur les stratégies à mettre en place en vue de réduire l'utilisation de la contention physique.

- Quelles méthodes alternatives peuvent être employées pour éviter la contention physique ?
- Comment préparer le personnel à mieux gérer les situations critiques sans recourir à la contention ?

2 Cadre de référence

2.1 Introduction du cadre de référence

Ces questionnements nécessitent d'éclaircir les notions centrales à ce travail de recherche. Les mots clefs qui découlent de notre situation d'appel sont : patient en psychiatrie ; contention physique et infirmier en psychiatrie.

Dans un premier temps, il convient donc de définir qui sont les patients en psychiatrie et plus particulièrement, ceux qui sont potentiellement concernés par la contention. Mais il peut être intéressant de comprendre, de façon plus vaste, quelle est l'image de la folie et donc de ces patients, afin de saisir quelques aspects de leur perception par les tiers et ainsi mieux appréhender les réactions qu'ils provoquent. Un bref historique de l'institutionnalisation du patient en psychiatrie viendra compléter cette réflexion initiale, il semble en effet utile de connaître la façon dont la société a « géré » les patients en psychiatrie dans les derniers siècles pour savoir de quelle histoire les pratiques contemporaines découlent, ainsi que pour comprendre dans quel cadre légal le patient en psychiatrie se situe actuellement.

La deuxième notion essentielle à notre réflexion est la contention physique : il conviendra de la définir, ainsi que son cadre légal. Un tour d'horizon des statistiques permettra de préciser les patients concernés par cette pratique ainsi que la fréquence de son utilisation. Nous dresserons enfin un bref état des lieux des connaissances sur les conséquences de cette pratique, tant pour le patient que pour le soignant qui la met en place.

Ces éléments nous mèneront au troisième axe de ce cadre théorique, la notion d'infirmier en psychiatrie. En approfondissant la compréhension de ses missions et de son rôle spécifique dans le soin psychiatrique, nous tenterons de saisir en quoi la pratique de la contention questionne son positionnement et sa prise en soins. Définir ses pratiques professionnelles permettra enfin d'aborder les pratiques alternatives à la contention, leur récent développement et la question de leur utilisation pour gérer les patients agités.

2.2 Patient en psychiatrie

2.2.1 Le profil des patients en psychiatrie

En 2022, 402.400 patients ont été pris en charge dans des établissements psychiatriques (DREES, 2024). Hommes et femmes y sont représentés à part égale, l'âge moyen est de 41 ans pour l'hospitalisation complète à 37 ans pour le temps partiel. « *Les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques sont les principales causes de prises en charge* » indique la Drees (2024). Les motifs de prise en charge les plus fréquents sont la schizophrénie pour les hommes (25%) et les troubles de l'humeur pour les femmes (38%).

La contention est un recours pour mettre fin à un épisode d'agitation, il convient donc de comprendre le profil des patients concernés. Les diagnostics de troubles psychotiques et de leurs symptomatologies, délire, hallucination, désorganisation de la pensée représentent 47% des mesures de coercition mécanique. Ils sont suivis, dans l'ordre de fréquence, par les épisodes maniaques caractérisés par une hyperactivité et irritabilité (11,6%) et les troubles de la personnalité marqués par des comportements impulsifs et d'instabilité émotionnelle (7,9%) (Touitou-Burckard et al. 2024). Ces différents troubles représentent à eux seuls 66,5% des contentions mécaniques en France en 2022. (Cf. Annexe 1)

Ces troubles peuvent s'accompagner de comorbidités telles que des addictions ou des pathologies somatiques compliquant leurs prises en charge. Mais qui sont ceux dont l'agitation peut devenir violente, justifiant une contention ? (Haefliger & al. 2003) soulignent que si la plupart des troubles peuvent entraîner des comportements violents, « *la majorité des individus souffrant d'une maladie mentale ne sont pas violents (..) la contribution de la maladie mentale à la violence dans son ensemble est faible.* »

Pour les auteurs, l'apparition de la violence chez un patient atteint de trouble sévère est principalement liée à quatre facteurs : « *1) une exacerbation mal contrôlée du trouble ; 2) une non-compliance médicamenteuse ; 3) un abus de substances et 4) une anamnèse de comportement violent dans le passé.* »

« *L'agressivité est souvent l'expression de diverses émotions (peur, révolte, irritation, colère, culpabilité, déception) qui découlent de différentes cognitions* » (Haefliger et al, 2003). Les déclencheurs des épisodes d'agitation chez les patients sont donc multifactoriels et souvent interconnectés. Les facteurs environnementaux, lieux générateurs de stress,

entraînant une surstimulation peuvent majorer les symptômes des troubles psychiatriques (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012). Les facteurs psychosociaux, comme l'isolement, la précarité, les relations conflictuelles peuvent amplifier un sentiment de détresse et être à l'origine d'une exposition préalable à la violence (Sourd, 2020). Les facteurs biologiques comme un sevrage d'alcool ou de drogues, une douleur réfractaire, peuvent être source d'énervement. Enfin les facteurs iatrogènes, effets secondaires de la médication comme l'akathisie ou la bradypsychie ou le régime de l'hospitalisation sous contrainte et le contexte du service peuvent favoriser l'apparition de moments critiques (HAS, 2016).

Une fois posé ce bref profil des patients potentiellement concernés par la contention, il semble pertinent de s'intéresser aux caractéristiques des formes d'expression de la folie. Comprendre la contention nécessite ainsi de comprendre l'agitation et la crainte de la violence, traditionnellement associées à l'expression de la folie.

2.2.2 Caractéristiques des formes d'expression de la folie

Ces expressions sont multiples et leur compréhension a évolué dans l'histoire. « *J'entre dans leurs cachots, seul ; jamais ils ne m'ont fait aucun mal, même les plus furieux, je les traite et leur parle avec la plus grande douceur (...) Quelque fois ils me répondent avec justesse pendant toute la conversation ; le plus souvent ils déraisonnent ; alors je déraisonne avec eux, parce que j'ai remarqué que cette manière me captivoit leur attachement, mettoit leur esprit à l'aise et leur procuroit de la tranquillité.* » Ces mots, écrits par Joseph Daquin (1790), témoignent d'une des premières observations de la folie d'un point de vue de soignant.

Quelques années plus tard, Philippe Pinel (1801) s'attache à décrire tous les symptômes des afflictions mentales et leurs symptômes physiques. Pour le chagrin et la mélancolie, il constate que « *la terminaison de l'un et de l'autre est tantôt un penchant irrésistible au suicide, tantôt un délire doux ou état de fureur.* » Il décrit aussi la colère, qui « *se termine rarement par une aliénation durable, (...) mais que de conformités entre un emportement de colère et un accès de manie.* » Ces quelques lignes renseignent sur plusieurs aspects de la perception de la folie par les premiers soignants spécialisés en psychiatrie : son caractère imprévisible et ses moments « *furieux* ». La notion de crainte pour l'intégrité du soignant est évoquée par Daquin en propos initial, Pinel, lui, dresse un parallèle entre colère et « *accès de manie* ».

De nos jours, « *l'accès de manie* » au sens où l'emploi Pinel est plutôt appelé agitation. L'agitation est définie, par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5), comme « *une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, le fait de gigoter, d'agiter ses mains, de triturer ses vêtements, et l'incapacité à rester assis* » (Verdoux, 2018).

Au-delà de cette définition, de nombreuses expressions des troubles psychiques existent. L'akathisie, la déambulation, l'agitation ou gestes brusques, paroles logorrhéiques, état de tachypsychie peuvent être associés à un épisode maniaque (Coryell, 2023) ou une psychose aiguë (Tamminga, 2022). Elles peuvent se traduire également par des symptômes psychotiques, délire paranoïaque, hallucination auditive angoissante, pouvant amener les patients à adopter des stratégies défensives face à une altération de la perception de la réalité. Des comportement auto-agressifs, scarification ou de passage à l'acte parmi les troubles de la personnalité borderline (Zimmerman, 2023) et dans la dépression (Moutier, 2023) servent de régulateur émotionnel en apaisant une souffrance psychique insupportable. Des crises d'angoisse ou des états de panique, se manifestant par une tachypnée, tachycardie, tremblement et sentiment de mort imminente, sont typiques des troubles anxieux (Barnhill, 2023). Cette symptomatologie peut être ressentie par les tiers comme étant menaçante, pourtant cette perte de contact avec la réalité est avant tout l'expression d'une profonde détresse et un aperçu des traumatismes intrapersonnels.

« *Cahier de blanches étendues intouchées / Lac où les désespérés, mieux que les autres / peuvent nager en silence / s'étendre à l'écart et revivre.* » écrit Henri Michaux en dédicace d'un cahier offert à la poétesse Unica Züm, à l'hôpital Sainte-Anne (Bougault, 2020). Ces quelques mots illustrent une expression non pathologique de la folie : sa transcendance par l'art. De Van Gogh à Gérard de Nerval, plusieurs artistes personnifient la fine frontière entre création et folie. C'est d'ailleurs sur ce parallèle entre folie et œuvre, le fou et l'artiste, et avec la figure de l'artiste fou, que Michel Foucault conclut son *Histoire de la folie* (Foucault, 1972).

L'artiste et le fou questionnent la norme sociale, se posent en rupture avec la réalité consensuelle : tous deux dérangeant. « *Maman s'il-te-plaît ne m'envoie plus à l'hôpital. Je n'en peux plus je m'y sens mal. Pas l'hôpital, pas l'hôpital. Ils me bourrent de barbituriques alors que je n'avais rien fait. S'il-te-plaît, s'il-te-plaît. Tu sais bien qu'ils vont m'attacher. Maman je t'en supplie je ne veux plus y retourner.* » chante Stupeflip. L'artiste assume un

rôle social alors que le patient en psychiatrie, lui, est parfois pris en charge par la société, de façon plus ou moins bienveillante selon les époques.

2.2.3 L'institutionnalisation du malade mental

D'après Foucault (1972), il existait au Moyen-Âge et à la Renaissance une coutume visant à se débarrasser des fous en les confiant aux marchands ou en les expulsant simplement des villes. Après ces fous errants, l'hospice, puis l'Hôpital général fondé par le décret de 1656, vient ajouter une notion d'enfermement à l'exclusion initiale. Destiné à tous ceux qui ne peuvent subvenir à leurs besoins, ce lieu sert aussi à l'enfermement arbitraire grâce aux lettres de cachet de l'Ancien régime. Foucault indique que plus d'un habitant sur cent à Paris s'est retrouvé brièvement enfermé dans cet hôpital sans vocation médicale.

Les conditions de vie des aliénés dans ces premiers hôpitaux sont terribles, Jean-Etienne Esquirol (1838) les décrit, ils sont : « *couverts de haillons (...) grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour éteindre leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance* ».

Au XIX^{ème} siècle, la spécificité de la psychiatrie est reconnue et la prise en charge des aliénés se traduit par un enfermement systématique dans des asiles. Ils poursuivent un double objectif : protéger la société et ramener les patients à la raison. Ce mouvement de création d'un asile par département, à la suite de la loi de 1838 que nous évoquerons dans la partie suivante, est souvent nommé « *grand renfermement* ». Si Pinel et ses disciples ont fait émerger l'idée que l'aliéné peut être soigné, ces lieux sont, dans la pratique, d'avantage des lieux d'isolement que de soins. C'est une période qui a laissé des traces dans l'imaginaire collectif, associant psychiatrie à la répression, la souffrance et à la perte de liberté. Nelly Bly (1887) s'infiltré dans un asile psychiatrique aux Etats-Unis : elle décrit des patientes affamées, enchaînées les unes aux autres sur des bancs pendant de longues journées, seulement rythmées par les bains glacés. Elle souligne que l'institution elle-même rend malade.

Une thèse aussi développée par Goffman (1961), qui décrit l'asile comme une institution totalitaire servant une logique de contrôle social, où les aliénés sont réduits à un statut d'objet médical. Il appelle conséquences de cette institutionnalisation le syndrome d'institutionnalisation totale : perte d'autonomie provoquée par des cadres rigides, imposés et dénués de sens, une dépendance à l'institution, perte de la faculté à prendre des décisions, chronicisation des troubles, isolement et absence de stimulation sociale. Cela

rend difficile toute réinsertion sociale. La déshumanisation est étroitement liée aux pratiques coercitives comme la contention et l'isolement, permis par une relation asymétrique entre les soignants et les soignées.

En 1937, le terme d'asile est remplacé par celui d'hôpital psychiatrique, il faudra attendre les années 50 pour que le terme d'aliéné soit proscrit (Von Bueltzingsloewen, 2017). En 1950, Thomas Szasz écrit que la maladie mentale n'existe pas, mais que le psychiatre a pour rôle d'enfermer l'indésirable social, comme l'inquisiteur à son époque (Marmion, 2012). Ce fort mouvement de contestation se diversifie dans les années 1960, plusieurs courants remettent en cause l'institution psychiatrique : par exemple l'antipsychiatrie, mouvement initié par Cooper et Laing, dénonce le contrôle social opéré par la psychiatrie. Cette approche propose de mettre le patient sur un pied d'égalité avec le soignant et de conserver sa totale liberté (Marmion, 2012), on parle de « *déshospitalisation* » de la psychiatrie. La psychothérapie institutionnelle, fondée notamment par Tosquelles et Oury, tend pour sa part vers une restructuration des dynamiques de groupe entre soigné et soignant et propose de soigner l'institution avant de tenter de soigner le patient (Delion, 2014).

De ces mouvements émerge une politique de sectorisation encourageant la réduction des nombres d'hospitalisations de longue durée et favorisant la réinsertion sociale des malades, en construisant le secteur psychiatrique comme un ensemble d'offres de prévention, soin, postcure et réadaptation (Coldefy et al, 2009). Cette profonde évolution des institutions dédiées à la maladie mentale se traduit également dans le cadre de la loi. L'évolution de la place des patients en psychiatrie en France reflète un cheminement marqué par l'évolution de la figure du « fou », de l'hérésie à une logique d'exclusion, de contrôle, pour finir à une reconnaissance progressive des droits des patients et à l'autonomie des usagers.

2.2.4 Historique de la place des patients et du cadre légal

« *L'insensé dit en son cœur : Il n'y a point de Dieu !* » (Psaume 14:1) : historiquement en Occident, le fou est l'hérétique. Une notion morale est attachée à la folie, l'enfer menace celui qui ne suit pas la loi de dieu. En 1598, l'édit de Nantes d'Henri IV permet en France un virage, reconnaissant une certaine liberté de conscience (Boisson, s-d.). Cet édit ne concerne pas directement les aliénés, mais complexifie la notion de folie et questionne les notions d'exclusion et de stigmatisation, les protestants se voient ainsi attribuer des lieux dédiés à leur culte.

Cependant, indésirables et marginaux (aveugles, paralytiques, épileptiques, galeux, vagabonds, mendiants, fous incurables...) restent enchaînés et enfermés sur décision des puissants : au temps de l'hôpital général, l'arbitraire fait loi.

2.2.4.1 L'aliéné au XIXe siècle : ni coupable, ni responsable, mais enfermé

Dans son Traité, Pinel (1801) écrit « *Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible nécessite tous les égards dus à l'humanité souffrante.* » Neuf ans plus tard, le Code Pénal reconnaît dans son article 64 qu'il n'est pas non plus responsable des crimes qu'il commet. En 1819, Jean-Etienne Esquirol remet un rapport au ministre de l'Intérieur sur les établissements consacrés aux aliénés « *et les moyens de les améliorer* » (De Bures, 2006).

Ni coupable, ni responsable, le statut de l'aliéné reste privé de liberté avec son encadrement par la loi Esquirol de 1838, dite « loi des aliénés ». Cette loi prévoit différentes modalités d'internement : soit « volontaire » (bien que demandé par un tiers), soit décidé par l'autorité publique du fait d'un trouble à l'ordre public (De Bures, 2006). Cette approche est alors répressive et sécuritaire, privant les patients de leurs droits civiques et les réduisant au statut de fou à surveiller : le certificat et rapport d'admission sont adressés au préfet. Le médecin contrôle l'évolution de l'aliéné tous les quinze jours. Il remplace le juge dans la décision d'enfermer ou non les « insensés ».

La loi consacre l'obligation pour chaque département de construire un asile, souvent loin des villes, ils fonctionnent davantage comme des prisons que comme des établissements de soins : leur règlement est d'ailleurs soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur. Les conditions de vie y sont terribles et les traitements coercitifs en sont la norme (camisoles de force, isolement, bains glacés, saignées...). Seul le médecin peut décider d'une sortie en déclarant sa guérison, ou le préfet, dans le cas des placements par l'autorité publique. Aucune permission ou sortie d'essai n'est prévue (De Bures, 2006).

2.2.4.2 Le questionnement du XXe siècle

Au milieu de XXe siècle, les abus de la psychiatrie frappent les consciences, en particulier après la seconde guerre mondiale, où l'on découvre les exactions nazies : stérilisation de 400 000 malades mentaux, extermination de 250 000 personnes enfermées dont 70.000

gazées (Cyrulnik, 2016). En France, plusieurs milliers de patients des hôpitaux psychiatriques sont morts de faim pendant l'occupation : négligés, car « *non indispensables* » (Von Buelzingsloewen, 2002).

Après-guerre, des mouvements pour une psychiatrie plus humaine émergent donc. En France cette évolution se traduit par la sectorisation psychiatrique, mise en place par une circulaire du 15 mars 1960. Elle vise à favoriser l'hospitalisation libre, la mise en place de réseaux de « dispensaires d'hygiène mentale » (financés depuis 1955) et l'augmentation des moyens et de la formation des soignants. Le patient entre à l'hôpital après un dépistage, son hospitalisation doit être courte et son suivi postcure, assuré dans ces dispensaires. L'établissement « *devient un hôpital spécialisé dans les maladies mentales et non plus un 'asile' où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses dans la société.* »

La loi de 1838 reste cependant en vigueur jusqu'en 1990, date à partir de laquelle et jusque dans les années 2000, émerge les droits des patients. Le 27 juin 1990, la loi consacre ces droits dans son intitulé, instaure le consentement aux soins et le droit à l'information, le patient devient acteur de son parcours de soin. Le patient en psychiatrie se voit reconnaître les mêmes droits que tous les autres patients, notamment celui d'aller et venir dans l'établissement, pour les hospitalisations libres. La loi du 4 mars 2002 renforce à son tour les droits des malades. Le statut de personne de confiance est créé et l'autonomie du patient est recherché lors de sa prise en charge. Ces réformes veulent acter la rupture avec les pratiques relevant d'un certain « paternalisme médical » et promouvoir des relations soigné-soignant basées sur le respect et la collaboration.

2.2.4.3 Le cadre légal du XXI^e siècle

En 2010, un mouvement pour la psychiatrie citoyenne est lancé à Besançon. Les patients sont reconnus comme partenaires des soignants dès leur prise en charge. L'EPSM de Lille, considéré comme pionnier en la matière, se donne notamment les objectifs suivants : « *fonctionner en psychiatrie portes ouvertes, sans recours à l'isolement, et visant à zéro contention* » (Roelandt, 2016). Sur le plan légal, la loi du 5 juillet 2011 réforme les hospitalisations sans consentement, redéfinissant notamment le rôle du juge des libertés et de la détention. Elle consacre la notion de « soin psychiatrique » plutôt que « l'hospitalisation ».

La HAS (2015) pointe du doigt l'angle mort législatif des mesures de coercition, pour lesquelles il n'existe aucun cadre légal, hormis l'article L.3211-3 du code de la santé publique, qui ne parle pas explicitement d'isolement et de contention. Il faut attendre 2016 pour que ces pratiques soient encadrés par l'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique, qui les définit comme « *des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée.* »

La loi de 2016 met aussi en place des programmes d'éducation thérapeutique et permet aux patients de participer à l'élaboration des politiques de santé pour renforcer leur rôle. Elle crée la commission des usagers qui veille au respect des droits fondamentaux. De nos jours la place des patients en psychiatrie continue d'évoluer. Une reconnaissance croissante de leur expertise crée un rôle de patient expert, pour améliorer la pratique soignante. Des associations d'usager comme l'UNAFAM (l'Union nationale de familles et amis de personne malade) ou le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, promeuvent une psychiatrie humaniste et joue un rôle primordial dans la défense des droits des usagers. Si l'hospitalisation évolue et est parfois remise en question, c'est aussi le cas du traitement médicamenteux : d'autres approches proposent de compléter son action avec des thérapies non-médicamenteuses.

2.2.5 Approches non-médicamenteuses adaptées et environnementales

Les approches non-médicamenteuses englobent un spectre large d'outils thérapeutique : les psychothérapies (psychanalytique, humaniste...), les médiations thérapeutiques (art-thérapie, zoothérapie.), les thérapies non médicamenteuses (kinésithérapie, ergothérapie, balnéothérapie, cryothérapie...), et l'approche environnementale (HAS, 2011). Elles permettent de compléter les traitements pharmacologiques et de faire face à la résistance thérapeutique. Elles tendent à réduire l'utilisation systématique du médicament, les posologies, ce qui a pour avantage de réduire le risque d'effets indésirables. Parmi les plus répandues, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) permettent de modifier un comportement via un nouvel apprentissage. Alliées à un traitement, elles réduiraient le risque de rechutes de certaines pathologies (Szekely & Polosan, 2010). L'art-thérapie et ses supports, dessin, peinture, musique, sculpture, propose de travailler les émotions quand les mots ne suffisent plus, c'est à la fois un moyen d'expression et de communication (Costes et al, 2021). Les techniques de désescalades verbales et les approches

sensorielles (comme les chambres de Snoezelen) pouvant être utilisé pour prévenir et apaiser des épisodes de crises aiguës (Theis et al, 2012).

La psychiatrie moderne est en outre traversée par deux courants majeurs qui peuvent être perçus comme opposés : thérapie institutionnelle et thérapie neuropsychiatrique. La première, évoquée précédemment, prône une approche humaniste et analytique. Son postulat pose l'institutionnalisation comme un espace transitionnel, dans lequel le patient peut reconstruire son identité au moyen de la parole, des activités collectives et à la démocratie institutionnelle. Elle met l'accent sur les dimensions sociales et symboliques de la folie (Oury, 2007). La thérapie neuropsychiatrique, qui se développe à partir des années 1980 en profitant des avancées de la recherche en neurosciences, se concentre sur les dysfonctionnements biologiques en lien des troubles mentaux (Fédération française de neurologie, s.d.). Les psychotropes, la remédiation cognitive ou la stimulation cérébrale sont utilisés pour corriger les déséquilibres neurochimiques. Ces deux approches semblent a priori antagonistes mais se complètent en fonction de la temporalité du soin. La thérapie neuropsychiatrique est privilégiée pour stabiliser les épisodes aigus afin de soulager les symptômes alors que la thérapie institutionnelle vise à stabiliser les phases de réhabilitation pour maintenir l'autonomie des usagers.

L'histoire de la folie et de son traitement a laissé des profondes traces dans les pratiques modernes de la psychiatrie : les pratiques de contention et d'isolement peuvent être perçues comme un héritage des logiques de contrôle et d'exclusion des asiles du XIX^e siècle. Des pratiques se sont transformées pour adopter une approche plus respectueuse de la dignité du patient, ainsi l'hydrothérapie et ses anciennes applications ont évolué en balnéothérapie, bains thérapeutiques ou piscine de relaxation (Fauche, 1997). Cela tend à montrer que la psychiatrie moderne est à la fois héritière et critique de son passé, cherchant à le concilier avec les exigences actuelles d'une prise en soins humaniste.

2.3 Contention physique

2.3.1 Statistiques et tendances des mesures de coercitions en France

En 2022 en France, 285.947 hospitalisations en temps plein de personnes majeures ont eu lieu en psychiatrie. 27% de ces hospitalisations (environ 76 000 personnes) l'ont été sous le régime de soins sous contrainte (Touitou-Burckard et al. 2024). Sur 76 000 patients

hospitalisés sans consentement en 2022, 37% (soit environ 28 000 personnes) ont été placés en isolement et 11% (soit environ 8 000 personnes) ont nécessité la mise en place d'une contention mécanique (Cf. Annexe 2). En 2021, les statistiques montraient déjà qu'un patient sur trois hospitalisé sans consentement avait été placé en isolement et qu'un patient sur dix avait fait l'objet d'une contention mécanique (Coldefy et al., 2022). Ces pratiques ne concernent pas seulement les hospitalisations sous contrainte. En 2022, les hospitalisations en soins libre ont donné lieu à 0.9% d'isolement et 0.2% de contention mécanique. Elle correspond à des situations d'urgence ou à une utilisation en dehors du cadre légal.

Plus de deux tiers des patients concernés sont des hommes, leur âge médian est 35 ans pour l'isolement et 37 ans pour la contention mécanique. Ces valeurs sont inférieures à l'âge médian des patients hospitalisés sous contrainte. Plus d'un quart d'entre eux présentent une vulnérabilité socio-économique et bénéficie de la complémentaire santé solidaire (C2S). De plus, ces patients ont un nombre de journées d'hospitalisation annuel supérieur à la médiane, par rapport aux patients hospitalisés sous contrainte n'ayant pas subi de mesures coercitives. Les hospitalisations à la suite d'une prise en charge aux urgences sont statistiquement plus enclines à les utiliser.

Les diagnostics médicaux, pour près de la moitié des hospitalisations concernées par l'isolement et la contention mécanique, relèvent de la prise en soins de troubles psychotiques, d'épisodes maniaques, de troubles de la personnalité ou du comportement. Ces troubles, souvent associé à des épisodes d'auto, ou d'hétéro agressivité et d'agitation psychomotrice, peuvent expliquer la surutilisation de ces méthodes coercitives. Ce phénomène se retrouve également dans la prise en soins des patients atteint de trouble du développement (comme le trouble du spectre autistique). Ces populations semblent vulnérables à l'utilisation de ces pratiques en partie à cause des difficultés à adapter les soins à leurs besoins spécifiques (Tezenas du Montcel et al. 2023).

En France près de 15% des établissements de santé autorisé aux soins sans consentement en psychiatrie déclarent ne pas utiliser la contention mécanique (Touitou-Burckard et al., 2024). Les données qualitatives issus du projet Plaid-care (Iresp, 2023) confirment que certains établissements parviennent à maintenir des pratiques de moindre recours à la coercition, mais que ces initiatives restent fragiles et dépendantes de l'engagement des équipes et du soutien des directions de soins. Les données de l'IRDES confirment que l'isolement et la contention restent des pratiques courantes en psychiatrie.

2.3.2 Définition et cadre législatif

La contention mécanique est définie par la Haute autorité de santé comme : « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant 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* » (Leboucher & Fleury, 2021).

En France, la loi de 2016 indique que la contention mécanique doit être utilisée en ultime recours quand tous les autres moyens d'apaisement ont échoué et être proportionnée au risque encouru. Elle est limitée dans le temps et motivée par décision médicale après un examen clinique et une concertation pluridisciplinaire. Elle est soumise à une surveillance et une traçabilité stricte. Elle est proscrite pour des mesures punitives, humiliantes ou pour pallier à des problèmes organisationnel ou institutionnel.

Sa mise en œuvre requiert une prescription médicale écrite et motivée, indiquant la durée initiale limitée à 6h. Cette durée peut être prolongée en cas de nécessité mais doit être réévaluée toutes les 24 heures par un psychiatre. Le patient doit bénéficier de deux examens médicaux par tranche de 24 heures. L'état physique et psychique doit être surveillé en continu par l'équipe soignante, qui doit également vérifier que le patient ait accès à l'alimentation, l'hydratation, et à l'hygiène. L'équipe doit également veiller à prévenir les risques de complications somatiques telles que les blessures, le risque thromboembolique, la rétention urinaire, la constipation, l'allongement du QT, la fausse route, ou les escarres. 42 décès liés à la contention ont été recensés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) entre 2011 et 2019 (Gaudron et al. 2020).

La contention mécanique peut être mise en œuvre uniquement dans un espace d'isolement dédié et approprié pour assurer la sécurité du patient. Cet espace doit favoriser l'apaisement, le repos et garantir l'intimité du patient. L'équipe soignante la mettant en œuvre doit être formée à cette pratique et disposer d'équipement médical (matériel de réanimation, défibrillateur...) pour pouvoir intervenir en cas d'urgence vitale. Sa mise en œuvre nécessite l'intervention d'au moins cinq soignants comprenant au moins un médecin pour éviter les risques de blessures. « *La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant. Si nécessaire, un traitement sédatif est administré d'emblée, autant que possible par voie orale* » recommande la HAS (2017).

Le patient doit être informé des raisons qui ont amené à la mise en contention et des critères permettant sa levée. Les informations données doivent être claires et adaptées à la compréhension du patient et répétées si nécessaire. Le patient doit être également informé de son droit à désigner une personne de confiance.

Une fois la contention levée, un entretien avec le patient doit être réalisé pour reprendre l'épisode, comprendre son vécu et identifier des stratégies de prévention pour la suite de la prise en charge. Un temps de reprise en équipe pluridisciplinaire doit être réalisé pour analyser les raisons de la mise en contention, les difficultés rencontrées, et de possibles alternatives pour réduire le recours à cette mesure. Chaque mise en contention mécanique doit être renseignée dans un registre en préservant l'anonymat du patient, de façon obligatoire depuis 2018. Ce registre fait l'objet d'une analyse régulière pour évaluer les pratiques et définir une politique permettant de limiter son utilisation (HAS, 2017).

2.3.3 Perception de la contention physique, son impact émotionnel et psychologique sur la relation soigné-soignant

La contention mécanique est une pratique souvent vécue comme une expérience traumatisante voire humiliante pour les patients (Frueh et al. 2005) : « *L'utilisation de procédures de contrôle, telles que l'isolement et la contrainte, peut récapituler les expériences traumatiques antérieures et ainsi exacerber les symptômes de stress post traumatique ou d'autres maladies mentales* ». Le patient perçoit dans la contention mécanique le reflet d'une violence institutionnelle, une perte de contrôle et une atteinte de sa dignité. Les émotions les plus couramment rapportées sont la peur, la colère, la honte et un sentiment d'abandon (Bellahsen, 2023).

« *La souffrance de la contention était telle que je me forçai à la conscientiser en détail pour ne plus jamais être tentée de retourner aux urgences [...] ils créaient en moi des émotions que je devais en plus contenir, [...] ça a impacté mon rapport à la psychiatrie, ça m'a rendu hostile et critique* ». « *Je me souviens très bien de l'angoisse, de la douleur d'être toujours dans la même position et de l'absence de sens que ça avait pour moi* ». « *Être contentée pour moi a été une façon de revivre ce traumatisme violent : ne pas pouvoir bouger et cette grande souffrance...* » : plusieurs témoignages tirés du livre de Mathieu Bellahsen décrivent une déshumanisation dans la prise en soins, entraînant une rupture de la relation de confiance soigné-soignant, un sentiment de trahison, surtout en cas de contention mécanique perçue comme injustifiée ou disproportionnée. Cette expérience traumatisante

peut également entraîner des séquelles psychologiques : flashback, cauchemars, anxiété généralisée, compliquant l'adhésion aux soins. Cette pratique renforce le sentiment de stigmatisation associé à la maladie mentale.

Pour les soignants cette pratique entraîne des sentiments ambivalents. En effet elle est souvent perçue comme une nécessité clinique afin de garantir la sécurité des patients et de l'équipe soignante. Cependant, elle est aussi une source de culpabilité, de détresse morale et de fatigue émotionnelle (Huguet, 2018). Cette pratique peut entraîner un conflit éthique entre le devoir de protection et les valeurs morales visant à garantir le droit inaliénable à la liberté et à la dignité des patients. L'asymétrie de la relation de soin renforce cette dynamique. Une étude réalisée en 2011 suggère « *plusieurs relations significatives entre les attitudes envers l'isolement et l'optimisme thérapeutique, la satisfaction au travail et le burnout. Les participants avec des scores d'optimisme plus élevés, une motivation intrinsèque élevée, un faible épuisement émotionnel et des réalisations personnelles élevées étaient plus susceptibles de répondre négativement à l'utilisation de coercition* » (Guivarch & Cano, 2023).

Cette étude montre aussi que les infirmiers ressentent souvent un sentiment d'impuissance et de désespoir après avoir participé à une contention, d'avantage si celle-ci s'accompagne de résistance ou de détresse du patient. Dans la durée cette pratique peut contribuer à un épuisement professionnel des soignants, majorée en l'absence de soutien psychologique ou de débriefing en équipe pluridisciplinaire. Cette pratique confronte les valeurs du soin infirmier à une certaine réalité du traitement de la maladie mentale.

2.4 Infirmier en psychiatrie

2.4.1 Les valeurs du soin infirmier à l'épreuve de la maladie mentale

« *Pour ne pas recourir aux mesures coercitives, il suffit parfois de réinvestir, simplement, la relation, principe actif du soin, d'habiter totalement son rôle propre, d'être là, ouvert et disponible pour favoriser la rencontre avec l'autre, le considérer* » rappelle Loïc Rohr, infirmier et chercheur participant au projet PLAID-Care (11^{es} rencontres soignantes en psychiatrie, 2021).

L'infirmier en psychiatrie porte des valeurs humanistes : l'empathie, le respect, l'écoute, mais surtout la dignité et la promotion de l'autonomie guident ses pratiques (Bernard, 2011).

Cependant, comme évoqué dans le précédent chapitre, ces valeurs fondamentales au soin relationnel rentrent en confrontation avec l'utilisation de la contention mécanique. Ce dilemme est particulièrement vrai en psychiatrie où la prise en soin des patients repose sur une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique. Deux éléments fragiles, facilement mis à mal par l'utilisation de mesures coercitives.

Le patient en psychiatrie doit souvent faire face à une souffrance psychique. La HAS (2018) la définit comme, « *un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles* ». Cette souffrance « *est autant un appel au lien, au lien de l'autre, celui qui peut écouter, qu'un appel à l'acte, à l'acte médical, à l'acte soignant, apaisant, résolutif et thérapeutique* » (Morasz et al., 2012). Cet appel au lien, d'un point de vue soignant, doit s'envisager à travers le respect de la dignité et de l'autonomie du patient.

La dignité du patient est encadrée législativement par l'article L1110-2 du Code de la santé publique : « *La personne malade a droit au respect de sa dignité* », c'est un droit fondamental inscrit dans la constitution de 1958 et de 1946, la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen et appuyé par la loi du 4 mars 2002. La dignité est l'ensemble des valeurs donnant sens à l'existence humaine, c'est reconnaître l'autre dans sa complète humanité. La dignité s'exprime aussi en reconnaissant l'autonomie d'autrui.

L'autonomie, c'est « *le droit de prendre sa propre décision, qui avec les principes de bienfaisance, de non-nuisance et de justice préside aux actions et décisions en médecine et en santé publique. Respecter l'autonomie d'un individu signifie respecter la personnalité et la dignité de toutes les personnes, dont l'approbation consciente basée sur une information fondamentale (consentement éclairé) est une condition pour tout traitement médical ou toute recherche.* » L'autonomie passe notamment par le droit à l'information du patient reconnu par loi du 4 mars 2002 et son droit à prendre les décisions concernant sa santé, défini par l'article L1111-4 du code de la santé publique qui souligne la nécessité du consentement du patient.

À la lumière de ces concepts, comment la contention mécanique peut-elle s'accorder avec les valeurs fondamentales de la pratique soignante et la notion de consentement du patient ? Comment des mesures coercitives peuvent-elles être compatibles avec une prise en charge humaniste ? Ce paradoxe est une invitation à une réflexion sur les moyens de préserver l'humanité des soins, même dans des épisodes de crise.

2.4.2 Pratique professionnelle, les techniques alternatives

« *On peut juger de la valeur des infirmiers, par le petit nombre des moyens de contention qu'ils emploient, un personnel bien instruit n'en fait usage qu'exceptionnellement.* » (Marchand & Mignot, 1912). S'il est légalement et éthiquement admis qu'il faut privilégier la prévention et les mesures alternatives à la contention, quelles outils le soignant a-t-il à sa disposition pour le faire ? Par endroits, de véritables formations et protocoles existent (Huguet, 2018). En 2016, la HAS publie un ensemble de méthodologies pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence. La prévention s'articule sur trois niveaux : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire regroupe l'ensemble des actions mises en place en amont d'une situation de crise. Elle englobe la formation des professionnels de santé et le soutien alloué à leurs initiatives en la matière, l'écoute des besoins des patients et le respect de leurs droits, une politique institutionnelle favorisant l'utilisation de techniques alternatives et le refus de la banalisation des mesures coercitives, la création de groupes de travail sur ces questions. Elle met l'accent sur une prise en soin personnalisé des patients, un suivi médical régulier et une organisation de la rencontre du patient (accueil, tour des soignants, porte des bureaux de soin ouverte). Elle a pour objectif d'établir des stratégies pour réduire la fréquence des épisodes de crise aiguë et d'ainsi limiter la nécessité d'une contention en s'appuyant sur des indicateurs (nombre de contentions et analyse des situations où celle-ci a été évité grâce à des stratégies alternatives).

La prévention secondaire comprend toutes les stratégies mises en place pour faire face aux patients agités, en tension psychique, pour éviter une mise en contention. Ces techniques alternatives, dont le n°260 du magazine *Santé mentale* dresse une liste non exhaustive (Lanquetin, 2021), sont autant de moyens pouvant être utilisés en service par des professionnels de santé formés à leurs usages. Elles comprennent des stratégies de diversion, comme la dérivation qui propose de rediriger la tension émotionnelle vers un autre point de stimulation, ou encore le décalage, c'est-à-dire transposer mentalement la situation dans un autre contexte, si possible avec humour.

D'autres techniques misent sur la performance du dialogue, par exemple la désescalade où le soignant parle avec un ton de moins que le patient et évite toute attitude physique dominatrice, et le maintien du dialogue, qui invite à tout mettre en mot pour éviter les interprétations. Certaines techniques font appel au corps, comme le dégagement qui prône le déplacement vers un environnement non confiné, les petits pas pour accompagner le patient sans imposer de rythme, en s'adaptant à la tasinésie, l'akathisie ou la

déambulation qui accompagnent parfois les épisodes agités, ou encore le rapprochement thérapeutique, où sans contact, le corps du soignant qui s'approche apaise.

Les techniques alternatives sont pensées pour intervenir à différents moments, être adaptées à la situation : la création d'un espace d'apaisement peut ainsi servir à prévenir l'apparition d'une phase agitée, l'accolade thérapeutique, à désamorcer un début d'agitation, quand le dialogue de crise (Cf. Annexe 3) et l'immobilisation thérapeutiques interviennent plutôt dans la gestion d'une phase aiguë.

Enfin, la prévention tertiaire intervient après le paroxysme de la crise aiguë et de sa prise en charge. Elle évalue le processus décisionnel ayant conduit à la contention. Elle permet d'observer la période de stabilisation post-crise et d'analyser les moments de reprise, tant au sein de l'équipe pluridisciplinaire qu'avec le patient. Son objectif est de garantir une continuité des soins optimale et de réduire la nécessité de recourir à la contention mécanique. *« Il s'agit de 'travailler sur les représentations avec les équipes de façon à ce que ces antécédents restent prédictifs et non pas prophétiques'. Il s'agit, devant un phénomène de répétition, de limiter la participation des soignants à l'entretien de ce phénomène »*, indique le Centre Ressource Métiers et Compétences en psychiatrie (CRMC, 2017).

Des alternatives à la contention existent donc, mais les services semblent peu s'en emparer, écrit Dominique Friard (Friard, 2021). L'infirmier parle même d'un retour en arrière, alors que dans les années 2000, *« la contention (...) revoyait à un insupportable. Elle n'était tout simplement pas compatible avec le soin tel qu'ils le concevaient. Les valeurs semblent s'être aujourd'hui inversées. »* Cela mène à interroger cette pratique dans notre recherche.

3 Problématisation et question de recherche

Le cadre théorique qui précède nous permet d'éclaircir les notions clefs de ce travail d'initiation à la recherche. Le patient en psychiatrie, autrefois dénommé le « fou » puis « l'aliéné », a toujours dérangé la société : l'histoire témoigne de son exclusion, par le bannissement puis l'enfermement. Il est craint, car l'agitation et la potentialité de la violence font partie des expressions caractéristiques de la folie, même dans l'œil des soignants, bien que certains médecins soulignent que la maladie mentale en elle-même ne joue qu'un rôle

mineur dans l'apparition de la violence, souvent engendrée par plusieurs facteurs externes et internes (environnement, histoire du patient, vécu de l'hospitalisation, etc.).

Si l'institutionnalisation marque le début de l'approche de soin (les premiers aliénistes du XIXe ont en effet pour objectif de guérir le trouble psychique), dans les faits, ces asiles sont des lieux où sont enfermés des personnes considérées comme indésirables et / ou dangereuses. Les conditions de vie n'y permettent généralement pas une amélioration de l'état du patient. Il faudra attendre les années 1950 pour que cette approche soit critiquée et que des approches du soin psychiatrique plus respectueuses de la personne émergent. Cependant, la loi du XIXe siècle reste en vigueur jusqu'à l'orée des années 2000, là seulement, les notions de droits du patient et de sa participation active à la démarche de soin sont entérinées dans la loi. Quant à la contention, son encadrement légal n'a pas encore dix ans.

Les hommes d'âge moyen sont surreprésentés parmi les patients concernés par la contention mécanique. Les troubles psychotiques et du comportement, accompagnés d'auto ou hétéro agressivité, sont le cas de figure le plus courant. Cependant, certains établissements parviennent à se passer de la contention mécanique alors qu'ils accueillent des patients atteints de ces troubles.

La loi de 2016 encadre la contention mécanique et la définit comme un dernier recours, qui doit être proportionnel au risque que représente le comportement du patient. La pratique n'est en effet pas anodine : elle peut entraîner une souffrance psychique chez le patient, des complications somatiques et dans certains cas, des décès. Elle peut nuire à la relation avec l'équipe soignante. La contention n'est pas sans conséquence pour les soignants et peut, chez eux aussi, entraîner des souffrances psychiques telles que la culpabilité et la fatigue morale. Certains travaux suggèrent aussi que le recours à la contention peut être favorisé par un état de fatigue et de pessimisme du soignant. La contention affecte donc l'ensemble de la relation soignant-soigné.

Les conséquences pour les soignants peuvent partiellement s'expliquer par le fait que le respect de la dignité et de l'autonomie du patient, guident leurs pratiques. Dans le cas de l'infirmier en psychiatrie, la question de la compatibilité entre recours à la contention et le principe de soin relationnel se pose. La relation avec le soignant est, d'après certains auteurs, l'un des « principes actifs » du soin psychiatrique. Les courants plaidant pour une humanisation du soin psychiatrique insistent tous sur le lien avec l'équipe soignante, nécessaire pour que le patient puisse devenir acteur de sa démarche de soin. L'institution psychiatrique doit participer à l'amélioration de l'état du patient et non l'inverse, sous peine

de favoriser le syndrome d'institutionnalisation totale qui prive le patient de son autonomie et peut aggraver ses troubles.

Considérant cette difficulté que peut poser la contention, la question de la persistance de son emploi à notre époque se pose. Cela fait 70 ans que l'approche coercitive de la psychiatrie est remise en question et que des techniques alternatives sont formalisées, plus de vingt ans que les droits des patients sont consacrés. Mais certains auteurs suggèrent plutôt un retour en arrière, qu'ils attribuent à une crainte croissante de la violence et un manque de moyen humains. Ou est-ce plutôt un vestige de la « culture de l'entrave » qui caractérise l'histoire de la psychiatrie de ces deux cents dernières années ? Des services semblent cependant réussir à se passer du recours à la contention.

Serait-ce alors la simple possibilité du recours à la contention qui mène l'infirmier en psychiatrie à l'utiliser, plutôt que de mettre en place des techniques alternatives ? C'est cette problématique de recherche qui sera confrontée à des entretiens semi-directifs de soignants, réalisés à la façon d'une étude comparative entre des services ayant la possibilité de mettre en place une contention mécanique et des services ne pouvant pas l'utiliser. L'hypothèse sera testée au regard d'autres facteurs, comme la perception des patients, de l'acte de contention, la connaissance des pratiques alternatives, afin de comprendre lesquels influent sur les actions des soignants.

Compte tenu de ces différents éléments, notre questionnement se repose ainsi :

Dans quelle mesure, la possibilité du recours à la contention physique altère-t-elle la capacité de l'infirmier en psychiatrie à user de techniques alternatives pour contenir un patient agité ?

Afin de confronter ces éléments nous réalisons notre enquête de terrain selon les modalités suivantes : trois infirmiers en psychiatrie, exerçant dans des services ayant la possibilité d'un recours ou non à la contention, feront l'objet d'entretiens autour de nos thèmes de recherche. L'un d'entre eux est infirmier en pratique avancé, les deux autres, infirmiers diplômés d'Etat.

4 Enquête de terrain

4.1 Méthodologie

Cette enquête de terrain a pour objectif de préciser les concepts précédemment abordés et de comprendre comment les infirmiers en psychiatrie perçoivent nos trois notions centrales qui seront également nos mots clés : **le patient en psychiatrie, la contention mécanique et l'infirmier en psychiatrie.**

Nous mènerons une recherche qualitative inductive, c'est-à-dire sans faire part aux personnes interrogées d'une quelconque hypothèse, mais en utilisant un guide d'entretien qui reprend les notions pertinentes.

4.1.1 Choix de l'outil

Un guide d'entretien (Cf. Annexe 4) paraît pertinent car il permet d'aborder les notions nécessaires à notre réflexion sans pour autant influencer le sujet de l'enquête. Le choix des questions ouverte favorise l'exploration libre des sujets, avec la possibilité de relances pour préciser les thèmes recherchés.

Lors des entretiens, après de brèves présentations mutuelles, la question initiale porte sur les patients et notamment les situations qui mettent le plus le soignant en difficulté. L'objectif de cette première question est de comprendre la perception que les soignants ont de l'agitation et de la violence des patients. Cela permet de définir si ceux qui utilisent la contention ont une perception différente du comportement des patients que ceux qui ne l'utilisent pas, ou au contraire, s'ils ont la même perception et adaptent des comportements différents en réaction (cf. choix de la population d'enquête). Les relances précisent la notion de « profil type », de potentialité de la violence et des facteurs qui favoriseraient les situations difficiles.

La deuxième question aborde explicitement la notion de contention, de façon générale, en demandant au soignant ce qu'il en pense. Les relances servent à préciser si, à son avis, cette pratique peut être considérée comme un soin, mais aussi comment il la pratique afin d'éclairer sa connaissance du cadre légal. Une autre relance permettra de lui faire aborder les pratiques alternatives et enfin, une dernière s'intéresse à l'évolution de sa vision de la

contention durant sa carrière. Les réponses servent donc à définir le positionnement du soignant face à cette pratique et à en comprendre les raisons.

L'entretien aborde enfin la vision que l'infirmier en psychiatrie a de son rôle, en lui demandant initialement ce qui pourrait l'aider à faire face à une situation d'agitation d'une façon qui corresponde à ses valeurs. En le plaçant dans la projection, le but de cette question est de lui faire évoquer en creux ce qui n'est pas idéal dans les situations auxquelles il fait face au quotidien, mais aussi ce qui l'aide actuellement et ses valeurs de soignant, notion sur laquelle il sera relancé. Une autre relance aborde la notion de formation et une dernière, celle de la réflexion à mener dans les équipes, afin de lui faire aborder la dimension structurelle de sa pratique, qui s'inscrit dans le collectif d'un service.

L'ambition de cet entretien est d'obtenir des éléments de témoignage qui viennent enrichir la réflexion initiée dans la partie théorique de cette recherche.

4.1.2 Présentation de la population enquêtée

Le choix de cette population est en lui-même un élément de réponse à la question de notre recherche. En effet, notre problématique est de savoir si la possibilité du recours à la contention influence la mise en place de techniques alternatives. Il semble donc logique de mener une étude comparative entre une population de soignants pouvant mettre en place une contention et une population n'y ayant pas accès.

Le premier entretien (Cf. Annexe 5) s'est déroulé avec un infirmier en pratique avancée que nous nommerons IDE.1, diplômé depuis 2014 en tant qu'IDE et IPA depuis 2023. Son parcours l'a amené à travailler en HDJ, en CATTP, en CMP et aux UHP. Il suit une L2 de psychologie et a débuté une formation en sexologie clinique en parallèle. L'entretien c'est déroulé en dehors d'une structure de soins.

Le deuxième entretien (Cf. Annexe 6) a été mené avec un infirmier diplômé d'état que nous appellerons IDE.2, diplômé depuis 2019. Son parcours l'a amené à effectuer six stages en psychiatrie lors de ses trois ans d'études en IFSI. Il a connu des expériences professionnelles en service de moyenne et longue évolution, dans une unité d'entrée, aux UHP, en UPA, mais aussi en psychogériatrie, en CATTP, et en HDJ. Il a travaillé cinq ans dans un service d'entrée psychiatrique pour ensuite demander sa mutation aux UHP, où il travaille depuis un an.

Le troisième entretien (Cf. Annexe 7) a été conduit avec un infirmier diplômé d'état que nous nommerons IDE 3, il exerce depuis 25 ans en psychiatrie. Son parcours professionnel l'a amené à travailler 5 ans en service d'entrée, puis en service de moyenne et longue évolution et 5 ans en service d'addictologie. Il travaille à ce jour en HDJ.

4.2 Analyse thématique

4.2.1 Le patient en psychiatrie : inadaptation et responsabilisation

4.2.1.1 Décompensation, évaluation empirique et imprévisibilité

Les trois IDE interrogés pendant l'enquête de terrain évoquent la difficulté de gestion d'un patient en phase de décompensation. Ce moment de rupture avec le réel se traduit de différentes façons, « *un discours incohérent, un discours de persécution, une colère indéfinie, une angoisse majeure palpable, un regard mauvais, un regard noir* » énumère l'IDE 3, avant de résumer cet état comme « *une ivresse* ». Conformément aux statistiques évoquées dans le cadre théorique, la schizophrénie est largement représentée dans les perçues comme situations difficiles par les soignants. Ce trouble est le motif le plus courant de prise en charge chez les hommes, qui représentent deux tiers des mises en contention (Drees 2024).

Conformément à ce qui ressort des recherches initiales, les situations où la coercition peut apparaître sont celles où le dialogue n'est plus possible : « *Il est complètement dans son délire. Il ne te reconnaît plus. Il n'y a plus de discussion. Tu n'as pas beaucoup de marge de manœuvre. La maladie a pris le dessus. Il faut l'aider au maximum. Et ça, c'est vraiment la phase haute avant la décompensation.* » relate l'IDE 3. L'IDE 1 évoque également la tachypsychie comme le signe le plus inquiétant à son avis. Les délires, hallucinations et désorganisation de la pensée représentent effectivement 47 % des contentions mécaniques (Touitou-Burckard et al. 2024).

La crainte de la persécution semble difficile à gérer, c'est parfois cette rupture absolue de confiance en l'équipe médicale qui entraîne, paradoxalement, une situation de coercition. « *On sentait que le patient était sthénique, énervé, on sentait qu'il était indécidable dans ses propos, persécuté par l'équipe soignante, on sentait qu'il en avait après les ambulanciers (...) même en essayant de fuir la situation pour qu'il s'apaise un peu, ça ne fonctionnait pas, on savait que ça allait mal finir* », explique l'IDE 2 en décrivant une situation

ayant mené à une contention mécanique, avant d'ajouter « *et connaissant le patient aussi, parce qu'il a des antécédents de violence sur le personnel, on a senti la chose* ». Ici l'antécédant de violence crée donc une anticipation de la dégradation de la situation chez le patient et au sein de l'équipe, qui mène effectivement à une mise en contention après un passage à l'acte hétéro-agressif du patient en question. Cet exemple semble illustrer ce qu'évoquent Haefliger & al. (2003) lorsqu'ils citent l'anamnèse de la violence comme l'un des facteurs favorisant l'apparition de moments critiques.

La notion d'antécédents dans la relation entre le patient et l'univers du soin psychiatrique apparaît comme un élément central, l'IDE 1 note ainsi que « *le premier accueil, il est primordial en psychiatrie : si jamais ça se passe mal – vu que plus que dans n'importe quelle spécialité, c'est une rencontre – ton patient, il ne reviendra pas.* » Une réalité reconnue par la HAS (2016) qui indique que le contexte du service et le régime d'hospitalisation sous contrainte peuvent favoriser la survenue des moments critiques. Cela participe peut-être au fait qu'un patient sur trois hospitalisé sous contrainte sera confronté à l'isolement et un sur dix, à la contention (Touitou-Burckard et al. 2024).

La rencontre est importante pour nuancer la perception des patients « difficiles » : en effet, la dissociation avec la réalité n'est pas forcément liée à des passages à l'acte problématiques. L'IDE 3 explique ainsi que certains patients restent délirants malgré les traitements, « *mais ils sont stables. Même s'ils restent un peu fous, un peu dissociés (...) on sait qu'ils arriveront à vivre comme ça. On a plein de patients délirants. Mais ils sont calmes.* »

Face à cette complexité, les trois IDE ont recours à une évaluation empirique : tous parlent de « petits signes » avant-coureurs et les deux IDE ayant les plus longues carrières soulignent l'importance de l'expérience pour évaluer la potentialité d'un passage à l'acte. L'observation est la clef de l'anticipation, tout comme la connaissance du patient, abordée au paragraphe suivant. L'IDE 2 évoque aussi l'existence de croyances dans son service, liées à la lune et au changement de saison : cela pourrait traduire un besoin de trouver du sens à des changements de comportement imprévisibles.

Cette notion de « *l'explosion imprévisible* » est en effet présente dans les trois entretiens. Elle rappelle les « *accès de manie* » évoqués par les aliénistes du XIXe. La compréhension de ces crises a cependant progressé. L'IDE 1 souligne qu'une évaluation n'est valable qu'au moment où elle est faite et peut devenir caduque quelques minutes après « *On le voit avec le raptus anxieux (...) Ton patient, tout va bien. Pouf, il se retrouve bientôt avec une frustration monstre qui va bloquer toutes ses capacités d'adaptation. Il va faire un passage à l'acte indétectable.* » Le risque zéro n'existe donc pas dans certaines

pathologies. L'IDE 3 résume son attitude face à cette réalité « *Le patient il va très bien, d'un coup, il se lève et vlan ! (...) qu'est-ce qu'on fait ? On protège les autres patients. Pour éviter qu'il y ait un sur-choc. Si nous, on est en danger, on s'isole. Il casse tout, il casse tout hein. C'est pas grave. »*

4.2.1.2 Le patient en psychiatrie, c'est un contexte

Tous les IDE insistent sur l'importance des événements extérieurs dans l'occurrence des passages à l'acte hétéro ou auto-agressifs. « *T'en as qui décompensent même avec un traitement, parce qu'il y a un élément déclencheur, la perte de quelqu'un, un relais par exemple de soignants sur le suivi, ça peut être des éléments qui paraissent banals mais qui peuvent perturber les patients fragilisés* » explique l'IDE 2. L'IDE 1 évoque pour sa part l'exemple d'une patiente psychotique qui « *parle à Dieu tous les jours* ». Cette patiente a un antécédent d'acte auto-agressif « *Elle s'est déjà immolée, suite à un délire de filiation. Elle pensait qu'elle allait être enceinte de Dieu et ce n'est pas arrivé : la date butoir, c'est le 19 juin.* » Il indique être particulièrement attentif à cette patiente à cette date.

L'IDE 3, amené à voir ses patients quotidiennement, insiste lui aussi sur le fait que la connaissance du patient permet de déceler un changement dans son comportement et, parfois, d'anticiper l'arrivée d'un moment critique : « *On voit très bien que le patient n'est pas comme d'habitude. Et que là, par rapport à son histoire, des fois c'est lié à des dates anniversaires, il y a peut-être des éléments qui déclenchent, d'autres qui ne déclenchent pas. (...) ça peut être d'autres facteurs extérieurs, une contrariété judiciaire, financière, quelque chose qui peut être adapté ou pas adapté.* » Dans son cas, le dispositif des visites à domicile apporte des éléments d'informations qui peuvent s'avérer précieux : le patient peut présenter un comportement habituel mais la dégradation de ses conditions de vie est un signal à prendre en compte. Ces pratiques sont à rapprocher de la prévention primaire décrite par la HAS, qui englobe l'ensemble des mesures visant à prévenir l'apparition de moments critiques.

La force du lien préalable entre soignant et patient conditionne donc la capacité du soignant à détecter une éventuelle difficulté pour le patient, mais aussi sa possibilité de créer les conditions d'une désescalade. L'IDE 3 le résume en ces termes : « *Il ne veut pas prendre son cachet. Moi, je vais le voir. Ok, tu fumes ? Tu veux une clope ? Viens, on fume une clope. On discute. Le contact, c'est important. Si tu as du contact avec tes patients, tu vas tout gagner. C'est la base du boulot.* » Il souligne l'importance de maintenir le lien dans les

moments difficile, en allant par exemple voir le patient lorsqu'il est hospitalisé hors de son service. Cela se rapproche de la prévention secondaire, où les techniques alternatives visent à maintenir le dialogue pour éviter l'escalade de la situation vers le paroxysme d'une crise.

L'IDE 1 évoque lui-aussi l'importance de considérer le patient dans son ensemble et dans sa relation avec le soignant : « *Ton patient violent, il n'est pas qu'un patient violent, c'est aussi un patient qui a une pathologie, une histoire. (...) Il y a des gens qui t'aiment. Des gens qui t'aiment pas. (...) Et les patients, c'est pareil. (...) Je pense que dans une situation conflictuelle, si t'as moyen, tu passes la main. Si jamais tu vois que ça ne va pas coller, ça ne va pas le faire.* » « *Quand on voit un patient avec qui ça risque de mal se passer, s'il y a un soignant qui a une meilleure accroche avec ce patient-là, on va favoriser ce soignant-là, histoire de désamorcer un peu* » abonde l'IDE 2.

Le contexte interpersonnel est donc essentiel : la connaissance mutuelle et le lien facilitent l'apaisement. Mais parfois, d'autres facteurs extérieurs viennent perturber la situation. Les trois IDE évoquent unanimement la toxicomanie des patients comme facteur favorisant les décompensations. « *Les neurotransmetteurs des toxiques et des médicaments, c'est les mêmes, quand ils sont blindés par les toxiques, tes traitements font beaucoup moins effet* » indique l'IDE 2, évoquant aussi certaines consommations de drogues « *dans le but de moins prendre de traitements.* »

La prévalence des patients touchés par la toxicomanie et l'alcoolisme peut être comprise comme un indice que la psychiatrie joue un rôle de « *régulateur social* », ce qu'évoque d'ailleurs explicitement l'IDE 1. Pour lui cela englobe non-seulement la toxicomanie, mais aussi des patients aux pathologies ne relevant pas de la psychiatrie, secteur qu'il décrit à regret comme une « *voie de garage* ». « *On est garants de la 'norme sociale'. Tout ce qui ne convient pas à l'extérieur va venir en psychiatrie, constate l'IDE 1. (...) Tous les patients qui ne sont pas intéressants pour les autres spécialités ou potentiellement problématiques, je pense à tout ce qui peut être déficience mentale, troubles du comportement (...) en général, ils finissent chez nous.* » Alors que la circulaire du 15 mars 1960 stipule que l'hôpital n'est plus « *un 'asile' où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses dans la société* », ce témoignage suggère que cet héritage semble perdurer dans une certaine mesure.

L'IDE 1 souligne la difficulté de gérer ces pathologies ne relevant pas de la psychiatrie, souvent caractérisées par une intolérance à la frustration et des crises clastiques. Une difficulté qui peut mener à l'utilisation de la contention car le soignant est frustré par son impuissance, la fatigue liée à cette impuissance et les difficultés inhérentes à ces

pathologies (par exemple la redite constante). « *Il y a des moments, quand tu les contentionnes, tu te dis que c'est con, mais ça te fait plaisir à toi-même. Et je pense qu'il faut se l'avouer* » déplore-t-il. Tezenas du Montcel et al. (2023) indiquent également que les personnes atteintes de troubles du développement et du spectre autistique sont plus vulnérables à l'utilisation de la contention, en raison de l'inadaptation des soins à leurs besoins spécifiques. Cette réalité résonne avec les travaux de Guivarch & Cano (2023), qui montrent qu'un soignant avec un plus faible épuisement émotionnel et un score d'optimisme plus élevé sera plus susceptible de répondre négativement à l'idée de l'utilisation d'une mesure coercitive.

Ainsi, le patient est à prendre en compte dans son contexte personnel (histoire, croyances, situation sociale), le contexte de sa relation avec l'équipe soignante mais aussi dans un contexte social et médical plus large, qui semble suggérer que la psychiatrie reste un secteur où sont adressés ceux considérés comme indésirables.

4.2.1.3 Responsabilisation des patients : un progrès à double tranchant ?

Malgré la persistance de certains héritages de la psychiatrie, c'est l'implication du patient dans son parcours de soin a fortement évolué depuis les lois passées ces 30 dernières années. Cette évolution éthique et légale est pleinement intégrée par les soignants. L'IDE 1 rappelle ainsi que le patient est « *la première personne concernée. (...) On veut absolument qu'il soit acteur de son soin.* » Donc, même en cas de passage à l'acte, il insiste sur l'importance de reprendre le dialogue dès qu'il est à nouveau possible : « *reprendre avec lui pour essayer de lui faire comprendre. Là, ça a déconné. Qu'est-ce qu'on peut faire pour que ça aille mieux ?* » Cette approche correspond par ailleurs à la prévention tertiaire définie par l'HAS.

L'IDE 3 évoque le travail de réadaptation psychosociale mené par son service, part intégrante du soin mais passant par la médiation sportive ou culturelle, par exemple, pour sortir les patients de l'apragmatisme et les inciter à prendre des initiatives par la suite. « *Le but, c'est d'être sociabilisé,* souligne-t-il. *Qu'ils puissent vivre correctement (...) Il y a des objectifs thérapeutiques, genre autonomiser le patient, qu'il puisse prendre les transports seul, qu'il puisse avoir un logement seul...* » Ce parcours est mené à long terme, peut durer quelques mois ou des années, selon le patient. Il s'inscrit dans la notion de thérapie institutionnelle élaborée à partir des années 50, qui vise à autonomiser le patient dans un

cadre sécurisant et sain, afin d'éviter le syndrome d'institutionnalisation total et les pertes d'initiative et de capacité de réadaptation qu'il entraîne.

L'implication du patient se fait également dans les situations d'urgence, dans la mesure du possible. « *On essaie de leur expliquer la prise en charge, il y en a, c'est impossible qu'ils passent par autre chose que la chambre d'isolement*, explique l'IDE 2. *On essaie de leur expliquer qu'en fonction de leur état psychique, de leur comportement aussi, la prise en soins sera plus ou moins rapide.* » S'il semble louable d'expliquer clairement au patient ce que va être son parcours, la dernière phrase peut poser question : est-ce que le patient est alors tenu responsable du fait que sa prise en charge soit plus longue, en raison de son comportement ?

Un autre extrait de l'entretien avec l'IDE 2 interpelle à ce sujet. « *Il y en a, ils vont s'agiter, mais plus pour nous mettre en difficulté que parce qu'ils sont malades. Ils vont s'agiter plus pour nous faire mal que parce qu'ils sont délirants sur un instant T. Donc on va leur expliquer que la décision de l'hospitalisation, elle est prise (...) ils vont être accompagnés en chambre d'isolement, qui, si ça se passe, mieux ça se passera, plus court sera le temps en chambre d'isolement et de la contention, si contention il y a* » détaille l'IDE 2.

Ces propos semblent relever du rapport de force, plutôt que d'un rapport de soin : le patient est décrit comme agissant pour « *mettre en difficulté* » volontairement l'équipe. La quantité de coercition à laquelle il sera confronté dépendra donc de sa bonne volonté. Cela peut traduire, comme évoqué précédemment, la présence de patients ne relevant pas du soin psychiatrique. Cela peut aussi être compris comme une conséquence du contexte d'hospitalisation en urgence et souvent sous contrainte, qui crée un préalable favorisant l'apparition de moments critiques.

Ou alors, cela peut être perçu comme une dérive de la responsabilisation des patients : considérés comme pleinement acteurs de leur maladie et responsable de ses actes. Une perception à rebours de celle entérinée par l'histoire du soin en psychiatrie, depuis Pinel qui écrivait dans son traité de 1801 que les « *aliénés* » ne sont pas coupables et nécessitent « *tous les égards dus à l'humanité souffrante* ». Cette ambivalence entre soin et coercition dans la perception de la contention des patients transparait dans la suite de cette enquête de terrain.

4.2.2 Contention, quand le soin ne suffit plus

4.2.2.1 Dernier recours, solution bancale ou soin comme les autres

Unaniment, la contention est présentée comme une solution qui intervient lorsque toutes les autres approches ont échoué à apporter une désescalade. L'IDE 1 cite l'exemple d'une patiente « *qui s'auto-mutilait jusqu'au point qu'on voyait ses adipocytes au niveau des jambes. Elle était emmenée aux urgences tous les jours et tous les jours quand elle revenait elle arrachait ses points et ressaignait. La seule solution pour que ça cicatrise au minimum, c'était de l'empêcher d'accéder à ses plaies. Là, ce n'était pas la situation la plus optimale, mais c'est ce qu'on avait trouvé comme solution un peu bancale.* » L'impuissance à protéger le patient de lui-même a ici mené à sa contention : cette dernière s'inscrit bien dans le cadre de la loi de 2016 la présentant comme un dernier recours face à un « *dommage immédiat et imminent* ».

L'IDE 3 partage cette vision, tout en soulignant que la contention seule est inutile. « *Le but de la contention, c'est d'éviter la mise en danger de la personne. Si la personne est suicidaire, par exemple, on va l'attacher avec une sédation pour l'apaiser. Si la personne est hétéro-agressive, pareil, tu vas la canaliser parce qu'elle est délirante, elle fait des fausses reconnaissances. Mais, si c'est une contention seule, pour moi, ça ne sert à rien du tout : il faut une association entre contention et médicament.* » Il indique qu'une contention sans traitement médicamenteux peut empirer la situation, en rendant le patient encore plus hostile à la fin de la contention.

Une contention sans traitement peut aussi entraîner des risques somatiques, comme souligne l'IDE 2 : « *Si tu le contentionnes, qu'il est agité, il va s'épuiser, potentiellement se luxer l'épaule, le genou, une hanche, il va se débattre. Donc il peut potentiellement se mettre en danger. Mais si tu allies ça avec un traitement, je le prends vraiment plus comme un soin.* »

L'IDE 2 admet par ailleurs que sa vision de la contention a évolué en intégrant un service qui la pratique régulièrement : « *J'avais ce point de vue un peu sociétal qu'on attache le patient puis 'basta'. Là mon point de vue a évolué, dans le sens où je le prends vraiment comme un soin bénéfique pour le patient, histoire de vraiment calmer le patient qui est en crise avec la contention plus un traitement (...)* ».

L'IDE 1 abonde sur le fait que « *contention rime avec sédation* ». Mais si l'IDE 1 et 3 adoptent plutôt une vision utilitariste de la contention mécanique, comme moyen de mettre

un terme immédiat à un danger pour le patient, l'IDE 2 semble avoir évolué vers une vision thérapeutique de cette pratique à force d'y être exposé. Il dit que « *c'est un soin comme un autre, qui peut être mal vécu par le patient mais aussi par le soignant.* » Une perception quelque peu ambiguë, l'utilisation des termes « *comme un autre* » semble toutefois suggérer une normalisation de cette pratique dans le service où il exerce.

La question des moyens humains pour créer des alternatives à la contention est posée par l'IDE 1, qui se rappelle son passage en service d'urgences : « *la contention mécanique, tu viens, tu pars au plus pressé finalement (...) on était en solo toute la journée, tu avais le médecin qui était là. Si tu l'appelais, il se déplaçait en sachant qu'il gérait ses consultations. Quand tu as quatre patients et potentiellement un qui pourrait soit fuguer, soit se mettre en danger, tu vas assurer tes arrières et le mettre en isolement voir le contenir.* » Il admet qu'il aurait été plus intéressant de prendre le temps de faire un réel entretien avec la personne pour déterminer ses intentions précises mais « *dans les faits, tu n'as pas le temps* ».

Il développe ce thème en ajoutant avoir « *vu les choses évoluer par manque de temps. Avec l'arrivée des nouveaux infirmiers et par manque de temps. Clairement, certains médecins aussi (...) on est à l'heure d'un gros déficit médical, qui fait que le médecin n'a plus le temps non plus de se détacher. Donc, du coup, on a plus facilement recours à la contention* », terme dans lequel il englobe l'isolement. S'il insiste sur l'importance de l'encadrement par la loi de cette pratique, son discours dessine un usage de la contention qui n'est plus seulement un dernier recours absolu, mais parfois une pratique justifiée par manque de moyens pour gérer la difficulté du patient.

Or cela n'est pas sans conséquence pour le patient, si l'on considère l'importance de la rencontre précédemment décrite par les IDE. Dans les témoignages recueillis par Bellahsen (2023), il est possible de lire le récit d'épisodes traumatisants du point de vue du patient, voire d'un rejet global du soin psychiatrique en raison d'une expérience de contention.

4.2.2.2 Différentes approches de la contention

Selon leur cadre d'exercice, les trois IDE n'ont pas la même vision de la mise en contention d'un patient. L'IDE 2 évoque deux exemples : un patient ayant eu un passage à l'acte hétéro-agressif envers l'équipe soignante et un patient ayant mis en scène son suicide. Dans ce deuxième cas, la contention mécanique a été préférée à la « *blouse de sécurité* »,

perçue comme plus humiliante car le patient serait alors resté nu avec « *ce truc où tout dépasse* » pendant un temps potentiellement supérieur à celui où il a été mis en contention.

L'IDE 2 décrit la procédure comme ceci : « *Il risque d'être allongé sur le sol, contenu par l'équipe soignante. On va ensuite le transférer en chambre d'isolement (...) et on va le contentionner sur le lit, à l'aide de toute l'équipe soignante, donc les collègues qui vont tenir le patient, qui va potentiellement se débattre : généralement ils se débattent, sinon il n'y aurait pas de contention.* » Il évoque les tentatives de coups, de morsures et les crachats. Il précise qu'ensuite, « *on a l'obligation de faire notre surveillance régulière, on ne sait jamais, ça peut arriver des fois qu'on serre un peu trop ou pas assez.* »

Il parle ensuite du dialogue avec le patient, « *on essaie de reprendre avec lui s'il est en capacité qu'on reprenne.* » Cependant, il précise qu'il « *n'y a pas de temps défini de reprise sur la contention ou l'isolement.* » Dans son service, c'est le médecin qui voit quotidiennement le patient sous contention qui en parle avec lui en priorité. La HAS, pour sa part, recommande des moments de dialogue systématisés avec le patient, qui servent notamment de prévention tertiaire afin de permettre au patient comme au soignant de comprendre comment éviter une nouvelle occurrence de la crise traversée.

L'expérience de l'IDE 2 dénote fortement avec les situations décrites par les IDE 1 et 3. L'IDE 1 souligne que la chambre d'isolement est une première contention, peut-être moins violente si elle est alliée au traitement et utilisée uniquement en cas de crise. « *La chambre d'isolement, c'est pas censé être punitif, c'est curatif. (...) Ton patient, tu le mets en chambre d'isolement quand il y a un moment critique. Il n'est pas censé passer sa vie en chambre d'isolement. S'il s'énerve, je lui donne son médicament. Tu le mets en chambre, il va hurler deux heures. Au bout de deux heures, il est calme, tu le fais sortir et tu débriefes. Et surtout, débriefes, reprendre avec le patient ce qui n'est passé et peut-être, voir ce qui n'a pas marché, ce qui a marché et comment il aurait pu gérer par lui-même.* » Pour l'IDE 1, le dialogue avec le patient est donc systématique dès la fin de la mesure coercitive, pour que celle-ci ne soit pas une « *punition* ».

Cela semble conforme avec la législation qui exige un entretien de reprise avec le patient, pour identifier les stratégies de prévention pour la suite de la prise en charge. Dans ce sens, l'IDE 1 évoque d'ailleurs « *des patients qui te le réclament [l'isolement] parce que c'est rassurant d'être dans une pièce où il ne peut rien arriver et où ils peuvent se défouler. Ça, c'est cool.* »

L'IDE 3 souligne que la première des contentions est chimique, puis vient l'isolement, qui peut aussi être choisi librement sans médication : « *C'est le patient qui demande. Il dit 'je*

ne suis pas bien, c'est trop dans ma tête, il faut m'aider'. Et puis malheureusement des fois, il n'y a pas de discussion, pas de désescalade. » Il souligne que contrairement à certains collègues qu'il qualifie de « cow-boys », il tente toujours de négocier avec le patient avant d'en arriver à une mesure coercitive. Cette approche peut être mise en parallèle avec les techniques alternatives décrites par Theis et al. (2012) : la désescalade verbale et l'approche sensorielle, par exemple dans une chambre d'apaisement (cf. *infra*), sont privilégiées en première instance.

En cas de contention, L'IDE 3 insiste sur l'importance de l'évaluation du niveau de sédation et de restriction du patient toutes les demi-heures, puis de l'évaluation de la mesure par le médecin toutes les douze heures, comme stipulé dans la loi de 2016, qui exige une première évaluation au bout de six heures maximums.

Au-delà de la négociation et de la désescalade par le dialogue, il évoque l'utilisation du packing, qu'il rapproche de l'effet de contenance de la chambre d'isolement, efficace face aux délires éclatés. Il indique aussi tenter de trouver des médiations pour apaiser le patient : jeu, café, cigarette, tout moment pouvant renouer le dialogue. Il expose au patient la possibilité d'une mise à l'isolement, s'il ne se calme pas, afin de cadrer précisément la situation. Il évoque aussi la chambre d'apaisement, « *on peut appeler ça une chambre d'apaisement. C'est un lit, c'est tout. On a aussi une autre salle avec des canapés, on peut fermer les rideaux. On peut leur mettre de la musique pour qu'ils se relaxent.* » En prévention, son service propose aussi des ateliers de relaxation, pour une prévention primaire : les patients sont ainsi plus à même de gérer leurs anxiétés. Sa description de la chambre d'apaisement dénote cependant un manque de moyens.

L'IDE 1 parle aussi de la création de chambres d'apaisement, « *il y a pas si longtemps. Alors, les chambres d'apaisement avec du matériel qui a été testé, indéchirable, modulable, etc. Pour avoir fait l'essai récemment, quand tu mets un patient qui est agité dedans, le fauteuil, il a beau faire cinquante kilos, il vole vachement bien. Donc c'est un petit peu compliqué. Donc, hormis la contention, l'isolement pour moi ça reste la meilleure.* » Il indique qu'en chambre d'isolement le patient n'a pas besoin d'être attaché, car il ne peut pas risquer sa vie et que la chambre est « *prévue pour que les gens puissent s'énerver.* »

L'IDE 2 n'évoque pas de négociations préalables ni de mesures alternatives, hormis la « *blouse de sécurité* », perçue comme humiliante. L'importance du dialogue, avant et après la situation de crise, semble moins clairement définie, ce qui se traduira aussi par moins de formalisation de la reprise en équipe, que nous aborderons dans la partie dédiée à l'infirmier en psychiatrie. Les pratiques de la contention semblent ainsi différer, ce qui peut expliquer des différences dans le vécu des soignants.

4.2.2.3 La conscience de l'aspect potentiellement punitif de la contention

Les trois IDE ont une conscience différente de l'aspect potentiellement punitif de la contention. L'IDE 1 l'évoque clairement, notamment lorsqu'il parle de la mise en isolement, qui doit être temporaire et liée à une crise sous peine de s'apparenter à une punition. « *La contention, je n'aime pas. Je n'ai jamais aimé, aujourd'hui non plus. Pour moi c'est un moyen de contrôle* » explique-t-il en soulignant que la psychiatrie est « *le deuxième lieu de privation de liberté, avec la prison.* » Cette conscience sans fard de la contention lui permet une certaine lucidité crue, comme lorsqu'il évoque le fait qu'un soignant épuisé confronté à un patient ne relevant pas de la psychiatrie peut éprouver un soulagement en mettant ce patient sous contention (cf. partie 4.2.1.2). Ce qui, une fois de plus, rejoint les analyses de Guivarch & Cano (2023).

L'IDE 3 adopte une vision purement empirique de la contention : elle intervient quand tout le reste a échoué et s'arrête dès que le patient est calme. Il évoque le fait que le vécu est conditionné par le dialogue qui suit cet épisode : « *Généralement, le patient, il se rend compte qu'il a été malade. Des fois, il ne s'en souvient pas. Il était en crise. (...) Nous, on est là pour le rassurer. Il nous identifie bien comme soignants. On d'identifie. On fait du relationnel. Ça se passe généralement très bien.* » Pour cet IDE, la contention n'intervient qu'après de nombreuses tentatives de médiation, de désescalade, son aspect punitif est donc exclu.

L'IDE 2 est celui qui a la vision la plus ambivalente de la contention. S'il débute l'entretien en parlant « *d'un soin comme un autre* », il note à plusieurs reprises que cela peut être mal vécu. Concernant la justification de la contention, il mentionne que « *T'as des patients qui vont pas être en capacité de l'entendre. 'C'est vous qui m'avez contentonné, vous m'avez maltraité, vous m'avez...' Donc ça n'est pas forcément simple à recevoir parce qu'on sous-entend que t'as été maltraitant.* » Contrairement à l'IDE 1 qui assume la violence intrinsèque de cette pratique, l'IDE 2 insiste sur sa justification par le comportement du patient, même si parfois « *ça nous embête. Un monsieur de 70 ans, il est agité, on se pose la question de savoir si juste le fait d'être seul dans une pièce sans stimuli extérieur, ça ne peut pas déjà le calmer. Bon, ben ça le calme pas, on va en venir à la contention.* »

Malgré tout il révèle un certain malaise, lorsqu'il parle de l'entretien qui suit la sortie de contention : « *le médecin essaie quand même, avec la présence infirmière, de vraiment reprendre sur les entretiens de ce qui s'est passé juste avant. Qu'est-ce qui a mené à tout ça ? Est-ce que vous avez compris la situation ? Est-ce que vous avez compris que c'était*

un soin et pas juste de la maltraitance ? » à ce moment, l'IDE 2 marque un silence, avant d'ajouter « *Enfin, pas du tout de la maltraitance* ».

Bellahsen (2023) rapporte que les sentiments les plus couramment rapportés par les patients après une contention sont la peur, la colère, la honte et un sentiment d'abandon. Ce témoignage de l'IDE 2 semble indiquer un intense conflit intérieur entre ses valeurs d'infirmier, convaincu de participer au soin, même par la contention et son ressenti profond face à des patients qu'il doit participer à attacher malgré leur résistance et de façon assez récurrente.

4.2.3 L'infirmier en psychiatrie, entre remise en question et effort collectif

Dans les trois entretiens, l'importance du lien avec les patients est mise en avant IDE : devenir infirmier en psychiatrie est une vocation de la relation. L'IDE 3 se rappelle que c'est un professeur, apaisant un patient en trois mots, qui lui a donné envie d'exercer ce métier. « *Je fais du relationnel. La technique, c'est bien. Mais je ne suis pas un technicien, je préfère le plan de la relation* » insiste-t-il. L'IDE 1 se décrit comme militant politique, n'aimant pas l'ordre et l'autorité, sa remise en question et son recul vis-à-vis de la pratique psychiatrique sont guidées par ses principes personnels. L'IDE 2 indique qu'il « *aime bien le contact humain, j'aime bien essayer au moins d'aider les gens, parce que même si on essaie, on n'y arrive pas toujours. Et j'aime bien me sentir utile pour l'autre.* » Il ajoute qu'il aime aussi travailler dans l'urgence et essayer de désamorcer les crises.

Autre point commun, tous trois évoquent l'importance de remettre en question sa pratique. L'IDE 1 l'évoque pour les potentielles dérives de la contention, lorsqu'elle naît de la frustration et du manque de temps : « *derrière tu te remets en question, tu sais, 'ce n'est pas bien, ce n'est pas bien'. Sur le moment tu dis pour toi, que c'est libérateur et que ça ne devrait pas.* »

Il insiste, comme les deux autres IDE, sur l'importance de passer la main lorsqu'il y a une difficulté relationnelle avec un patient. Quitte à, plus tard, tenter de recréer du lien en repartageant des moments. « *Ça peut aussi remettre en question tes préjugés, la représentation que tu pouvais avoir du patient. Peut-être requestionner ta pratique ? Peut-être que c'est toi qui as déconné à un moment, ça peut être pas mal. Mais ça veut dire faire une sorte de projection hors du corps. Ça veut dire se regarder de l'extérieur et se dire bon,*

faut que je m'analyse » détaille l'IDE 1. « *C'est difficile de s'auto-évaluer, mais j'essaie d'apporter le meilleur possible pour le patient, même si on ne le fait pas toujours bien »* complète l'IDE 2.

Si la vocation du lien et la remise en question semblent communes aux trois IDE, leurs perceptions de la potentielle violence des patients diffèrent. L'IDE 1 et 3 semblent l'accepter comme une probabilité, face à laquelle il faut se mettre en sécurité et sécuriser le patient. C'est pour cela qu'ils insistent sur l'utilité des chambres d'isolement, qui permettent à cette violence d'éclater sans conséquences.

L'IDE 3 note aussi que l'expérience réduit les chances d'y être confronté « *j'ai 25 ans de boîte. Les jeunes, ils sont là. Je leur dis qu'il vaut mieux faire ça. Ils écoutent. Ceux qui ne t'écoutent pas, c'est leur problème. Ils savent très bien qu'ils vont se faire casser la gueule. »*

L'IDE 2 vit difficilement la violence à laquelle il a été directement confronté, ayant été victime d'une agression suivie d'ITT. « *L'agression physique, professionnellement et même personnellement, c'est quelque chose d'assez problématique, parce que t'as toute la sphère familiale qui entre en compte. T'as envie de rentrer chez toi le soir, t'as pas envie de rentrer avec un œil en moins, une dent en moins, ou pas rentrer du tout. »* La résistance du patient lors de la mise en contention est aussi mal vécue : « *une mise sous contention, on a l'impression que c'est simple (...) c'est jamais très simple, professionnellement et personnellement, parce que tu prends un crachat, c'est quand même assez humiliant, même si le patient n'est pas en pleine possession de ses capacités intellectuelles. »*

La différence de perception de la violence et du comportement des patients peut être mise en parallèle avec la différence d'âge et d'expérience de l'IDE 2, beaucoup plus jeune que ses confrères. Ces derniers évoquent aussi une évolution de la formation menant à des différences dans le comportement avec les patients.

4.2.3.1 Un contexte professionnel qui se transforme

« *La formation infirmière, elle existe suite à des réclamations de certains psychiatres des années 50-60, parce que les infirmiers étaient considérés comme des gardiens de fous et mimaient les gardiens des camps de concentration »* rappelle l'IDE 1. Il décrit une plaque de l'hôpital de Saint-Alban, où a été fondée la psychothérapie institutionnelle, mentionnant que « *tout infirmier qui camisolera un patient sans l'accord du directeur sera renvoyé sur le*

champ. » Pour lui, il est important de prendre en compte le chemin parcouru, tout en restant critique sur la situation actuelle. En cela, il s'inscrit dans la lignée de la remise en question de la psychiatrie coercitive initiée dans les années 50, puis de l'anti-psychiatrie et de la psychiatrie institutionnelle. Cette remise en question constante devrait permettre des progrès dans les pratiques.

Pourtant, il évoque une évolution vers plus de coercition des patients, avec « *l'arrivée des nouveaux infirmiers* » et le manque de temps, mais aussi de médecins psychiatres : « *Tu as des médecins qui sont potentiellement des praticiens hospitaliers, donc rattachés, qui sont étrangers et n'ont parfois pas la même histoire de la psychiatrie, qui ont un recours plus facile à certaines thérapeutiques, dont la contention.* » Une tendance que Friard (2021) met en parallèle avec un glissement social sécuritaire plus large et un retour de l'acceptabilité de la contention, car la coercition en générale serait mieux tolérée que dans la seconde moitié du XXe siècle.

L'IDE 1 déplore enfin « *un gros manque de connaissance, en tout cas au niveau des collègues* », vis-à-vis de la contention. Un constat que l'IDE 3 élargit à la prise en soins psychiatrique dans son ensemble. « *La promo d'avant moi, c'étaient les derniers ISP qui sortaient, se rappelle-t-il. Donc moi, j'ai appris en stage, je tombais sur eux. (...) Là, il n'en reste plus beaucoup... Des dinosaures. (...) J'arrivais avec ma seringue. Ils me disaient 'Qu'est-ce que tu fais avec ta seringue ? Discute avec le patient, quand même !' Tu vois, ils m'ont appris les techniques.* »

Il regrette l'allègement du nombre de stages en psychiatrie et le peu de profondeur de la formation en IFSI. « *Vous avez le 2.6, je vois votre truc, c'est light. Vous n'avez vraiment que des trucs pas approfondis,* constate l'IDE 3. (...) *Moi, je faisais des cours à l'IFSI, je leur donnais les bases, on n'a pas le temps d'aller plus en profondeur.* »

La suppression de la spécialisation en psychiatrie en 1992 fait toujours débat, des diplômes universitaires existent maintenant, mais les infirmiers les plus expérimentés notent le manque de formation initiale de leurs jeunes collègues.

L'IDE 2, lui, apprécie le fait d'avoir bénéficié de formations spécifiques au sein de son service, notamment la formation OMEGA pour faciliter la désescalade. Il souligne néanmoins que pour être efficace, tous les membres du service doivent y être formés, « *parce que si toi tu fais une technique de désescalade avec ton collègue à côté et qu'il est pas formé...Ça devient compliqué.* » La formation dure cinq jours et donne quelques « astuces » pour gérer une situation de crise et se désengager physiquement. Elle est également utilisée par l'EPSM de Lille, dans l'objectif de ne plus utiliser la contention.

4.2.3.2 Le collectif au cœur de la psychiatrie

Une dernière notion clef, abordée par les trois IDE, est l'importance du travail en équipe. Le service de l'IDE 1 organise des réunions « *hebdomadaires ou bi-hebdomadaires. C'est toujours une façon de pouvoir rediscuter les situations complexes, de pouvoir revoir ce qui a marché, ce qui a déconné et peut-être aussi voir les axes d'amélioration.* » La remise en question est facilitée par le cadre collectif.

« *Il y a des gens qui ont des idées différentes sur la prise en charge des patients, abonde l'IDE 3. On a des réunions cliniques qui servent à ça. Des fois, on a des conflits d'équipe (...) on en discute. Le médecin dit 'oui, c'est vrai. Oui, ce n'est pas vrai', c'est lui qui a le savoir* ».

Dans le service de l'IDE 2, ces temps semblent moins formalisés et servent surtout à sécuriser les infirmiers : « *On n'a pas un temps marqué, où on dit tiens, tel jour, on a contentonné un patient, venez, on en parle* » observe l'IDE 2. Il souligne toutefois avoir bénéficié d'un vrai suivi suite à son agression. Le temps d'échange fait plutôt suite aux contentions particulièrement difficiles : « *on a une agitation, on a un patient qui a besoin d'être contentonné, (...) on lui donne son traitement avant, bien sûr, on le contentonne. On finit tout ce qu'on a à faire avec ce patient-là. Et une fois qu'on a reclaqué la porte de notre bureau, on reprend si on a besoin de reprendre, parce que des fois, il y a des situations où ça a glissé tout seul, on n'a pas forcément besoin de reprendre. Mais on essaye toujours d'en discuter un minimum.* » Il évoque aussi des temps collectifs de remise en question « *On essaie toujours de remettre en question notre prise en charge. Qu'est-ce que t'as bien vécu ? Qu'est-ce que t'as mal vécu ?* ». L'approche non-systématique de la discussion collective sur la contention interroge cependant.

L'IDE 3 insiste ainsi sur l'importance du lien pluridisciplinaire et du travail en équipe pour la sécurité du patient. « *On ne peut pas faire les choses tout seul en psychiatrie. Ce n'est pas possible. Déjà, c'est dangereux. Tu peux devenir aussi devenir insécuritaire pour un patient. Les choses ne sont jamais faites seules. On travaille toujours en collaboration avec le cadre, avec le médecin, avec les autres infirmières. Moi, je n'ai quasiment jamais vu personne travailler tout seul en psychiatrie* » souligne-t-il.

Cela crée aussi un référentiel de professionnels qui aide le patient à progresser dans sa démarche de soin. « *Souvent, on fait des synthèses. Et ça, ça permet de lisser les prises en charge. Voilà, ça construit une coordination. C'est la même chose pour tout le monde. Les patients ne sont pas perdus. Il sait qu'on se connaît tous et qu'il est rassuré. C'est un*

noyau autour de lui, comme ça. Une espèce de nuage qui l'aide. On est là sans être là. C'est-à-dire qu'on laisse l'autonomiser, mais on est là. Il sait très bien qu'on est là s'il y a un problème. Il a sa tutrice. Il a son référent infirmier. Il a son équipe d'HDJ. Il a son équipe à domicile » détaille l'IDE 3, en notant que cette approche permet de croiser les regards professionnels pour créer le parcours le mieux adapté au patient et à ses besoins. Cette démarche pluridisciplinaire est à rapprocher de la thérapie institutionnelle : ici, l'institution est pensée de manière à participer au soin. Cela met aussi en place les conditions d'une autonomisation progressive du patient dans cet environnement adapté.

Ainsi, l'apport du collectif est double : il aide l'IDE à interroger ses pratiques et à verbaliser son vécu professionnel, mais il est aussi essentiel pour entourer le patient et lui faire des propositions pertinentes.

4.3 Problématisation et question de recherche

Certains éléments de l'enquête de terrain confortent les analyses du cadre théorique. Ainsi, le profil des patients perçus comme difficiles est cohérent avec les statistiques des mises en contention, présentant une prévalence des patients atteints de schizophrénie et de troubles du comportement, avec également une forte présence des personnes touchées par la toxicomanie. Comme le soulignaient Haefliger & al. (2003) et le confirment les trois IDE, le passage à l'acte n'est pas forcément lié à la pathologie elle-même, mais souvent à des facteurs externes : drogues, événements traumatiques, anamnèse de comportements violents. L'enquête de terrain renforce la notion que le patient s'inscrit dans un contexte ; sa compréhension peut aider à anticiper les épisodes critiques ou favoriser une désescalade, tout comme la relation préalable qu'il entretient avec le soignant ou le monde du soin psychiatrique au sens large. Il s'inscrit aussi dans un contexte social et le bref historique de la psychiatrie dressé dans le cadre théorique résonne avec la perception de l'un des IDE, qui souligne que ce secteur joue toujours un rôle de « *régulateur social* », ce qui peut amener des difficultés spécifiques, comme la prévalence de la toxicomanie ou la présence de patients qui ne relèvent pas de la psychiatrie et sont peut-être, de ce fait, exposés à certaines formes de maltraitance.

La notion d'imprévisibilité du passage à l'acte ressort cependant clairement des trois entretiens, en miroir de l'image traditionnelle de la folie, depuis les « *accès de manie* » du XIXe siècle jusqu'à la compréhension plus récente des phases de décompensation. Les IDE évaluent donc le risque de passage à l'acte de façon empirique, en cela, le suivi des

patients à long terme et l'expérience professionnelle sont essentiels. Tous ont cependant conscience que le « *risque zéro* » n'existe pas. La contention, qu'elle soit chimique, physique avec une mise à l'isolement ou mécanique, peut donc intervenir lorsque « *la maladie prend le dessus* », comme l'indique l'IDE 3.

Cependant les IDE n'ayant pas accès à la contention dans leur service ont tendance à insister sur la notion de dialogue préalable, de négociation et de médiation face à l'agitation, puis à l'issue de la crise, d'un nécessaire entretien avec le patient comme avec l'équipe. Tous deux parlent également des chambres d'apaisement et de la possibilité de l'isolement choisi.

L'IDE dont le service utilise fréquemment la contention n'évoque pas explicitement cette recherche d'alternatives préalables et a une posture ambiguë face à la contention, vue comme un soin mais pour laquelle il vit mal les retours négatifs des patients et la possibilité d'avoir été potentiellement maltraitant. Si tous définissent cette pratique comme un dernier recours, ce qui est conforme au cadre légal évoqué dans la partie théorique de cette recherche, de grandes différences semblent exister dans la fréquence de l'évaluation de la mesure et le niveau de dialogue autour de la contention, auprès du patient comme au niveau de l'équipe.

Le mal-être de l'IDE le plus confronté à la contention peut aussi être mis en parallèle avec son vécu de la violence, dont il a été victime et qu'il trouve problématique, ainsi qu'avec sa perception du patient, qu'il estime en partie responsable de son comportement. Il se sent ainsi humilié par les actes de résistance des patients (par exemple les crachats) et menacé dans son image de soignant par leur ressenti négatif.

Il semble avoir moins de recul face à l'agitation des patients que les deux autres IDE (également plus expérimentés), qui estiment que l'expression de la violence est acceptable à partir du moment où elle ne met en danger ni le personnel soignant, ni les patients concernés.

Notre problématique était de comprendre si la possibilité du recours à la contention pouvait altérer la capacité des IDE à utiliser des mesures alternatives : le travail théorique et empirique réalisé semble suggérer qu'il existe en effet une certaine « banalisation » du recours à la contention des patients agités dans le service où elle est facilement mise en œuvre. L'IDE travaillant dans le service qui a recours à la contention mécanique est celui qui parle le moins de techniques de désescalade et de médiation préalable. Cela a des conséquences sur le vécu du soignant interrogé et d'après lui, sur celui des patients. Une

absence de remise en question collective de cette pratique dans le service est également évoquée par le témoignage de cet IDE.

Les deux autres IDE exercent dans des services qui n'y ont pas accès, mais ont travaillé dans des services utilisant la contention, ils semblent cependant plus à l'aise avec sa mise en œuvre, car conscients d'avoir épuisé toutes les alternatives possibles avant la mise en contention.

Tous deux évoquent cependant le manque de moyens et de formation croissants dans le secteur psychiatrique comme un facteur pouvant participer au retour en force de cette pratique, hors des moments où elle est « *un mal nécessaire* ». Ces témoignages viennent conforter certains éléments du cadre théorique et notamment l'analyse de Dominique Friard (2021) indiquant une « *inversion des valeurs* », à rebours des évolutions de la psychiatrie des années 70 qui prônait la fin de la coercition.

Il pourrait ainsi être pertinent, pour des recherches ultérieures, de s'interroger sur un potentiel retour de ce que Mathieu Bellahsem nomme la « *culture de l'entrave* » et qui, également d'après-lui, est en croissance. Est-ce un phénomène corroboré par des statistiques ? S'agit-il d'une dérive due au manque de moyens et de formation ? D'une évolution de la doctrine médicale ? D'un échec des approches non-coercitives développées au milieu du XXe siècle ? D'un changement sociétal plus profond, lié à la prévalence des thèmes sécuritaires dans l'opinion publique qui entraînerait une plus grande réactance face à l'expression de la violence ?

Ou, pour formuler une question de recherche plus formelle : quels facteurs expliquent la perception que la psychiatrie est en train de développer une nouvelle « *culture de l'entrave* » ?

CONCLUSION

Ce travail de recherche m'a permis de saisir plus en détail la relation que la psychiatrie entretient avec la coercition. L'approche historique a précisé ma compréhension des progrès de la prise en soins en psychiatrie, de son cadre légal et de la perception des patients en psychiatrie. Grâce à cela, en tant qu'IDE, je serai plus sensible à la vision que les patients et leurs proches peuvent avoir de la psychiatrie et de la « folie », ainsi qu'aux craintes liées à ces notions, tout en remettant plus facilement en question certains héritages historique dans mes propres pratiques.

En analysant, grâce aux entretiens et au cadre théorique, les situations potentiellement difficiles et les raisons de leur apparition, je pense être plus à même d'évaluer la potentialité de passages à l'acte et plus humble face à leur dimension parfois imprévisible. Accepter la folie et l'expression de la violence peuvent peut-être aider à y faire face avec pertinence, en évitant une escalade et une perpétuation des blessures trop longtemps infligées par l'institution psychiatrie à ceux qui s'inscrivent en dehors de toute norme.

Me plonger ainsi dans l'étude de la pratique de la contention m'aide à mieux saisir ses enjeux, loin des idées préconçues que la contention mécanique peut inspirer. Il s'agit d'une réalité complexe, qui peut advenir et dont les conséquences sont aussi dépendantes de la façon dont elle est exécutée, notamment du niveau de dialogue et de remise en question qui l'entourent. J'ai également pris conscience de l'ambivalence de la posture de soignant face à cette forme de coercition, parfois nécessaire, toujours difficile, ainsi que de la possibilité de son utilisation trop fréquente dans certains contextes.

Ce travail a fait apparaître clairement la nécessité de toujours questionner cette pratique et ma relation avec les patients, de façon individuelle mais aussi collective. Le travail en équipe et le dialogue qu'il entraîne sont en effet des gages de sécurité et de qualité de soins pour les patients.

Face à la complexité de la prise en soins psychiatrique, à la vertigineuse délicatesse de l'esprit humain, j'espère que ce travail m'aidera à m'affranchir de certaines dynamiques systémiques pour toujours avoir à cœur de cultiver, malgré les difficultés, une relation thérapeutique qui soit bénéfique à mes futurs patients.

Ce travail a fait usage d'outils d'intelligence artificielle (TurboScribe.AI) pour la retranscription écrite des entretiens de recherche à partir des fichiers audios. Toute analyse et interprétation des données restent sous la responsabilité exclusive de l'auteur.

BIBLIOGRAPHIE

11^{es} rencontres soignantes en psychiatrie (2021). *Loic : artisan du soin en psychiatrie*.
<https://rencontressoignantesenpsychiatrie.fr/2021/05/06/loic-artisan-du-soin-en-psychiatrie/>

American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

Barnhill, J.W. (2023). *Attaque de panique et trouble panique*. DSM.
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/attaque-de-panique-et-trouble-panique>

Bellahsen, M. (2023). *Abolir la contention*. Libert alia. p.7-15.

Bernard, P. (2011) Rôle de l'infirmière dans l'action de la santé mentale, sa situation actuelle en France et son évolution probable. In *L'information psychiatrique* (n°87). p.141-142.

Bly, N. (1887). 10 jours dans un asile. In *New York World*.

Boisson, D. (s-d) L'Édit de Nantes et sa révocation (1598-1685). In *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe*. <https://ehne.fr/fr/eduscol/seconde-g%C3%A9n%C3%A9rale/l%E2%80%99%C3%A9tat-%C3%A0-l%E2%80%99%C3%A9poque-moderne-france-et-angleterre/l%E2%80%99affirmation-de-l%E2%80%99%C3%A9tat-dans-le-royaume-de-france/%C3%A9dit-de-nantes-et-sa-r%C3%A9vocation-1598-1685-l%27>

Bougault, V. (2020). Unica Zürn, Du surréalisme à la schizophrénie. In *Connaissance des arts*. <https://www.connaissancedesarts.com/arts-expositions/surrealisme/unica-zurn-du-surrealisme-a-la-schizophrenie-11136710/>

Centre Ressource Métiers et Compétences en psychiatrie (CRMC, 2017). *Isolement et contention : Repères pratiques pour en limiter le recours*.
<https://www.rrspsty.fr/download/Isolement-contentions-Rep%C3%A8res-pour-une-pratique-visant-%C3%A0-en-limiter-le-recours-VD.pdf>

Circulaire n°310-1960, *Relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*.
https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540

Code de la santé publique. Article L1110-2.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685743

Code pénal (1810). Article 64 (abrogé).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490631

Coldefy et al. (2009) Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. In *Questions d'économie de la santé* (n°145)

Coryell, W. (2023). *Troubles bipolaires*. DSM
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-bipolaires>

Costes et al. (2021) Pratiquer l'art thérapie à l'hôpital psychiatrique : regards de patients. In *Art Thérapie : enjeux et réalités* (n°122) p. 87-97.

Cyrulnik, B. (2016) *La Folle histoire des idées folles en psychiatrie* (p.105-117). Odile Jacob.

Daquin, J. (1790) *Plan du journal sur les fous, tenu depuis le 1er janvier 1790 et visités à chaque phase de la Lune, afin d'observer si cette planète influe sur eux*.
<http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/daquin.htm>

De Bures, I. (2006) A propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838. In *Histoire des sciences médicales* (n°3). p. 301-304.

Delion, P. (2014). Tosquelles et Oury, parce que c'était eux... In *Chimères* (n°84). p. 20-28.

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012). *Agitation dans les démences*.

Drees, (2024). 15. Le patient en psychiatrie. In *Les établissements de santé en 2022* (p.105)

Esquirol, J.E. (1838) *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (p. 385). Baillière.

Fauche, S. (1997) Quand l'eau soignait les « malades de la tête ». Un itinéraire thérapeutique du XVIIIe au XIXe siècles. In *Bulletin de psychologie* (n°429). p.309-314.

Fédération française de neurologie. (s-d.) *Le bilan neuropsychologique*. https://www.ffn-neurologie.fr/explorations_neurologiques/le-bilan-neuropsychologique/

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard. pp. 16-18, 59-60, 557.

Friard, D. (2021) Soigner sans attacher : on a su faire... In *Santé mentale* (n°260). p.32-33.

Frueh et al. (2005) Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. In *Psychiatric services* (n°56).

Gaudron et al. (2020) *Sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif médical de contention mécanique ou d'un dispositif médical de maintien postural*. Rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Goffman, E. (1961). *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Éditions de minuit.

Guivarch & Cano (2023). Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. In *L'encéphale* (n°39). p. 237-243.

Haefliger et al. (2003). Traitement des états d'agitation. In *Médecine & Hygiène* (n°2450). p. 1743–1749.

Haute autorité de santé (HAS, 2011). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Rapport d'orientation.

Haute autorité de santé (HAS, 2014). *Recommandations : Trouble bipolaire*.

Haute autorité de santé (HAS, 2015). *Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie*. Note de cadrage.

Haute autorité de santé (HAS, 2016). *Episodes de violence des patients hospitalisés en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ?*

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). *Isolement et contention en psychiatrie générale*. Note de bonnes pratiques.

Haute autorité de santé (HAS, 2018). *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*.

Huguet, A. (2018) La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles. In *Médecine humaine et pathologie*. p.38.

Iresp (2023). *Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition*. <https://iresp.net/wp-content/uploads/2023/03/Session-1-PLAID-Care.pdf>

Lanquetin, J-P. (2021) Moindre recours : « Et vous, comment faites-vous ? ». In *Santé mentale* (n°260). p.37-37.

Leboucher & Fleury (2021). *Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_chairephilosophiehopital.pdf

Loi n° 2002-303. *Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Loi n° 2011-803. *Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024312722/>

Loi n° 2016-41. *De modernisation de notre système de santé.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

Loi n° 90-527. *Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000349384>

Loi sur les aliénés, 30 juin 1838. https://www.france-memoire.fr/wp-content/uploads/2022/02/Loi_30juin1838.pdf

Marchand & Mignot. (1912) *Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatrique*. Cité par Friard, D. (2018) *Isolement et/ou contention, une décision clinique argumentée* [Vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=CImDJDdNJMQ>

Marmion, J-F. (2012). *Histoire de la psychologie* (p.141-143). Éditions Sciences Humaines.

Morais, L., Barbot, C., Morais, C., & Perrin-Niquet, A. (2012). *L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Elsevier Masson.

Morasz et al. (2012) *L'infirmier(e) en psychiatrie, 2e édition*. Elsevier Masson. p.98.

Moutier, C. (2023). *Lésion auto-infligée non suicidaire*. DSM.
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/comportement-suicidaire-et-automutilation/l%C3%A9sion-auto-inflig%C3%A9e-non-suicidaire>

Olivier, L. (2024). *Psychiatrie infirmière* (2^e éd.). Frisson roche.

Oury, J. (2007) *Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles*. In *Vie sociale et traitements* (n°95). p.110-125.

Pinel, P. (1801) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (p. XXVII – XXXIV). Caille et Ravier.

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*. In *L'information psychiatrique* (n°92). p. 711-717.

Sales Caries, L. (2017). *La contention physique en psychiatrie - un dissensus profond*. Connaissances Et Savoirs.

Sourd, A. (2020). *Violences dans le ménage selon la catégorie socioprofessionnelle*. In *Flash'crim* (n° 28). Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales.

Stupeflip (2011). *La menuiserie* [Musique]. Youtube.
https://www.youtube.com/watch?v=zU97FbKVH_c

ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients hospitalisés en soins sans consentement, en fonction de la mise en œuvre ou non de mesures d'isolement ou de contention (2022).

	Patients avec au moins un séjour d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement en 2022 (n = 75 817)			
	Avec au moins une mesure d'isolement n = 27 762		Sans n = 48 055	
	Avec au moins une mesure de contention mécanique parmi les personnes avec au moins une mesure d'isolement n = 7 979		Sans n = 19 783	
	Médiane (± EI) ¹ ou n (%)		Médiane (± EI) ¹ ou n (%)	
Age (années).....	37 ± 22 ***		45 ± 26 ***	
Sexe masculin.....	18 843 67,9 % ***		25 523 53,1 % ***	
Bénéficiaire de la Couverture santé solidaire (C2S).....	7 949 28,6 % ***		11 078 23,1 % ***	
Nombre de journées de prise en charge en hospitalisation à temps plein annuel.....	47 ± 87 ***		29 ± 51 ***	
	Séjours d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement en 2022 (n = 108 225)			
	Avec au moins une mesure d'isolement n = 34 220		Sans n = 74 005	
	Avec au moins une mesure de contention mécanique parmi les séjours avec au moins une mesure d'isolement n = 9 116		Sans n = 25 104	
	n	%	n	%
Admission par les urgences.....	14 302	41,8 % ***	29 226	39,5 % ***
Groupe diagnostique principal ayant conduit à l'hospitalisation (code de la Classification Internationale des maladies, CIm-10)				
Troubles mentaux organiques (F0).....	498	1,5 % ***	1 264	1,7 % ***
Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1).....	1 940	5,7 % ***	4 839	6,5 % ***
Trouble psychotique (F2).....	16 065	47,0 % ***	33 822	45,7 % ***
Episode maniaque et trouble bipolaire (F30-31).....	3 977	11,6 % ***	7 656	10,4 % ***
Trouble dépressif (F32-33).....	1 695	5,0 % ***	6 682	9,0 % ***
Autres troubles de l'humeur (F34 à F39).....	165	0,5 % ***	452	0,6 % ***
Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress, et somatoformes (F4).....	1 940	5,7 % ***	5 102	6,9 % ***
Syndromes comportementaux (F5).....	91	0,3 % ***	289	0,4 % ***
Troubles de la personnalité et du comportement (F6).....	2 688	7,9 % ***	4 764	6,4 % ***
Retard mental (F7).....	900	2,6 % ***	1 096	1,5 % ***
Trouble du développement psychologique (F8).....	587	1,7 % ***	537	0,7 % ***
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9).....	255	0,8 % ***	271	0,4 % ***
Autres (diagnostics somatiques ou bilans, examens, non renseigné.....)	3 419	10,0 % ***	7 231	9,8 % ***
Type de mode légal du séjour				
Soins à la demande d'un tiers.....	16 714	48,8 % ***	41 431	56,0 % ***
Soins sur décision d'un représentant de l'Etat.....	5 690	16,6 % ***	10 339	14,0 % ***
Soins pour péril imminent.....	9 248	27,0 % ***	20 060	27,1 % ***
Soins aux personnes jugées pénalement irresponsables.....	378	1,1 % ***	1 136	1,5 % ***
Soins aux détenus.....	2 190	6,4 % ***	1 039	1,4 % ***
Antécédents dans les deux années précédant le début du séjour d'hospitalisation à temps plein en 2022				
Antécédents de prise en charge pour addiction (diagnostic d'addiction rapporté lors d'une prise en charge hospitalière en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou en psychiatrie ou d'un contact ambulatoire en psychiatrie publique).....	11 591	33,9 % **	25 713	34,7 % **
Antécédents de tentative de suicide (avec hospitalisation en MCO).....	3 558	10,4 % ***	9 321	12,6 % ***
Antécédents d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement dans le même établissement (« patient connu »).....	17 548	51,3 %	38 079	51,5 %
Antécédents de séjour en Unité pour malades difficiles (UMD).....	555	1,6 % ***	943	1,3 % ***
Antécédents de mesures d'isolement et contention mécanique en psychiatrie.....	11 443	33,4 % ***	15 710	21,2 % ***

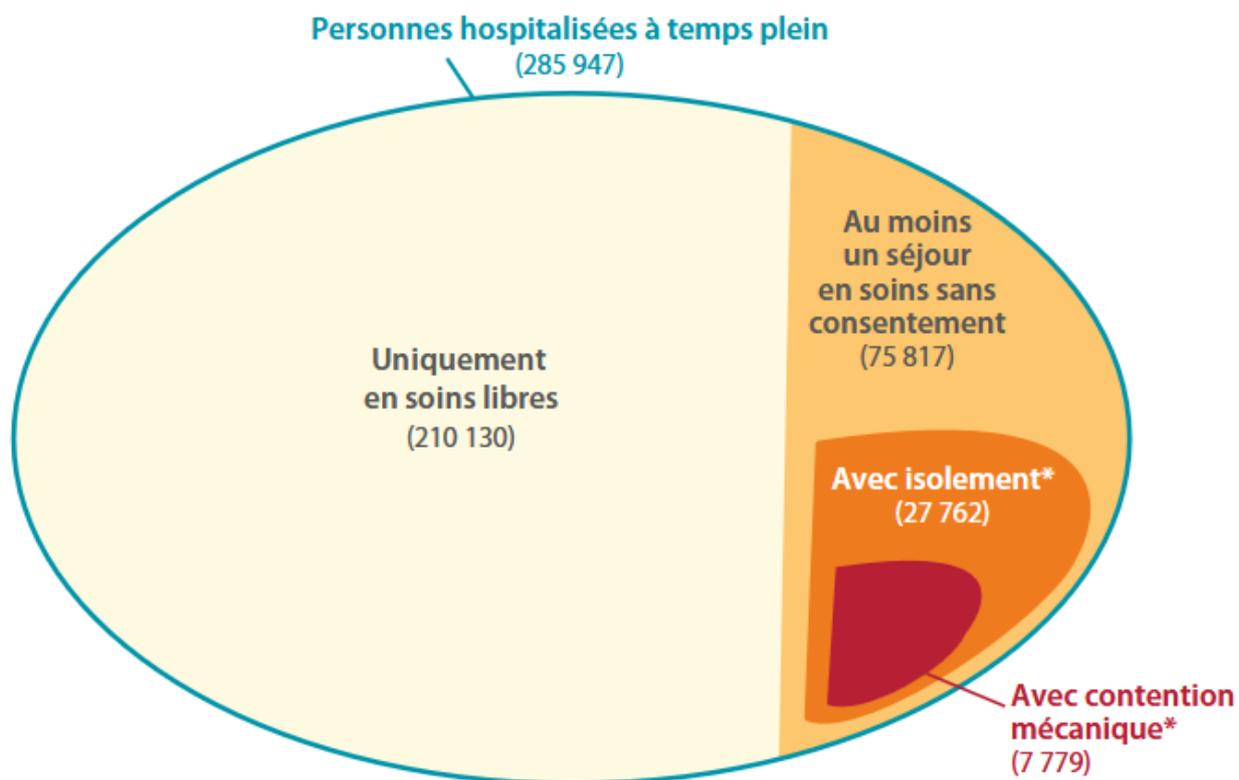
Champ : Hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en psychiatrie (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins) pour des patients adultes, France entière, en 2022. Les mesures d'isolement et de contention rapportées dans le recueil dédié mais réalisées hors soins sans consentement sont aussi exclues du calcul du recours à ces mesures. **Source** : Rim-P

¹ EI : Écart intercartile

*** P-valeur inférieure à 0,0001 ; ** P-valeur inférieure à 0,01 ; * P-valeur inférieure à 0,05 (tests de Fisher, Wilcoxon ou Chi-2 selon la nature des variables), comparant d'une part les personnes hospitalisées sans leur consentement selon qu'elles ont eu ou non des mesures d'isolement et d'autre part les personnes mises à l'isolement selon qu'elles ont eu ou non des mesures de contention mécanique.

[Télécharger les données](#)

Annexe 2, Recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie (2022).



Champ : Personnes adultes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, dont patients avec des hospitalisations en soins sans consentement (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins), France entière, en 2022. Les mesures d'isolement et de contention rapportées dans le recueil dédié mais réalisées hors soins sans consentement sont exclues du calcul du recours à ces mesures.

* Personnes avec au moins une mesure d'isolement/contention lors d'une hospitalisation sans consentement

Source : Rim-P

MENER LE DIALOGUE DE CRISE

Dans le **Dialogue de crise**, il est important de s'impliquer en ayant une attitude **authentique** et **rassurante**. Pour ce faire, on amorce l'échange comme suit:

«J'aimerais te dire quelque chose.»

Ainsi, on attire l'attention de la personne en crise.



*«Ces quelques mots entrent en résonance avec notre être profond.
Ils rejoignent les quêtes existentielles des plus grands poètes.»*

Dominique Scheder

Ensuite viennent **4 étapes, pour lesquelles il faut rester fidèle aux mots indiqués** (avec la pratique, les professionnels peuvent proposer des variantes s'ils maîtrisent la théorie sous-jacente).

Marquer une pause entre chaque étape en attendant la réponse (max. 1 min).

Les personnes en crise écoutent toujours!

1 ABORDER

Rappelle-toi comment tout cela a commencé. Est-ce que tu es au centre du monde? Entres-tu en communication avec tout le monde? Tout le monde s'occupe de toi et toi de tous? Ne fais-tu qu'un avec tous les hommes?

Si la réponse est un «Non» franc et clair, attendre et revenir plus tard. Sans réponse, continuer sous forme de monologue en marquant les pauses.

2 VALIDER

À ta place, je vivrais la même chose, c'est une vraie expérience, une expérience que les humains font parfois. Certains l'ont déjà vécue, d'autres la vivront encore.

3 DIRE

Nous sommes tous en lien les uns avec les autres. Parfois, on ne sait plus qui imite qui, qui influence qui.

Si la personne a évoqué un lien particulier, reprendre ce lien. Par exemple dire: «Des gens font des signes, tu sais que ces signes te sont adressés. C'est étrange, mais c'est ainsi.»

4 ENCOURAGER

Ce qu'il se passe depuis un certain temps est surprenant, peut-être inquiétant, mais je pense qu'il ne va rien arriver de grave. Souviens-toi, ça n'a pas toujours été ainsi.

Annexe 4 : Guide d'entretien

Bonjour, je me présente, Jérémie Grandjean, élève infirmier en semestre 6 à l'institut de formation en soins infirmiers du CHU d'Amiens. Aujourd'hui nous sommes réunis dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche de fin d'étude. Cet entretien s'inscrit dans une démarche de recherche comparative m'amenant à penser les différentes prises en soins en psychiatrie. Il s'inscrit dans les recherches de catégorie 3, non interventionnelles encadré par la loi Jardé.

Il est à noter que cet entretien est enregistré et a vocation d'être retranscrit. Toutefois celui-ci restera anonymiser et confidentielle. Ces propos ne pourront être utilisé que dans le cadre de ces recherches. Vous êtes en droits de ne pas vouloir répondre à l'une de ces questions et d'arrêter cet entretien à tout moment. Cet échange va durer une trentaine de minutes. Auriez-vous des questions ou des éléments que vous souhaiteriez voir clarifiés ?

Pour débiter cet entretien pourriez-vous vous présenter et nous parler de votre parcours professionnel et de vos formations ?

2.1 Patient en psychiatrie

Objectif : Comprendre la perception des soignants de l'agitation et de la violence des patients. Cela permettra de définir si ceux qui utilisent la contention ont une perception différente du comportement des patients que ceux qui ne l'utilisent pas, ou au contraire, s'ils ont la même perception et adaptent des comportements différents en réaction.

1. Parmi les situations auxquelles vous êtes régulièrement exposé avec les patients, lesquelles vous posent le plus de difficultés ?
 - Quels sont les facteurs (internes / externe) qui, selon vous, mènent à l'émergence de ces comportements difficile ?
 - Y a-t-il des patients chez qui cela est plus fréquent et si oui, quels sont les profils cliniques prévalents ?
 - Comment évaluez-vous le risque d'une potentielle violence auto/hétéro-agressive ?

2.2 La contention mécanique et ses alternatives

Objectif : Comprendre la perception des soignants de la contention et l'état de leur utilisation des mesures alternatives.

2. Que pensez-vous de la contention mécanique ?
 - Selon vous, est-ce qu'elle peut constituer un soin et pourquoi ?
 - Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule la mise en place d'une contention ?
 - Quelles mesures alternatives utilisez-vous pour éviter une contention ?
 - Votre vision de la contention et vos pratiques ont-elles évolué au cours de votre carrière ?

2.3 Infirmier en psychiatrie

Objectif : Comprendre comment la formation et les valeurs du soignant influencent sa prise en soins d'un patient agité, au-delà de la possibilité du recours ou non à la contention.

3. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait vous aider à prendre en soin un patient agité d'une façon qui soit totalement en accord avec vos valeurs de soignant ?
 - Quel est le rôle de vos formations dans cette prise en soin ?
 - Quel rôle jouent vos valeurs professionnelles dans la prise en soin d'un patient agité ?
 - Au sein des équipes soignantes, quelles réflexions pourraient être menées concernant l'utilisation de la contention mécanique ?

Nous allons arriver au terme de cet entretien,

- Avant de clore notre échange, souhaitez-vous ajouter quelque chose ou aborder un point que nous n'aurions pas évoqué et qui vous paraît important ?

Je vous remercie chaleureusement pour votre participation et pour la qualité de vos réponses. Je vous souhaite une bonne continuation.

Annexe 5, Retranscription du premier entretien avec un IPA.

Moi : « Bonjour, je me présente, Jérémie Grandjean, élève infirmier en semestre 6 a l'institut de formation en soins infirmiers du CHU d'Amiens. Aujourd'hui nous sommes réunis dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche de fin d'étude. Cet entretien s'inscrit dans une démarche de recherche comparative m'amenant à penser les différentes prises en soins en psychiatrie. Il s'inscrit dans les recherches de catégorie 3, non interventionnelles encadré par la loi Jardé. Cet entretien est enregistré et a vocation d'être retranscrit. Toute fois celui-ci restera anonymiser et confidentielle. Ces propos ne pourront être utilisé que dans le cadre de ces recherches. Vous êtes en droits de ne pas vouloir répondre à l'une de ces questions et d'arrêter cet entretien à tout moment. Cet échange va durer une trentaine de minutes. Auriez-vous des questions ou des éléments que vous souhaiteriez voir clarifiés ? »

IPA : « Pour l'instant c'est tout bon. »

Moi : « Pour débiter cet entretien pourriez-vous vous présenter et nous parler de votre parcours professionnel et de vos formations ? »

IPA : « Alors moi c'est F., Je suis infirmier diplômé d'état de novembre 2014 sur le CHU. Je suis parti travailler sur ***. C'était mon premier poste en psychiatrie sur le pôle huit. Je suis toujours actuellement sur le pôle huit à ***, mais j'ai évolué. Je suis IPA sur le même pôle depuis septembre 2023. Formation faite sur la fac a ***, également sur le pôle huit pendant huit ans. J'ai fait un petit peu de tout, donc j'ai fait aussi bien de l'hospitalisation complète que de l'HDJ, du CATTP des consultations en CMP, j'étais à 50 % aux urgences psy, un beau bagage aussi. Et puis là, en tant que IPA, depuis... Depuis septembre 2023, je gère deux hôpitaux de jour, quatre CATTP, un CMP avec des journées de consultations prévues ou non prévues entrée d'HDJ, sortie de HDJ, consultations de réévaluation, toutes pathologies confondues, aussi bien de la névrose que la psychose. Des troubles de la personnalité, j'en ai aussi. On essaie de refondre un peu les choses en essayant de rendre l'hôpital de jour moins chronique que ce qu'il pouvait être auparavant. Quand tu as un patient qui est là pendant 20 ans je ne vois pas ce que tu lui apportes pendant 20 ans. Et là, actuellement, on est en train de monter donc, de l'ETP a ***. Il y a déjà la psychoéducation pour les troubles bipolaires. J'interviens également sur les traitements et sur la pathologie. Et là, actuellement, on prépare donc l'ETP qui commencera la semaine prochaine sur l'estime de soi. Donc voilà. Et en parallèle donc, je reprends des études pour faire ma L2 de psycho et un début de sexologie clinique en même temps. »

Moi : « Très bien, merci. Au niveau des situations auxquelles vous êtes régulièrement exposée avec les patients, lesquels vous posent le plus de difficultés ? »

IPA : « Alors lesquels nous posent le plus de difficultés... »

Moi : « En termes de situations ? »

Silence

IPA : « Je vais te dire que ce sont des situations. Moi, en psychiatrie ou pour les patients psychotiques, ça va être le moment où il y a une décompensation, où leurs symptômes se font plus présents, mais où il y a un déficit en insight de leur part et donc du coup beaucoup plus de difficultés à se remettre à distance ou de critiquer un petit peu ce qui leur arrive. Réussir à en discuter sans partir au clash, c'est pas forcément toujours facile. C'est plus simple avec des patients qui sont là depuis de nombreuses années, qui se connaissent parce qu'ils arrivent quand même à en parler, moins facile avec des nouveaux patients. La difficulté, je dirais aussi les situations d'accueil en premier accueil puisque le premier accueil, il est primordial en psychiatrie si jamais ça se passe mal, vu que plus que dans n'importe quelle autre spécialité, c'est une rencontre. Si jamais ça se passe mal, ton patient, il reviendra pas. Donc tout se joue sur le premier accueil, clairement. Je te dirai aussi que la psychiatrie on n'est pas... Pas bien de dire ça, mais on est une voie de garage. Donc c'est à dire que tous les patients qui ne sont pas intéressants pour les autres spécialités ou qui sont potentiellement problématiques, je pense à tout ce qui peut être déficience mentale, tout ce qui peut être troubles du comportement. Il y a de la symptomatologie qui mime un peu ce qu'il pourrait y avoir chez un psychotique ou chez un névrosé, mais on n'est pas sûr de la psychiatrie pure. Mais vu que c'est pas intéressant, en général ils finissent chez nous, donc on se retrouve beaucoup face à des gens qui sont intolérants à la frustration, qui vont faire des crises clastiques facile donc pas très simple non plus. On sait aussi que sur la psychiatrie, on est quand même une grosse plaque tournante de tout ce qui peut être produits illicites. Donc on va dire que les consommations de stupéfiants et peut être un peu deal aussi, c'est pas toujours très simple. Voilà, je pense que ça résume plus ou moins bien. Actuellement, moi en tant que IPA, ce qui me pose le plus de difficulté, je vais dire, c'est la discussion autour du traitement. Faire accepter un nouveau traitement à un patient, c'est pas toujours très simple. »

Moi : « Et dans ces situations-là, comment vous évaluez le risque auto/hétéro agressif ? »

IPA : « J'ai pas d'échelle en tout cas. Je suis pas très outils en fait. Donc on va dire que je me base plus sur de l'empirique que sur des choses qui ont été validées. La connaissance de ton patient. Moi en tant qu'IPA, j'ai que des patients qui sont chroniques stabilisés vu

que je bosse déjà depuis dix ans sur *** c'est des patients que je connaissais déjà auparavant, donc j'ai une connaissance déjà soit de leur comportement et de comment ils allaient monter, soit comment on allait réussir à les faire redescendre. Donc on va dire que je peux plus facilement jongler avec ça par la connaissance que tu as du patient même et tous les signes neurovégétatifs qu'il va y avoir, que ce soit de l'agitation psychomotrice, des sueurs pâleur, peut-être la tachyphémie. Donc ça, ça peut aussi arriver, tachypsychie ça peut aussi arriver là où je vais peut-être plus m'inquiéter. Après, évidemment, si je suis sur un patient qui est psychotique, qui a des hallucinations, je prends par exemple le cas d'une patiente. Elle parle avec Dieu tous les jours. Elle a fait déjà un gros geste auto agressif. Elle s'est immolée suite à un délire de filiation. Elle pensait qu'elle allait être enceinte de Dieu et ce n'est pas arrivé. La date butoir, c'est le 19 juin, tous les 19 juin, clairement, on a peur parce qu'elle pourrait faire un passage à l'acte. Mais l'important dans ces entretiens-là, c'est est ce que les voix sont présentes ? Est-ce que les voix vous donnent des injonctions ou vous obligent à faire des choses ? Est ce qu'il y a un mécanisme d'automatisme mental ? Et le patient ? Il est complètement dépossédé de ses pensées et de ses et de ses actes ou est-ce que finalement elle arrive à mettre à distance ça ? Après y a que l'entretien qui va te permettre de savoir en lui posant les questions. Après je te dirais qu'il y a quand même une limite, c'est que l'évaluation que tu fais de ton patient, elle est à un instant T. Dès lors que ton patient il a quitté la salle, ton évaluation, elle, vaut plus rien puisque l'évaluation c'était cinq minutes avant, on le voit avec le raptus anxieux, par exemple, le raptus anxieux est indétectables. Ton patient, tout va bien. Pouf, Il se retrouve bientôt avec une frustration monstre qui va bloquer toutes ses capacités d'adaptation. Il va faire un passage à l'acte indétectable. Voilà. Donc je dirais plutôt empiriquement, c'est plutôt comme ça que je fais. »

Moi : « Ça marche. Merci. Qu'est-ce que vous pensez de la contention mécanique ? »

IPA : « C'est la dernière dernière extrémité, on va dire. Enfin, de mon point de vue, je trouve qu'on a un gros retour en arrière dernièrement avec plus de retour à la contention mécanique, plus de retour à l'usage soit des traitements injectables, soit aussi des chambres d'isolement. Bon, ça c'est quand même, on va dire, plus ou moins bien organisé au niveau au niveau législatif, puisque maintenant un patient qui est en contention, il faut demander au juge ce qui est logique. On part du principe que le soin libre c'est toujours la norme, donc normalement soin libre, pas de contention. En toute logique, la contention mécanique, je dirais qu'elle n'intervient plus aujourd'hui de mon avis parce que on a aussi moins de connaissances pour gérer les choses qu'on a, des collègues qui sont peut-être moins formés, qui sont peut-être moins disponibles parce qu'on a des services qui sont parfois surpeuplés et donc du coup tu ne peux pas te permettre, quand tu es un infirmier et deux aides soins, de te détacher pour aller faire un entretien. C'est beaucoup plus

*compliqué. On va dire que la contention mécanique tu viens, tu presses, tu pars au plus pressé finalement, nous, on le voyait aux urgences, aux urgences, Nous a ***, on était en solo, en solo toute la journée et tu avais le médecin qui était là. Si tu l'appelais, il se déplaçait sachant qu'il gérait ses consultations. Quand tu as quatre patients et que tu en as potentiellement un qui pourrait soit fuguer, soit se mettre en danger, bah tu vas assurer tes arrières et tu vas le mettre en isolement voir le contentionner. Voilà. Est-ce que faire un entretien avec lui, évaluer plus avant s'il avait vraiment envie de te faire du mal ou de faire du mal à quelqu'un, ça aurait été plus intéressant. Dans les faits, tu n'as pas de temps. »*

Moi : *« Pour vous, c'est plus un moyen de pallier aux difficultés qu'un soin en lui-même ? »*

IPA : *« Ouais, ouais. Alors le côté cadran de la chambre d'isolement, je vois. Effectivement, il y a des patients qui te le réclament parce que c'est rassurant d'être dans une pièce où il ne peut rien leur arriver et où ils peuvent se défouler. Ça c'est cool. »*

Moi : *« Isoler mais pas contentionner ? »*

IPA : *« Mais pas contentionner. On n'est pas sûr de la... Contention physique par la pièce, pas contention physique directement attaché. A *** on l'a repoussé très très longtemps, on la mise en place sur des patients qui se scarifiaient, parce que on n'avait plus aucune solution. On était arrivé sur une patiente qui s'automutilait. C'est la seule patiente qu'on avait contentionnée à l'époque qui s'auto-mutilait jusqu'au point qu'on voyait ses adipocytes au niveau de... Au niveau de ses jambes, qui était emmené aux urgences tous les jours et tous les jours quand elle revenait elle arrachait ses points et elle resaigner. Et la seule solution pour que ça cicatrise un minimum, c'était de l'empêcher d'avoir accès à ses plaies. Là, ce n'était pas la situation la plus optimale, mais c'est ce qu'on avait trouvé comme solution un peu bancal, on va dire. »*

Moi : *« Vous contentionnez beaucoup dans votre service ? »*

IPA : *« Alors vu qu'on a fermé les unités, je t'avouerais qu'on contentionne plus, moi, mes patients sur le l'hôpital de jour on est uniquement sur des patients qui viennent volontairement. Si un patient ne vient pas, je vais le voir en entretien, mais c'est certainement pas une prison. Et non, je n'ai jamais voulu faire flic, alors la contention, c'est pas trop mon kiff. »*

Rires

Moi : *« Et du coup, pour l'éviter. Même si vous ne l'utilisez pas en CMP, quelles mesures alternatives peu on mettre en place ? »*

IPA : « Avant d'arriver à ce moyen-là ? »

Moi : « Dans l'idéal. »

IPA : « Si ton patient est agité, qu'est-ce que tu vas faire ? Déjà c'est de comprendre pourquoi il est agité. Tu peux très bien tomber sur un patient qui va avoir une agitation sur un fond délirant. Je suis persécutée, j'ai une fausse reconnaissance, Je vois quelqu'un qui ne me plaît pas. Je vais lui foncer dessus, c'est certain. Il faut mettre la personne en sécurité. Et la contention a aussi ce rôle-là de pouvoir protéger un petit peu les autres. Mais sinon, tu as des gens qui vont s'énerver, qui vont t'expliquer qu'ils ont des raisons complètement entendables de s'énerver. Tu désamorces, tu discutes, tu trouves un médiateur thérapeutique, un café, une clope ou n'importe quoi pour essayer d'échanger, de rendre les choses un peu plus informelles. Si ça ne fonctionne pas, il reste toujours des ateliers de relaxation. Tu as du snoezelen. Tu as moyen de faire de la prise en charge individualisée. Techniquement, si ça ne suffit pas, il y a toujours possibilité d'avoir un traitement si besoin, un benzo ou un Atarax® ou Tercian® Loxapac® quelque chose qui peut au moins l'anxiolyser un petit peu. Si ça ne fonctionne définitivement pas, là peut être que on peut isoler sans forcément contenir. Si par contre après il y a vraiment trop de risque de mise en danger ou d'agression sur quelqu'un. Ba la contention. »

Moi : « Et est-ce que du coup de la pratique de la contention chez vous, elle a évolué au fur et à mesure de votre bagage et de votre vécu, de votre expérience ? »

IPA : « Dans quel sens tu veux dire évoluer ? »

Moi : « Est ce que vous avez eu un changement de paradigme ? Est-ce que vous avez... Est-ce que votre vision des choses a évolué ? »

IPA : « Alors je suis Je suis militant politique, Je suis anar et je n'aime pas vraiment l'ordre et l'autorité parce que je bosse en psy. C'est le deuxième lieu de privation de liberté, avec la prison, c'est toujours très drôle. Non, la contention, j'aime pas. J'ai jamais aimé aujourd'hui non plus je t'avouerai. Pour moi c'est un moyen de contrôle. La psychiatrie a un rôle de gestion de la norme. On est garant de la norme sociale entre guillemets. Tout ce qui ne convient pas à l'extérieur va venir en psychiatrie. Clairement, c'est un peu comme ça qu'on le voit. Je te donnerai par exemple les homosexuels dans les années 70, ils étaient hospitalisés, aujourd'hui en aucun cas on hospitalise un homosexuel. Donc il y a quand même une évolution par rapport à ça. Il faut se dire aussi que la formation infirmière, elle existe suite à des réclamations de la part de certains psychiatres dans les années 50-60, parce que les infirmiers étaient considérés comme des gardiens fous et mimaient les gardiens de camps de concentration. C'est pour ça qu'on a voulu que les infirmiers soient

formés. Tu as une super plaque qui était à Saint-Alban, qui est un vieil asile où la psychothérapie a été créée. La psychothérapie institutionnelle qui disait tout infirmier ou infirmière qui camisolera un patient sans l'accord du directeur sera renvoyé sur le champ. Et je trouve que ça résumait assez bien la chose en fait. C'est qu'avant c'était un petit peu la chienlit et tu faisais tout ce que tu voulais. Et puis le patient, il en pâtissait. Depuis, c'est interdit. La contention, ça a définitivement jamais été mon truc. »

Moi : « *Et vous, dans la pratique, vous avez vu les choses évoluer ?* »

IPA : « *J'ai vu les choses évoluer par manque de temps. Avec l'arrivée des nouveaux infirmiers et aussi avec le manque de temps. Clairement, certains médecins aussi. Alors c'est un peu sale ce que je vais dire, mais on est à l'heure actuelle dans un gros déficit médical, donc le déficit médical fait que le médecin n'a plus le temps non plus de se détacher. Donc du coup, on a plus facilement recours à la contention. Mais aussi que tu as des médecins qui sont potentiellement des médecins, des praticiens hospitaliers, donc rattachés, qui sont étrangers et qui parfois n'ont pas la même histoire de la psychiatrie et qui ont un recours plus facile aussi à certaines, à certaines thérapeutiques, dont la contention. Donc c'est pas franchement le meilleur lot. Après, je te dirais aussi que tu as des moments où tu critiques la contention, tu as d'autres moments où même si tu le critiques, en fait tu es très content. C'est à dire que quand tu enchaînes tes cinq jours de boulot et que pendant cinq jours, on va reparler du même type de patients. Mais par exemple, les patients qui n'ont rien à faire en psychiatrie, qui sont intolérants à la frustration, qui sont dans le redi tout le temps et tu le sais, même si ta journée change, tu retournes au boulot, tu vas avoir exactement le même cas. Et bien il y a des moments, quand tu les contentions, tu te dis c'est con, mais ça te fait plaisir à toi même. Et je pense qu'il faut se l'avouer. »*

Moi : « *Quand tout le reste a été épuisé et qu'il reste plus que ça ?* »

IPA : « *C'est ça. Et là, à ce moment-là, tu dis Enfin bon, ce qui n'empêche que derrière tu te remets en question, tu sais, c'est pas bien, c'est pas bien, c'est pas bien. Mais en tout cas, sur le moment tu dis pour toi, tu dis que c'est libérateur, ça ne devrait pas. »*

Moi : « *Selon vous, qu'est ce qui pourrait vous aider à prendre en soins des patients agités ? D'une façon qui soit en accord avec vos valeurs de soignant ?* »

IPA : « *On a eu la création des chambres d'apaisement il n'y a pas si longtemps que ça. Alors bien les chambres d'apaisement avec du matériel qui a été testé, qui indéchirables, modulables, etc. Pour avoir fait l'essai quand tu mets un patient qui est agité dedans le*

fauteuil, il a beau faire 50 kilos, il vole vachement bien. Donc c'est un petit peu compliqué. Donc hormis la contention, l'isolement, pour moi ça reste la meilleure. »

Moi : « *Donc ça reste quand même nécessaire dans certaines situations. »*

IPA : « *Pas attaché parce que même si le patient s'énerve, même s'il frappe dans les murs de la chambre d'isolement, moi je m'en fous. Je m'en fiche parce que t'es chez toi, tu as envie de t'énerver, tu vas hurler, personne ne va venir t'embêter, Tu es dans ta chambre d'isolement. C'est une chambre qui est sécurisée, qui a été prévue pour que les gens puissent s'énerver, ne puissent pas se faire de mal. Et ben si tu tapes dans les murs qui tapent dans les murs, le mur sera toujours plus fort que lui. Clairement. Mais au moins, il ne pourra pas, il ne pourra pas risquer de risquer sa vie. Donc moi, ça me va. Bien sûr, avec un médicament derrière pour pouvoir l'aider à s'apaiser. Moi, je l'ai toujours dit, la contention ça rime avec sédation. Mais pour moi, chambre d'isolement, ça, ça rime aussi avec sédation. Ça ne veut pas nécessairement dire un traitement de cheval avec trois ampoules de Loxapac®, rien qu'un demi Atarax® si ça suffit, avec le temps plus court possible. La chambre d'isolement, c'est pas censé être punitif, c'est censé être curatif. Donc si tu as quelqu'un qui a fait une connerie il y a trois jours avant, ça sert à rien de le mettre en chambre d'isolement, ça ne sert à rien. Ton patient, tu le mets en chambre d'isolement quand il y a un moment critique. Il n'est pas censé passer sa vie en chambre d'isolement. S'il s'énerve, je lui donne son médicament. Tu le mets en chambre, il va hurler 2 heures. Au bout de 2 heures, il est calme, tu le fais sortir et après tu débriefe. Et surtout débriefe, surtout débriefe, reprendre avec le patient ce qui s'est passé et peut être, voire peut être voir ce qui a marché, ce qui n'a pas marché et comment lui aurait pu le gérer par lui-même. »*

Moi : « *Avec le patient, avec l'équipe aussi ? »*

IPA : « *Avec l'équipe ? Oui, bien sûr, bien sûr, tu as aussi les réunions d'équipe hebdomadaires maintenant bi-hebdomadaires chez nous. Mais en tous cas, c'est toujours une façon de pouvoir rediscuter des situations complexes, de pouvoir revoir ce qui a marché, ce qui a déconné et peut être voir aussi les axes d'amélioration. Et le patient, il est toujours le patient, c'est la première personne concernée. De toute façon, dans la logique des choses, on veut absolument qu'il soit acteur de soin. A ce moment-là c'est de reprendre avec lui pour essayer de lui faire comprendre. Là, ça a déconné. Qu'est-ce que toi tu peux faire pour que ça aille mieux ? Ça peut être rien, mais ton patient qui va, qui habituellement pète un câble, il ne vient jamais te voir pour avoir un si besoin, si il vient te voir pour avoir un si besoin. C'est une évolution en soi. »*

Moi : « Quel rôle les valeurs personnelles, qu'on a tous en tant que soignant, influe sur la gestion d'un patient violent ? »

IPA : « Ton patient violent. Il n'est pas que patient, violent, c'est aussi un patient qui a une pathologie, une histoire. Tu vas avoir forcément dans le monde... T'aime certaines personnes, tu n'aimes pas certaines autres personnes. Il y a des gens qui t'aiment. Tu as des gens qui ne t'aiment pas. On dit toujours On est toujours le con de quelqu'un. Clairement. Et les patients, c'est pareil. Tu as des patients avec qui tu vas être plus professionnel ou moins professionnel, plus dans l'empathie, moins dans l'empathie. Je pense que dans une situation qui est conflictuelle, si t'as moyen, tu passes la main. Si jamais tu vois que ça ne va pas coller, ça ne va pas le faire. Tu ne vas pas te mettre à défaut, tu ne vas pas aller au clash. Tu vas peut-être faire appel à un collègue qui a plutôt un bon contact avec lui. Ça va quand même plutôt l'apaiser. »

Moi : « Comment vous pouvez..., avez-vous des méthodes, pour retravailler cette empathie que vous auriez perdu avec un patient ? »

Silence

IPA : « Je te dirais de repartager des moments, repartager des moments. Ça peut remettre aussi en question tous tes préjugés, toute la représentation que tu pouvais avoir autour du patient. Peut-être requestionner aussi ta pratique. Peut-être que c'est toi qui as déconné à un moment, ça peut être pas mal. Mais ça veut dire faire une sorte de projection hors corps. Ça veut dire se regarder de l'extérieur et se dire bon, faut que je m'analyse. »

Moi : « Ce qui est peut-être pas toujours évident ? »

IPA : « Je te dirais que d'un point de vue empirique... C'est pas souvent. Et c'est marrant, moi-même à certains moments je fais des conneries et je me remets pas en question. À un moment je me remettrai en question. Deux mois après je fais putain ouais merde, j'ai fait une connerie avec le recul sur la situation. »

Moi : « Nous allons arriver au terme de cet entretien, avant de clore notre échange, souhaitez-vous ajouter quelque chose ou aborder un point que nous n'aurions pas évoqué et qui vous paraît important ? »

IPA : « C'est vrai que quand on parle de contention directement, moi je parle aussi d'isolement, j'ai plus ce rapport là, mais je pense qu'il y a un biais par rapport à ça, dans mon imaginaire, c'est vrai que la contention, je l'utilise tellement peu que je reste sur la mise en chambre d'isolement qui est pour moi déjà une forme de contention. Je pense qu'il y a certainement un gros manque de connaissance, en tous cas au niveau des collègues. »

Beaucoup de gens qui se retrouvent contentionner avec un, deux ou trois membres et pas tous les membres ou sans la ventrale. S'il y a une sédation proposée, an antico si nécessaire. Parce que normalement, contention, sédation dans les textes, c'est obligatoire... »

Moi : *« Merci pour votre temps, je vous remercie chaleureusement pour votre participation et pour la qualité de vos réponses. Je vous souhaite une bonne continuation. »*

Annexe 6 : Retranscription du second entretien avec l'IDE 1

Moi : « Bonjour, je me présente, Jérémie Grandjean, élève infirmier en semestre 6 à l'institut de formation en soins infirmiers du CHU d'Amiens. Aujourd'hui nous sommes réunis dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche de fin d'étude. Cet entretien s'inscrit dans une démarche de recherche comparative m'amenant à penser les différentes prises en soins en psychiatrie. Il s'inscrit dans les recherches de catégorie 3, non interventionnelles encadré par la loi Jardé. Cet entretien est enregistré et a vocation d'être retranscrit. Toute fois celui-ci restera anonymiser et confidentielle. Ces propos ne pourront être utilisé que dans le cadre de ces recherches. Vous êtes en droits de ne pas vouloir répondre à l'une de ces questions et d'arrêter cet entretien à tout moment. Cet échange va durer une trentaine de minutes. Auriez-vous des questions ou des éléments que vous souhaiteriez voir clarifiés ? »

IDE : « Du coup, moi je suis G., infirmier depuis août 2019, j'ai été diplômé le 26 juillet 2019. J'ai fait ma formation sur l'IFSI de *** à l'époque, c'était pas encore ***. Moi, durant mon cursus d'étudiant, j'ai fait 6 stages au total en psychiatrie, j'ai fait ***, ***, quand c'était encore un service de moyenne et longue évolution. J'ai fait ***, l'unité de psychiatrie adulte, qui gère essentiellement les personnes dépressives en crise suicidaire. J'ai fait la psychogériatrie aussi, le CATTP et un hôpital de jour. Donc j'ai brassé quand même pas mal de psychiatrie durant mon cursus. Une fois diplômé, enfin avant l'obtention du diplôme, du coup, de juillet jusqu'au 1er août 2019, j'ai été en mensualité d'aide-soignant sur la psychogériatrie. Là où j'avais fait mon Pré pro. Et puis juste derrière, j'ai intégré en août en tant qu'infirmier un service d'entrée. Donc *** service d'entrée. Donc voilà, j'y suis resté pendant 5 ans. Et puis là, je suis arrivé en juillet, en août, pardon, 2024, sur ***. »

Moi : « Ça faisait déjà un moment que vous aviez envie de bosser aux urgences, ou ça s'est fait comme ça ? »

IDE : « En fait, j'ai deux gros projets professionnels. Donc l'idée, c'était de me renforcer sur un point de vue de connaissance en service d'entrée. Là, on brasse vraiment tout type de pathologie, tout type de patient et tout âge. Et l'idée ensuite, c'était... Moi, j'avais fait mon mémoire sur les médiations sportives pour un patient schizophrène, pour un sujet schizophrène. Donc ça, c'est un gros point que j'aimerais approfondir durant ma carrière, les médiations par le biais du sport. C'est quelque chose qui m'intéresse vachement. Comme j'ai une forte appétence pour le sport et pour la pathologie mentale, je pense que lier les deux, ça peut être super intéressant. Et les *** aussi. Je trouve que ça renforce

*beaucoup au niveau professionnel. Et puis ça nous apprend à gérer vraiment la situation d'urgence. Mais aussi d'un point de vue humain, relationnel, je trouve que c'est intéressant parce qu'on reçoit vraiment tout type de prise en charge. Un patient dépressif qui vient de vivre quelque chose de traumatique ou un patient en décompensation psychotique, un patient en phase maniaque, hypomaniaque, peu importe. Mais vraiment tout type de pathologie. Et on arrive, on est en plein dans la crise. On a des patients aussi qui nous sont amenés avec les pompiers, les gendarmes. Ça permet vraiment de s'étoffer encore plus. J'ai eu mon premier bagage en service d'entrée. Je veux le second aux ***, y rester un petit peu, histoire de m'armer encore plus. »*

MOI : « *Et vous avez d'autres formations en dehors du DE ?* »

IDE : « *Non, tu parles d'un DU par exemple ? Un diplôme universitaire ou un truc comme ça ?* »

Moi : « *par exemple oui* »

IDE : « *Non, j'ai des formations institutionnelles, tu sais, par le biais de l'hôpital. J'ai fait OMEGA, je ne sais pas si tu connais. OMEGA c'est la gestion de la crise justement. L'agitation aussi. Donc ils t'apprennent quelques techniques de...* »

Moi : « *De désescalade ?* »

IDE : « *De désescalade, c'est ça exactement. De dégagement aussi. Si tu te fais prendre à partie physiquement par un patient, étrangler, mordre. Ça se passe en 5 jours. C'est une formation de 5 jours, toute la journée. Et c'est intéressant, c'était des intervenants extérieurs comme moi je l'ai fait. Mais là on a des professionnels de Pinel qui ont été formés en tant que formateurs. Donc du coup, ils peuvent intervenir et ça nous fait plus de formations et plus de gens formés. C'est vraiment une formation que tu peux vraiment mettre en place et bien utiliser quand les agents avec toi sont formés. Parce que si toi tu fais une technique de désescalade avec ton collègue à côté et qu'il n'est pas formé... Ça devient compliqué. Ou même ils nous donnent des petits tips, du genre des mots à dire. Et si tu dis ce mot-là, ça veut dire qu'à ce moment-là on va s'avancer vers le patient. On va essayer de le contenir physiquement parce qu'il est menaçant ou il pourrait être dangereux. Donc tout ça c'est ce qui nous amène en formation et c'est quelque chose d'assez intéressant. »*

Moi : « *Et au niveau de votre projet via le sport, ça se passe par une formation aussi ?* »

IDE : « *Le projet pro sur les médiations sportives. Alors ouais, il y a des formations aussi. Après c'est des trucs à demander de manière annuelle. Par exemple, tu refais les mêmes demandes pour tes formations. Là moi je ne savais pas que j'allais arriver sur les urgences,*

mais après j'ai postulé, j'ai eu la chance d'être pris. Donc du coup j'avais fait des demandes de formation sur les médiations sportives. Là cette année, courant fin avril je crois, j'ai un entretien avec ma cadre et je vais faire des demandes sur plutôt les types de pathologies que j'aimerais approfondir pour prendre en charge sur les urgences. Du coup c'est un petit revirement sur mes demandes de formation. Voilà. »

Moi : *« Très bien, merci beaucoup. Du coup je vais vous poser la première question. Parmi les situations auxquelles vous êtes régulièrement exposé avec les patients, lesquelles vous posent le plus de difficultés ? »*

IDE : *« Lesquelles me posent le plus de difficultés ? Professionnellement ou plus sur un point de vue personnel ? »*

Moi : *« Ça peut être les deux. »*

IDE : *« Les deux ? Moi je vais mélanger sur les deux. Professionnellement, l'agression physique envers le soignant, c'est une situation qui me pose quand même pas mal de problèmes parce que c'est dangereux. Je ne vais pas te faire un dessin, mais oui c'est dangereux. Quand je suis arrivé ici, ma deuxième semaine, je me suis fait casser la figure, il faut le dire, par un patient en décompensation, mais qui m'a quand même coûté 4 jours d'ITT. Donc c'est pas mal. Donc l'agression physique c'est vraiment quelque chose, parce que même si on fait des formations, on est préparé, enfin préparé pas vraiment, on n'est jamais prêt, mais on sait que ça peut nous arriver, on essaye toujours de désescalader. Là on a eu affaire à un patient qui s'est présenté, qui à peine il nous a vu s'est agité, menacé les ambulanciers qui l'ont accompagné. On n'a pas eu le temps de mettre quoi que ce soit en place pour essayer de désescalader la situation. Ça a tout de suite été sa réponse avec le poing. Et après c'est un patient qui est connu, qui nous avait déjà vu, qui a déjà eu des antécédents de violence envers le personnage soignant, qui a déjà blessé plusieurs collègues. Donc moi l'agression physique, professionnellement et même personnellement, finalement c'est quelque chose d'assez problématique, parce que t'as toute la sphère familiale aussi qui rentre en compte. T'as envie de rentrer chez toi le soir, t'as pas envie de rentrer avec un œil en moins, une dent en moins, ou même pas rentrer du tout. Donc voilà. Et puis sinon au niveau des prises en charge, j'ai quelques difficultés, mais plus sur le plan personnel, parce que c'est le type de pathologie que je comprends le moins. C'est avec les troubles de la personnalité borderline. Les patients qui testent un peu nos limites, qui suscitent aussi le rejet de la part des équipes soignantes la plupart du temps, j'ai un peu de mal à les prendre en charge comme j'aimerais. »*

Moi : *« Ils sont beaucoup dans l'opposition ? »*

IDE : « C'est ça. Je pense que je les prends pas mal en charge, mais j'aimerais mieux les prendre en charge. Je pense qu'il faudrait que je sois mieux formé sur ce type de pathologie pour mieux, eux, les comprendre et ensuite mieux les prendre en charge. »

Moi : « Vous parliez du patient qui décompensait tout à l'heure. Vous croyez que c'est quoi les facteurs qui amènent une décompensation comme ça aux urgences ? »

IDE : « Qui amènent à une décompensation ? Du coup, la rupture de suivi. Là, c'est un patient qui continuait son suivi, qui avait un programme de soins. Je sais pas si tu sais ce que c'est le programme de soins. C'est en gros une obligation de soins. Si tu fais pas tes soins, t'es censé réintégrer à l'hôpital. En gros, c'est ça. Un patient qui faisait son suivi, mais qui malgré son suivi, c'était déjà présenté sur le CMP, donc le centre médico-psychologique à la gare, qui avait déjà menacé son psychiatre. Le psychiatre avait dit, ça va passer, il continue quand même de prendre son traitement, donc je vais pas faire la demande de réintégration. C'est passé ce qui s'est passé. Une semaine après, il se présente aux urgences, il s'agite, il nous casse la figure, parce qu'on est plusieurs à avoir pris des coups, plusieurs à avoir reçu des ITT, parce qu'en plus, c'est un patient avec un beau gabarit, il approchait les 2 mètres, il dépassait les 150 kg, c'était pas n'importe qui quand même. Donc voilà. Et donc, je sais plus où est-ce que je... »

Moi : « On était sur les facteurs. »

IDE : « Donc, ce patient-là avait continué ses traitements, mais malgré les traitements, il a plongé, il a redécompensé, parce qu'en fait, il consommait aussi des toxiques, et je sais pas si t'as toutes tes connaissances là-dessus, mais en gros, les neurotransmetteurs des toxiques et des médicaments, c'est les mêmes, et quand ils sont blindés par les toxiques, tes traitements font beaucoup moins effet. Donc voilà, un patient qui a décompensé comme ça, il a la rupture de suivi, la rupture de traitement, après t'en as qui décompensent même avec un traitement, parce qu'il y a un événement, un élément déclencheur, la perte de quelqu'un, un relais par exemple de soignant sur le suivi, ça peut être des éléments qui paraissent banals, mais qui finalement peuvent perturber aussi les patients qui sont fragilisés. »

Moi : « Est-ce qu'il y a un profil patient chez qui il y a plus de chances que ça décompense rapidement ou pas ? »

IDE : « Ben ça reste homogène, après c'est ce que je te disais, les patients consommateurs d'alcool et de drogues en général, il y a plus de risques, parce qu'ils prennent la drogue dans le but de moins prendre de traitements, ou des fois ils cumulent les deux, et puis après

faire la différence entre une décompensation liée à la pathologie ou liée au traitement, c'est pareil, est-ce que c'est psycho-induit ou... »

Moi : *« Et en termes de pathos, il y a des pathologies qui décompensent plus facilement que d'autres ? »*

IDE : *« Non, je ne sais pas si c'est un mythe ou pas, mais des collègues qui sont là depuis plus longtemps que moi, me disent que, par exemple, on est bientôt en changement de saison, pleine lune, etc., les patients qui ont une pathologie thymique, ont plus tendance à décompenser lors de ces périodes de changement. Changement d'heure, changement de saison, pleine lune, je ne sais pas pourquoi, je ne sais pas ce qui se joue à ce niveau-là, je n'ai pas assez de connaissances, mais il y aurait des facteurs qui favoriseraient les décompensations naturelles. »*

Moi : *« Comment vous arrivez à évaluer le risque d'auto-hétéro agression ? »*

IDE : *« Je vais te reprendre l'exemple que j'ai eu, on l'a vu arriver physiquement, on l'a vu arriver dans le service, je n'ai pas vu le premier coup qu'il nous a mené, je ne l'ai pas vu arriver. On sentait que ça allait être compliqué, on s'est posé la question, sans se la poser. »*

Moi : *« A quoi l'avez-vous senti ? »*

IDE : *« On sentait que le patient était sthénique, énervé, on sentait qu'il était indécidable de ses propos, persécuté par l'équipe soignante, on sentait qu'il en avait après les ambulanciers, on a essayé de prendre le relais, ensuite il en avait après nous, on sentait que plus on interagissait avec lui, plus ça montait, mais en même temps, même en essayant de fuir la situation pour qu'il s'apaise seul, ça ne fonctionnait pas, on savait que ça allait mal finir. Et connaissant le patient aussi, parce qu'il a des antécédents de violences sur le personnel, on a senti la chose. Après ta question, c'était plus général. Comment on évalue ? C'est un peu un feeling. Tu vas orienter ton entretien selon ce que le patient va te dire, tu vas déjà cerner s'il y a des chances qu'il se fasse du mal, ou s'il y a des chances qu'il te fasse du mal aussi, parce que tu vas orienter tes questions, lui poser des questions, par exemple s'il a des idées, des idées suicidaires, s'il a déjà fait des actes suicidaires, une IMV, des scarifications, des tentatives de précipitation, ou autre, peu importe. S'il dit non, tu peux déjà un peu mettre de côté l'auto-agressivité, sans l'oublier, parce qu'il y a toujours ce risque. Et puis après, en fonction de la présentation de ton patient, la façon dont il va te parler, tu vas plus te dire, là le mec en face de moi est méfiant, il me paraît un peu sthénique, énervé, je vais déjà me mettre un peu plus en retrait, je vais essayer d'adoucir un peu plus la situation. »*

Moi : *« Donc il y a une part d'expérience dans ce feeling-là. »*

IDE : « C'est ça, c'est ça. Et c'est quelque chose qui m'inquiétait en arrivant là, sur les urgences, parce que je me suis dit, je vais pas savoir gérer, alors qu'en fait, j'étais en service d'entrée, je savais gérer ces situations-là. Et en fait, c'est quelque chose qui se fait naturellement. Au début, t'es un peu stressé, tu te dis, je vais pas savoir quoi leur dire face à des propos d'auto-agressivité, ou quand ils vont dire qu'ils vont se faire du mal, qu'ils vont rentrer chez eux, qu'ils vont se suicider. Je me suis dit, je saurais jamais quoi leur dire. Puis en fait si. Pareil, face à l'agressivité, j'ai reçu des formations, il y a la formation aussi de 3 ans sur l'IFSI, où il y a quelques apports, et puis l'expérience aussi de tes collègues qui peuvent te conseiller. Tout ça, ça rentre en compte et ça te permet d'évaluer sur l'instant T ton patient, savoir s'il y a un risque de passage à l'acte hétéro, auto-agressif, peu importe. C'est comme ça qu'on évalue, en gros, c'est notre entretien qui fait le travail. »

Moi : « Au niveau de la contention mécanique, est-ce que vous pouvez me dire ce que vous en pensez ? »

IDE : « Je l'utilise plus depuis que je suis sur les urgences que je ne l'ai utilisé sur les services d'entrée. Parce que nous, on arrive généralement, ils sont déjà passés par les urgences et ils sont contentionnés via les urgences ou avec l'équipe des urgences présente dans le service. Comme je suis sur les urgences maintenant, j'y suis un peu plus confronté. »

Moi : « Et qu'est-ce que vous en pensez ? »

IDE : « Qu'est-ce que j'en pense ? »

Moi : « Il n'y a pas de mauvaise réponse. »

IDE : « Je pense que c'est un soin comme un autre, qui peut être mal vécu par le patient mais aussi par le soignant. Parce que des fois, pour protéger notre patient, j'ai plusieurs exemples. Encore cette semaine, pendant ma présence, pendant mes postes, il y a eu deux contentions au total. Deux contentions différentes. Un patient qui était agité, qui nous menaçait. Impossible de se mettre en sécurité. Le médecin a choisi de prescrire la contention parce que, de un le patient, ça faisait plus de 24 heures qu'il ne s'était pas posé, il était agité comme pas possible. Donc il a fallu le contentionner pour mettre l'équipe soignante en sécurité mais aussi pour que le patient puisse se poser en ayant un traitement et s'endormir plutôt que de lutter contre le traitement et de faire des cent-pas dans la chambre d'isolement. Et on a eu un cas aussi d'un patient qui a tenté de se pendre, qui avait tout mis en scène pour se pendre. Donc il a fallu le mettre en sécurité. Donc on l'a contentionné histoire qu'il ne se mette pas en difficulté. Donc voilà. La question à un moment s'est posée pour ce patient-là, parce qu'on a une blouse de sécurité, ça fait un peu

comme un gilet pare-balles où le patient, il ne peut rien faire avec. Tu verras pendant ton stage du coup. Mais le patient ne peut rien faire avec parce qu'il ne peut pas se pendre avec, il n'y a pas d'élastique, il n'y a pas de moyen de faire un noeud avec. Donc la question qu'on s'était posée à ce moment-là, c'est est-ce qu'il vaut mieux qu'on le mette tout nu avec ce truc où tout dépasse, ou est-ce qu'il vaut mieux qu'on le contentionne que quelques heures ou tout nu pendant plusieurs heures, parce que ça se serait prolongé je pense. On a choisi la contention, chose qui a duré deux heures. Le patient s'est calmé avec l'aide du traitement. La crise est passée, ensuite il a été transféré en service d'entrée plus contentionné. Après, la contention mécanique, t'entends vraiment les liens, les liens attachés au lit. Parce qu'après, la chambre d'isolement c'est finalement une contention. Mais la chambre d'isolement, on l'utilise encore plus que les contentions. »

Moi : « *Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment ça se déroule la mise en place d'une contention d'un patient ?* »

IDE : « *À partir de quel moment ?* »

Moi : « *À partir du moment où la décision est prise.* »

IDE : « *Imaginons un entretien, je fais un entretien avec le médecin, le patient s'agite, on va déjà essayer de le contenir physiquement nous, histoire de se mettre en sécurité nous, et mettre en sécurité le patient. Pour éviter qu'il se fasse mal, on tape sur sa tête, imaginons, contre la vitre, ou en essayant de taper les infirmières, on va essayer de le contenir. Donc il risque d'être allongé sur le sol, contenu par l'équipe soignante. On va ensuite le transférer en chambre d'isolement, parce qu'on ne met pas les contentions ailleurs qu'en chambre d'isolement. Et puis on va le contentionner sur le lit, à l'aide de toute l'équipe soignante, donc les collègues qui vont tenir le patient, qui va potentiellement se débattre, généralement ils se débattent, sinon on n'a pas la contention. Ils se débattent, ils essayent de nous mettre des coups, des fois ils crachent, des fois ils mordent... »*

Moi : « *Vous êtes combien pour...* »

IDE : « *Sur les urgences ?* »

Moi : « *Non, pour une mise en contention.* »

IDE : « *On essaye d'être le plus possible, en fonction du gabarit de ton patient. Si c'est un patient qui fait 1m50 pour 50 kg, ça devrait aller physiquement. Après un patient en crise, il a ses forces qui sont décuplées aussi. Mais tu vas prendre un patient de grande taille, plus d'1m85, on va essayer d'être vraiment le plus possible. On peut faire appel à la sécurité, mais ça c'est autre chose. Donc ouais, les collègues essayent de le contenir physiquement.*

Généralement, nous sur les urgences et notre organisation, on essaye que les collègues masculins le contiennent physiquement, et les collègues féminins mettent en place les liens. Et puis ensuite, une fois que les liens sont posés, nous on relâche doucement aussi, histoire de ne pas se reprendre un crachat, un coup de tête, parce qu'ils sont contentionnés, mais ils ont la liberté de mouvement quand même. Ils peuvent pas se gratter le nez, mais ils ont un peu de mou. Ils sont pas collés au mur, enfin, pas collés au lit. Donc voilà, voilà comment on met en place les contentions, et puis après on a l'obligation de faire notre surveillance régulière, parce qu'on ne sait jamais, tu sais, ça peut arriver que des fois on les serre un peu trop, ou qu'on ne les serre pas assez, et que le patient arrive à retirer son bras sur le pied de la contention, peu importe. Donc on fait notre surveillance régulière. »

Moi : « *Est-ce que votre vision de la contention en tant que soin, elle a évolué entre le moment où vous êtes sorti de l'école et maintenant ?* »

IDE : « *Hum, ouais, bah, en fait, quand je suis sorti de l'école, je n'avais pas eu beaucoup à faire à la contention, parce que j'ai fait des stages en extra, j'ai fait un stage en service d'entrée, mais j'avais eu de la chance, je n'ai jamais eu de patients contentionnés sur mon stage en service d'entrée en psychogériatrie, il n'y avait pas de chambre d'isolement. J'allais de temps en temps sur les renforts, mais en tant qu'étudiant, je ne rentrais même pas dans une chambre d'iso. Donc en fait, je n'ai pas eu trop à faire aux contentions, tu sais, j'avais un peu plus, je savais qu'on ne camisolait pas nos patients parce que j'avais fait des stages, mais j'avais plus ce point de vue un peu sociétal de on t'attache le patient et puis basta. Là, mon point de vue, il a évolué dans le sens où je le prends vraiment comme un soin bénéfique pour le patient, histoire de vraiment calmer le patient qui est en crise avec l'aide d'un traitement en plus de la contention, parce qu'une contention seule, ce n'est pas vraiment un soin finalement. Si tu contentionnes qu'il est agité, il va s'épuiser, potentiellement se luxer l'épaule, un genou, une hanche, peu importe, il va se débattre. Donc il peut potentiellement se mettre en danger. Mais si tu allie ça avec un traitement, je le prends vraiment plus comme un soin. »*

Moi : « *On parle de sédation ?* »

IDE : « *Sur une agitation, oui, on parle plus de sédation.* »

Moi : « *Avant une contention, on a déjà un peu parlé tout à l'heure de la désescalade, la contenance, est-ce que vous voyez d'autres mesures alternatives à mettre en place, que vous pourriez mettre en place aux urgences, ou spécifiquement aux urgences ?* »

IDE : « *Nous on n'a pas de salle d'apaisement par exemple, justement comme tu vas voir, il y a des services qui sont dotés de chambres d'apaisement, donc ça c'est pratique, parce*

que ça permet de, c'est le stade, en gros, pour éviter la chambre d'isolement, c'est une pièce où le patient peut s'apaiser tranquillement, sans être enfermé à clé, toujours normalement en présence d'un soignant, je dis bien normalement. En plus, nous ce qu'on peut mettre en place ici, la désescalade, comme je t'ai dit tout à l'heure, j'ai déjà eu à faire là sur, aux urgences, un patient que j'avais eu à prendre en charge sur les services d'entrées, donc il me connaissait, c'est aussi quelque chose qu'on essaye de mettre en place, tu sais quand on voit un patient avec qui ça risque de mal se passer, s'il y a un soignant qui a une meilleure accroche avec ce patient-là, on va favoriser ce soignant-là, histoire de déjà de désamorcer un peu, parce qu'il y en a pour qui c'est pas, la plupart, c'est pas forcément simple de venir consulter aux urgences, quand en plus t'es en crise, ça peut plus facilement monter, si t'as affaire à quelqu'un que tu connais, quelqu'un que tu estimes, je pense que c'est plus difficile de t'énerver, de t'agiter. »

Moi : « c'est une stratégie ? »

IDE : « *oui, ça nous est déjà arrivé, ça nous a sauvé certaines situations, je ne mets pas en avant que mon expérience, parce que j'ai des collègues aussi pour qui c'est déjà arrivé, et puis on essaye aussi d'expliquer aux patients comment ça va se passer, parce qu'on essaye de leur expliquer la prise en charge, il y en a, c'est impossible qu'ils passent par autre chose que la chambre d'isolement, et on essaye de leur expliquer qu'en fonction de leur état psychique, de leur comportement aussi, la prise en soin sera plus ou moins rapide. Il y en a, ils vont s'agiter, mais plus pour nous mettre en difficulté que parce qu'ils sont malades, ils vont s'agiter plus pour nous faire mal que parce qu'ils sont délirants sur un instant T, donc on va leur expliquer que la décision de l'hospitalisation, elle est prise, ils vont être hospitalisés, ils vont être accompagnés en chambre d'isolement, que si ça se passe, si mieux ça se passera, plus court sera le temps de la chambre d'isolement, et de la contention, si contention il y a. »*

Moi : « L'inconnu, ça peut être angoissant aussi pour un patient ? »

IDE : « *C'est ça, c'est ça, et des patients qui sont jamais venus et qui ne sont pas connus, ils vont avoir des idées reçues comme toute la société a sur la psychiatrie, sur les soins en psychiatrie. Il y en a beaucoup. Je te parlais de camisoles tout à l'heure, pour ma part, par exemple, quand je parle de mon travail à la maison, à mes parents par exemple, ils sont encore sur ce truc de les chambres capitonnées avec les camisoles de force, etc. On n'est plus là-dessus, ça existe toujours, mais on n'est plus là-dessus. Et non, donc oui, on essaye vraiment d'expliquer la prise en charge aux patients, ce qu'il est en capacité d'entendre, bien sûr, mais on essaye d'expliquer la prise en charge aux patients, le déroulement de ces soins, et sans mentir, sans dire, ben là il y a ça, et demain, c'est ça. On essaye de jamais*

vraiment donner de délai, parce que la pathologie mentale, c'est jamais ancré dans le marbre que ça va se résoudre à tel moment, et c'est ça qui est difficile. »

Moi : « *Si l'on dit n'importe quoi, on se met en porte à faux vis-à-vis du patient ? »*

IDE : « *C'est ça, ça met en difficulté l'équipe d'après, toi le lendemain, donc c'est pas forcément, on essaye vraiment de, c'est vraiment le principe d'être transparent avec notre patient. Tu sais qu'il va être contentonné, autant lui expliquer les choses, comment ça va se passer, essayer de le rassurer sur la chose, s'il est en capacité de l'entendre, après t'en as qui... »*

Moi : « *Ça dépend des cas ? »*

IDE : « *Ça dépend des cas. T'en as qui tu peux expliquer pendant 20 ans, ils n'auront pas compris parce qu'ils ne t'écoutent même pas, ils ne sont pas en capacité de t'entendre, et leur seule réponse ça va être de te mettre un poing au visage... »*

Silence

Moi : « *Merci. Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans le service, qu'est-ce vous manquerait, est-ce que vous avez identifié des choses dont vous auriez besoin pour essayer de caler votre prise en charge au mieux avec vos valeurs de soignants ? »*

IDE : « *C'est pas facile quand même cette question. »*

Moi : « *Ouais, désolé. »*

Rire

Moi : « *En quoi tes valeurs, vont impacter ta prise en charge ? »*

IDE : « *Comment mes valeurs ont impacté ma prise en charge ? Je pense qu'on fait pas ce métier par hasard, je pense. Il y a peut-être des erreurs de parcours qui arrivent aussi, ou des gens qui passent à travers les mailles du filet, ça c'est un autre sujet. Non. Comment mes valeurs ont-elles impacté ma prise en charge avec le patient ? Je pense que j'ai pas fait cette formation par hasard, je suis pas arrivé ici par hasard. J'aime bien le contact avec l'humain, j'aime bien essayer du moins d'aider les gens, parce que même si on essaye, on n'y arrive pas toujours. Et j'aime bien me sentir utile pour l'autre. J'aime bien aussi essayer de désamorcer la crise, et j'ai toujours, c'est mon auto-critique, j'ai toujours travaillé dans l'urgence, à tous les stades de ma vie, j'ai toujours travaillé dans l'urgence. Il y avait un partiel, je me prenais toujours à la dernière minute. Il y avait le bac, j'ai révisé deux jours avant. C'est un point que j'ai éclairci il y a pas longtemps, j'ai toujours travaillé dans*

l'urgence, il n'y a que ça qui me stimule, ça me va parce qu'il y a de l'adrénaline, même s'il n'y a pas que ça, mais il y a des situations compliquées qui permettent aussi de te remettre en question. Et d'ailleurs la remise en question, la remise en question en tant que professionnel, et surtout en psychiatrie, elle est super importante. On a eu là un collègue qui a vu un patient la semaine dernière, et on a appris son décès là récemment. Donc on s'est posé tous autour de notre bureau, hier en transmission, et puis on s'est demandé où est-ce qu'on avait fauté, qu'est-ce qu'on avait bien fait aussi, parce que le patient a fait son choix, il s'est suicidé, nous on a mis en place tout ce qu'on pouvait mettre, on a proposé tout ce qu'on pouvait proposer. Le patient a fait son choix, et on respecte ça aussi entre guillemets. Je pense que... »

Moi : « *Il était sorti ?* »

Silence

IDE : « *Oui. Nos valeurs en tant qu'être humain, on les met le mieux possible en avant pour notre taf. Après, la question n'est pas simple, et pas simple à développer, mais moi je me sens, après c'est dur de s'auto-évaluer, mais je me sens, j'ai l'impression en tout cas, d'essayer d'apporter le meilleur possible pour le patient, et même si on ne le fait pas toujours bien, parce qu'on a aussi des fois des complications personnelles, qui font que des fois on est moins à l'aise avec certaines situations, on est moins à même de travailler à un instant T, on essaye toujours, même si ça ne va pas, d'apporter le meilleur possible au patient. »*

Moi : « *Le facteur humain, c'est plein de nuances, mais ce n'est pas toujours évident. »*

IDE : « *Exactement. »*

Moi : « *Et pour revenir à la contention, comment vous en parlez entre vous ? Est-ce qu'il y a des réunions d'équipes pour en discuter ? Est-ce qu'il y a des retours avec le patient ? Comment ça se passe à ce niveau-là, le débriefing ? »*

IDE : « *Entre équipes, déjà, on n'a pas un temps marqué, où on dit, tiens, tel jour, on a contentonné tel patient, venez, on en reparle. C'est pas vraiment comme ça, c'est plus, on a une agitation, on a un patient qui a besoin d'être contentonné, on le contentonne, on lui donne son traitement avant, bien sûr, on le contentonne. On finit tout ce qu'on a à faire avec ce patient-là. Et une fois qu'on a reclaqué la porte de notre bureau, on reprend si on a besoin de reprendre, parce que des fois, il y a des situations où ça a glissé tout seul, on n'a pas forcément besoin de reprendre. Mais on essaye toujours d'en discuter un minimum. Qu'est-ce que t'en as pensé ? Qu'est-ce qui a été ? Qu'est-ce qui n'a pas été ? On essaye toujours de, ce que je te disais tout à l'heure, on se remet toujours en question sur notre*

prise en charge. Qu'est-ce que t'as bien vécu ? Qu'est-ce que t'as mal vécu aussi ? Parce que, tu vois, depuis tout à l'heure, je te parle d'une mise sous contention, on a l'impression que c'est simple, mais en vrai, il y a des mises en contention qui sont très compliquées, des patients qui te crachent au visage, je te l'ai dit tout à l'heure, c'est jamais très simple, professionnellement et personnellement, parce que tu prends un crachat, c'est quand même assez humiliant, même si le patient n'est pas en pleine possession de ses capacités intellectuelles ou il n'est pas lucide sur l'instant T. T'es vraiment confronté à un tel état d'adrénaline, de stress et de violence par le patient que des fois, tu le vis mal, tu vois. Quand je me suis fait casser la gueule, en juillet, en août, à peine arrivé, on se fait casser la figure. Ça, on en a repris le jour J. Ensuite, il y a eu le dépôt de plainte, etc. On a repris avec la cadre lors de notre dépôt de plainte qui nous a accompagnés. Et une fois la situation bouclée, on a repris encore, tu vois. On essaye vraiment à chaque fois de désamorcer les situations. Si on voit quelqu'un l'a plus mal vécu que quelqu'un d'autre, on essaye aussi de se soutenir les uns les autres. Je pense que ça fait partie de notre taf. Et en plus de ça, pour le patient, du coup, parce que je crois que c'était aussi dans ta question, pour le patient, on essaye... Pour le patient, on essaye aussi de reprendre avec lui s'il est en capacité qu'on reprenne. Parce que t'as des patients qui vont vraiment mal le vivre et qui vont en vouloir de les avoir contentonnés parce qu'ils vont pas comprendre. »

Moi : « *Il y a des temps identifiés pour ça ?* »

IDE : « *Non. C'est pas qu'on le fait pas, c'est qu'il n'y a pas un temps défini de reprise sur la contention, ou l'isolement, peu importe. Mais il est vu, le patient qui est en chambre d'isolement contentonné, il est vu tous les jours par le médecin. Et le médecin reprend avec lui. Par exemple, imaginons, j'ai été contentonné, t'es le médecin qui vient aujourd'hui, tu vas reprendre avec moi, qu'est-ce qui s'est passé hier ? Qu'est-ce qui a amené la contention ? Est-ce que j'ai compris le fait que j'ai été contentonné ? Est-ce que j'ai compris pourquoi on avait eu à faire tout ça ? T'as des patients qui vont pas être en capacité de l'entendre. C'est vous m'avez contentonné, vous m'avez maltraité, vous m'avez... Donc ça c'est pas forcément simple à recevoir parce qu'on sous-entend que t'as été maltraitant. »*

Moi : « *Ça rentre en contradiction avec vos valeurs de soignant ?* »

IDE : « *C'est ça. Mais en même temps, personnellement tu sais que t'as fait le mieux possible pour mettre tout le monde en sécurité, que ce soit ton patient, ton équipe. Donc le médecin essaie quand même, avec la présence infirmière bien sûr, essaie de vraiment reprendre sur les entretiens ce qui s'est passé juste avant. Qu'est-ce qui a amené à tout ça ? Est-ce que vous avez compris la situation ? Est-ce que vous avez compris que c'était un soin et pas juste de la maltraitance ?* »

Pause

IDE : « *Enfin, pas du tout de la maltraitance. »*

Court silence

Moi : « *Parfait, nous arrivons au bout de cet entretien. Est-ce que vous auriez des choses, est-ce que je suis passé à côté de quelque chose d'important dont vous auriez aimé parler ? »*

IDE : « *Pas forcément. Après moi, dans ton sujet, je pense que j'aurais rajouté l'isolement avec la contention, parce que moi je le prends vraiment comme une contention. D'autant plus qu'en général, tu mets un isolement avant la contention. Certains patients, on se dit qu'on ne va pas aller jusqu'à la contention, ça nous embête, tu vois. Un monsieur, il a 70 ans, il est agité, mais on se pose la question de savoir si juste le fait d'être seul dans une pièce sans stimuli extérieurs, juste savoir si ça, ça ne peut pas déjà le calmer. Bon ben ça ne le calme pas, on va en venir à la contention. On essaye déjà de le contenir par les murs. C'est déjà pas mal, parce qu'il y a certains autres endroits où ils ne se posent pas la question, je pense aux EHPAD notamment, c'est des sangles directes, il n'y a pas de reprise, il n'y a pas de... Oui, il y a des endroits beaucoup plus proches, je ne citerai pas d'endroits, mais il y a des endroits beaucoup plus proches où, comme ce n'est pas du somatique, c'est de la psychiatrie, il a un diagnostic, qu'il soit agité ou pas, on va le contentionner au cas où. On a certains patients qui ensuite arrivent chez nous et ne comprennent pas vraiment, et quand on leur parle de contention, on sent que ça peut être un peu un vécu traumatique, même si c'est un gros mot quand même. Ils peuvent l'avoir vécu d'une mauvaise façon, pas la façon dont nous on essaie de l'amener la contention, mais vraiment la façon dont on sait que vous risquez d'être chiant, en gros, c'est un peu ça. Donc on va vous contentionner, comme ça vous n'embêtez personne. Après, je ne l'ai pas vu en psychiatrie, cette contention un peu abusive. On sait que c'est notre taf, gérer la pathologie mentale, la pathologie psychique, mais quand on n'est pas formé, parce que c'est bien beau, on est tous diplômés infirmières, on a tous le même diplôme, mais selon la spécialité que tu choisis, tu n'as pas forcément approfondi sur tous les sujets, et du coup... »*

Silence

Moi : « *Et bien je vous remercie pour votre participation et pour la qualité de vos réponses, d'avoir pris le temps aujourd'hui. Je vous souhaite une bonne continuation. »*

Annexe 7 : Retranscription du second entretien avec l'IDE 2

Moi : « Bonjour, je me présente, Jérémie Grandjean, élève infirmier en semestre 6 à l'institut de formation en soins infirmiers du CHU d'Amiens. Aujourd'hui nous sommes réunis dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche de fin d'étude. Cet entretien s'inscrit dans une démarche de recherche comparative m'amenant à penser les différentes prises en soins en psychiatrie. Il s'inscrit dans les recherches de catégorie 3, non interventionnelles encadré par la loi Jardé. Il est à noter que cet entretien est enregistré et a vocation d'être retranscrit. Toute foi celui-ci restera anonymiser et confidentielle. Ces propos ne pourront être utilisé que dans le cadre de ces recherches. Vous êtes en droits de ne pas vouloir répondre à l'une de ces questions et d'arrêter cet entretien à tout moment. Cet échange va durer une trentaine de minutes. Auriez-vous des questions ou des éléments que vous souhaiteriez voir clarifiés ? Pour débiter cet entretien pourriez-vous vous présenter et nous parler de votre parcours professionnel et de vos formations ? »

IDE : « Moi, je m'appelle A., je suis infirmier depuis 25 ans, à l'hôpital ***. Donc, j'ai fait les services d'entrée pendant plusieurs années, 4-5 ans. Donc, j'ai fait les services de *** et le ***, j'ai commencé au ***. Après, j'ai fait de la longue évolution. Le ***, c'est fermé maintenant, c'est les anciens services d'entrée. Maintenant, c'est l'**** et le ***. Avant, t'avais 4 secteurs de psychiatrie, géographiquement répartis, c'est la sectorisation, et t'avais un service d'entrée par secteur. T'avais Nord, Sud, Est, Ouest. Maintenant, tout est regroupé, t'as secteur adulte et enfant. Moi, j'ai travaillé dans le secteur adulte ***, c'était sectorisé quartier ***. Donc, en service d'entrée, en service de longue évolution. Je suivais des patients chroniques, autistes, régressés, adultes. Donc, les gens très dépendants, qui ont pas accès à la parole, les choses comme ça. Après, j'ai fait 5 ans d'addictologie au ***. Après, je suis retourné en intra, refaire du service d'entrée. Et après, j'ai fait de la nuit pendant 4-5 ans en service de moyenne évolution. Et je suis là depuis 2 ans.

Moi : « Vous avez exercé uniquement en psychiatrie ? »

IDE : « Que de la psychiatrie oui. En fait, j'ai fait mes études... J'ai passer le concours, a l'hôpital normal. Mais je connaissais pas du tout la psychiatrie. Et en fait, j'ai été pris... À cette époque-là, t'avais une espèce de liste d'attente, etc. Et j'ai été pris a l'IFSI de ***. À cette époque-là, c'était des petites promos de 20, 30. Là, maintenant, c'est des promos de 100. Et donc, c'était un peu plus... Pédagogiquement, un peu plus serré. Et en fait, la salle de cours était en dessous d'un service d'entrée, c'était le seul endroit où il y avait une

machine à café. Donc, les patients descendaient. Et moi, j'étais en contact avec eux. Et je me suis dis que c'est kiffant. Tu vois, être en contact avec ces patients-là et voir comment... Parce qu'à un moment, il y a un patient, un psychopathe qui est rentré dans la pièce. Il dit, elle est ou la machine à café ! Et j'ai vu l'attitude de l'infirmier formateur. Putain, c'était génial. Il l'a apaisé avec trois mots. C'est formidable. Et moi, j'ai toujours fait infirmier, je fais du relationnel. La technique, c'est bien. Mais je suis pas un technicien, je préfère le plan de la relation. Voilà, moi, c'est... »

Moi : *« Donc une grosse expérience en psychiatrie. La première question que je vais vous poser, c'est parmi les situations auprès des patients lesquelles vous posent le plus de difficultés de prise en charge. »*

IDE : *« Les situations ? La situation d'agitation et de violence, quoi. Quand le patient n'est pas bien, qu'il est délirant, ou qu'il a un état d'agitation psychique, un état de fébrilité psychique, on voit la résurgence du syndrome délirant, on a des signes à mots couverts, qui nous montrent que le patient, il peut soit se mettre dans des situations d'hétéro-agressivité ou d'auto-agressivité. Donc ça, par notre formation, on arrive à anticiper ce genre de choses. Mais il arrive des fois, même si on anticipe, ça explose, ça arrive. »*

Moi : *« Au niveau de ces signes ? »*

IDE : *« C'est surtout un discours incohérent, un discours de persécution, par exemple, une colère indéfinie, une angoisse majeure palpable, un regard mauvais, un regard noir, des propos incohérents, une désorientation temporo-spatiale, plein de choses. Une ivresse. Il y a une part d'expérience aussi dans la reconnaissance de ces signes, c'est-à-dire que si t'as une formation clinique, après, quelqu'un qui est énervé, tu vois, t'as pas besoin d'être infirmière pour voir quelqu'un qui s'énerve. Mais t'as des signes, même chez des patients, on voit des choses comme on les connaît, nous, en hôpital de jour, on les voit tous les jours. Donc le fait de voir un changement de comportement, on voit très bien que le patient n'est pas comme d'habitude. Et que là, par rapport à son histoire, des fois c'est lié à des dates d'anniversaire, des choses comme ça, il y a peut-être des événements qui déclenchent, et des événements qui déclenchent pas, c'est lié à la maladie. Voilà, c'est quelqu'un schizophrène, délirant, dissocié, qui a sa forme de persécution, et donc voilà, il va éclater. Ça décompense. Il décompense, c'est la décompensation. C'est souvent la décompensation. »*

Moi : « *En termes de facteurs, là, vous parliez de dates, on voit d'autres facteurs qui pourrait influencer une décompensation ?* »

IDE : « *Je te dis, ça va être des choses intrinsèques au patient, c'est-à-dire sa pathologie elle-même, qui va faire qu'il va s'agiter, qu'il va s'énerver, peut-être c'est un problème de traitement, il prend pas bien son traitement, ou le traitement n'est pas assez efficace, ou ça peut être d'autres facteurs extérieurs, une contrariété judiciaire, financière, quelque chose qui peut être adapté ou pas adapté. Par exemple, ça peut être des voix qui lui disent « Dieu m'a dit que je dois lui faire du mal. »* »

Moi : « *Et vous avez un profil de patient chez qui ça se retrouve plus régulièrement ?* »

IDE : « *C'est souvent chez les schizophrènes, les schizophrènes paranoïdes, et les psychopathes. On sait très bien que ces gens-là, au niveau des affects, c'est compliqué, on n'arrive pas trop à savoir ce qu'ils ressentent, et des fois, il n'y a pas de signe avant-coureur, ils explosent, ils vont tout casser, on ne sait pas pourquoi. Mais il y a d'autres patients, on sait très bien que leur pathologie, c'est pas... Par exemple, quelqu'un qui est mystique, il va être un petit peu plus gentil, on va dire. Mais quelqu'un qui a de la persécution, qui entend le diable, qui voit des démons, des choses comme ça, qui entend des voix, des traumatismes mentaux, l'automatisme mental, tout le temps, c'est épuisant, il peut exploser. Mais souvent, chez les schizophrènes paranoïdes. »* »

Moi : « *Qu'est-ce que vous pensez de la contention mécanique en termes de soins ?* »

IDE : « *Alors, la contention mécanique, c'est-à-dire les contentions physiques avec le bracelet et tout ça. Donc, la contention en elle-même, c'est quelque chose d'utile si elle est associée avec d'autres choses. C'est-à-dire, contenir les gens pour dire les contenir, ça n'a pas de sens. Il y a quelqu'un qui est très agité, il faut une sédation. Le faire attacher comme ça, sans qu'il ait de sédation, sans essayer de l'aider à canaliser son angoisse et son agressivité, avec des médicaments, ça ne peut pas fonctionner. Ce n'est pas possible. Le gars, c'est toujours en état de rage. Il va devoir être attaché 6 heures. Tu vois, tu vas détacher et la contention ça va être pire. Voilà. Après, le but de la contention, c'est éviter la mise en danger de la personne. Si la personne est suicidaire, par exemple, on va l'attacher avec une sédation pour l'apaiser. Si la personne est hétéro-agressif, pareil, tu vas la canaliser parce qu'elle est délirante, elle fait des fausses reconnaissances. Mais si c'est une contention toute seule, pour moi, ça ne sert à rien du tout. Il faut une association entre la contention et le médicament. Le médicament, c'est aussi une contention. La* »

*contention chimique et physique. Moi, une contention physique sans contention chimique, je ne vois pas l'intérêt. Pour moi, c'est de la punition. Il faut vraiment que la contention soit quelque chose de réfléchi. De toute façon, c'est quelque chose qui est protocolé à ***. Tous les jours, c'est réévalué. C'est une prescription médicale, réévaluée toutes les 12 heures par le médecin. Médico-légalement, le médecin est obligé de venir voir tous les 12 heures si le patient est plus calme, si on peut le détacher ou pas le détacher. Là, c'est très rare d'avoir des patients attachés 3 jours. Ça n'existe plus. Moi, j'ai déjà vu des patients attachés 2, 3 jours mais il y avait toujours une sédation. Maintenant on lève un petit peu la sédation, il y a un peu moins, comme t'expliquait mon collègue tout à l'heure. Avant, on faisait une grosse charge. On faisait 2 molécules pour apaiser, une dose choc. Après, on baissait les doses progressivement. Le problème, c'est que les gens avaient des effets secondaires, etc. Maintenant, la politique, c'est de réduire au maximum les médicaments, réduire les médicaments. Mais voilà, c'est des gens qui restent malades. Ils ont quand même besoin de produits. »*

Moi : *« Maintenant, on ne met plus une dose de charge, c'est ce que vous voulez dire ? »*

IDE : *« Le truc, c'est qu'on va faire une sédation légère. On va le décontentionner d'un bras. On va y réévaluer. Si on voit que la sédation n'est pas assez forte, on va augmenter la sédation. On va faire le sens inverse. Avant, on tapait et on descendait. Là, on part au début et on monte. Après, ça peut marcher sur certains patients. On sait que certains patients ne sont pas en dose de charge d'entrée. Ça ne marchera jamais. Tu as des patients qui font 120 kg. Ils ont une charge neuroleptique depuis des années. Tu vas leur mettre un Tranxène 10 dans les fesses. Tu mets 2, c'est pareil. C'est des gens qui en ont besoin, des neuroleptiques, du Nozinan®, de l'Haldol®, de Loxapac®. Pour moi, la contenance physique est obligatoirement associée dans la tête. Mais les 90 % des gens, même les médecins fous, ne vont jamais attacher un patient sans une sédation. »*

Moi : *« Vous avez déjà eu, j'imagine, en 25 ans, recours à la contention ? »*

IDE : *« Oui, bien sûr. »*

Moi : *« comment cela se passe au niveau du débriefing, une fois que c'est fini ? »*

IDE : *« Nous, on est formé. Quand il y a une agitation et que le médecin dit qu'on va le contentionner, nous, on est formé. On n'a pas besoin de se parler. On est 4 ou 5. On va un par membre. On va l'attraper. S'il faut faire l'injection, c'est l'infirmière qui va faire l'injection.*

Nous, les mecs, on va le tenir. S'il s'agit de... On va le tenir. Des fois, on est 8 ou 9. On va tout faire pour le contenir sans le blesser. On a des techniques pour le tenir sans le blesser, pour qu'il puisse être attaché. Après, c'est évalué. On essaye de mettre une ventrale pour éviter qu'il se lève, etc. Mais tout ça, c'est réévalué. Donc, toutes les demi-heures, et quand le patient est en chambre d'isolement, on doit réévaluer, voir s'il s'apaise bien. »

Moi : *« Et avec le patient, une fois la contention levée, comment vous faite le débrief avec lui ? »*

IDE : *« Généralement, quand on lève la contention, c'est que le patient va mieux. C'est que déjà, il y a une sédation et on sent qu'il va mieux. Donc déjà, le médecin vient parler avec lui. Si le médecin sent que le patient va être coopérant, le patient dit oui, ça va mieux, je préfère qu'on me détache, etc. Mais il est calme. Après, une fois qu'il est détaché, le médicament agit, la contenance de la chambre d'isolement, parce que la chambre d'isolement, c'est aussi un traitement, ça contient. Toi, quelqu'un qui a un délire éclaté, ça va le contenir, comme la contention. Il y a la contenance de la chambre d'isolement, des fois ça ne suffit pas, parce qu'il est tellement éclaté. Là, on fait une contenance physique. On va le remettre. C'est comme le packing, je ne sais pas si tu connais, chez les autistes. C'est la même chose. »*

Moi : *« Oui je connais, au Canada, ils ont une technique avec les draps aussi. »*

IDE : *« C'est la même chose. Généralement, le patient, il se rend compte qu'il a été malade. Des fois, il ne s'en souvient pas. Il est en état de crise. Il ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Nous, on est là pour le rassurer. Il nous identifie bien comme soignants. On s'identifie. On fait du relationnel. Ça se passe généralement très bien. Après, il y a des patients, même si on leurs donnent des traitements, on sait très bien qu'ils vont rester délirants, mais ils sont stables. Même s'ils restent un peu fous, un peu dissociés, un peu désordonné dans leur tête, on sait qu'ils arriveront à vivre comme ça. Nous, on a plein de patients délirants. Mais ils sont calmes. »*

Moi : *« Ici, vous ne l'utilisez pas du tout c'est bien ça ? »*

IDE : *« Non, on n'a pas les moyens d'utiliser. Nous, s'il y a une agitation, ici, normalement, on peut avoir des PTI, pour les travailleurs isolés. Ils vont en recevoir bientôt. En fait, on téléphone au standard et ils nous envoient quatre ou cinq infirmiers avec une ambulance. Il est envoyé aux urgences. Ou direct à EPSM, dans un service, s'il est connu. Ça peut*

arriver. Généralement, ici, ce sont des patients connus de l'EPSM. Ils ont un parcours d'hôpital, soit privé, soit public. Généralement, ils sont connus. Sur l'EPSM, ils ont un dossier. On a un dossier sillage. Donc, c'est juste un transfert. Il n'y a même pas besoin de passer par l'UAO. Ils vont direct dans un service d'entrée. Donc, si le patient est OK pour se faire hospitaliser, déjà, à la base, on va essayer de le calmer. On va lui dire peut-être que tu as besoin de soins. On va essayer de lui faire entendre que peut-être qu'il faut aller à l'EPSM, etc. On va pouvoir l'amener à deux. Même moi, K., on va l'amener tranquille. Et des fois, il ne veut pas. Et nous, on lui dit que c'est nécessaire pour lui. Il est tellement dans son délire, il est dans le déni, anosognosique. Pour lui, il est en toute puissance. Il n'est pas malade. Donc là, on déclenche. Normalement, le patient, il ne l'écoute plus. Il ne t'entend plus. Il est complètement dans son délire. Il ne te reconnaît plus. Il n'y a plus de discussion. Tu n'as plus beaucoup de marge de manœuvre. Il n'y a plus de discussion. La maladie a pris le dessus. Il faut l'aider au maximum. Et ça, c'est vraiment dans la face haute juste avant la décompensation. Oui, la décompensation, c'est des petits signes. »

Moi : « *Avant tout ça, est-ce que vous avez des moyens autre que la désescalade verbale ? Des alternatives ? »*

IDE : « *Nous, on fait des médiations. On va faire des choses qui apaisent le patient. Le patient, je ne sais pas ce qui pourrait t'aider pour t'apaiser. Je ne sais pas. Ils ont envie de jouer à un jeu de société. On va essayer de trouver une médiation. Quelque chose entre toi et le patient. »*

Moi : « *Pour décaler un peu ? »*

IDE : « *Pour décaler un peu. On va essayer de décaler sa pensée sur autre chose. C'est ce qu'on fait ici. On essaie de décaler. C'est un petit peu leur délire. On essaie de fixer leur attention. On travaille sur la concentration. On essaie de maintenir les acquis. Parce que généralement, un schizophrène, ça va vers le déficit. Notre travail ici, c'est de les maintenir à flot. Mais, il y a la pathologie qui est là. Donc, nous, on n'est pas à l'abri. Même si les patients sont calmes des fois ils explosent. Après, je te dis, il y a des choses qui s'anticipent. Par rapport au dossier du patient. Par rapport à son attitude. Le jour, il est comme ça. Le lendemain, il est différent. Le fait de les connaître aussi. Le fait de les connaître. Mais, on n'est pas à l'abri. Le patient, il va très bien. D'un coup, il se lève et vlan !. Ça arrive. Donc là, qu'est-ce qu'on fait ? On protège les autres patients. Pour éviter qu'il y ait un sur-choc. On protège les autres patients. Si nous on est en danger. On s'isole. Il casse tout, il casse tout hein. C'est pas grave. »*

Moi : « Vous n'avez pas de chambre d'apaisement ? »

IDE : « Si, on a une chambre d'apaisement. Je vais te la montrer après. Ok. Ce n'est pas vraiment une chambre d'apaisement. C'est une chambre pour s'isoler. C'est une chambre d'apaisement. On peut appeler ça une chambre d'apaisement. »

Moi : « Il y a quoi dedans ? C'est quoi ? »

IDE : « C'est un Lit. Un lit, c'est tout. »

Moi : « Des simules sensoriels peut-être ? Musique, objet à malaxer, odeur, visionnage... ? »

IDE : « Non. Ici, c'est une des structures. On n'a pas ça. Par contre, on a une autre salle avec des canapés. On peut fermer les rideaux. On peut leur mettre de la musique pour qu'ils se relaxent. Ici, on fait des ateliers de relaxation. On leur donne des astuces pour, dans leur quotidien, gérer leurs angoisses. Généralement, les patients connaissent bien la maladie. Ils ont fait un travail en amont pour reconnaître qu'ils étaient malades. Ils ne sont plus dans le déni. En fait, ils savent quand ils ne vont pas bien. Des fois, ils n'osent pas le dire. Si je dis que je ne vais pas bien, ils vont m'hospitaliser. Et dans leur tête, c'est comme ça. Si je dis que je ne vais pas bien, je retourne de l'hôpital. Nous, on sait. On voit quand un patient ne va pas bien. Il est comme ça. On va discuter. On va essayer d'anticiper une escalade. Mais comme je te dis, des fois, ça explose. Tu ne peux rien y faire. C'est la pathologie qu'a pris le dessus. »

Moi : « Il y a juste une question qui m'a traversé la tête. Sûrement, que c'est patient dépendant mais entre le moment où vous percevez ces premiers signes et où le patient va s'agiter ou décompenser, combien de temps s'écoule ? »

IDE : « Tu ne peux pas savoir. Ça dépend vraiment du patient. Des patients, c'est des petits trucs, des petits signes. Il va commencer à ne plus dormir. Les médicaments, tu vois qu'à midi, il faut stimuler pour qu'il les prenne. Il va moins bien manger. Ou il va être potomaniaque, il va se remplir de flotte ou de café. Des petits signes. Des petits signes négatifs. La pathologie qui montre qu'il ne va pas bien. Il est sale. Nous, on demande qu'il vienne propre, habillé. Il est sale. Il ne prend pas soin de lui. On a le domicile. L'AMSID, c'est le service qui dépend du CMP, qui fait du domicile, qui va... En fait, c'est l'unité mobile

qui va domicile. Ils vont vérifier si le patient prend son traitement. Ils nous disent, ce matin, on a été le voir, ces patients sont ici, je les vois. »

Moi : « *C'est quoi la différence avec l'EMP ? »*

IDE : « *L'équipe mobile de psychiatrie, elle va dans les structures. Dans les foyers. Dans les endroits très.... On va voir les patients qui ont été placés. Dans les maisons de retraite, les foyers d'hébergement, les foyers de vie. Elles vont évaluer. Elles font du suivi post... Enfin, une fois qu'ils sont stabilisés... Alors que l'AMSID là, c'est à domicile. Service à domicile. Et ça c'est super. Et donc, nous, quand on a un patient, on sait qu'il va arriver ici, des fois, il nous appelle. Nous, on l'a vu ce matin, il va bien. Il a plein de poubelles chez lui. Il fait n'importe quoi. Il a fait des dessins sur son mur. Nous, on sait. Quand il arrive, on sait. Il se parle entre nous, entre collègues.*

Moi : « *Et du coup, quand c'est comme ça, ils peuvent revenir quelques jours à l'HDJ pour se stabiliser ? »*

IDE : « *Alors, nous, déjà, ils viennent, on évalue. Alors, soit... Déjà, vraiment, quand un patient va pas bien, on demande au médecin qu'il le voit. Donc, le médecin le voit. Il évalue avec nous, le patient, comment il va. Soit c'est juste un problème de traitement, un modifié de traitement. Soit, vraiment, il ne va pas bien, c'est l'hospitalisation. Et c'est très, très rare, les hospitalisations. Généralement, les hospitalisations, ici, c'est vraiment en dernier recours. Et souvent, c'est à la demande du patient. En fait, l'HDJ, c'est une unité qui permet à des patients qui ont été soit très longtemps, plus ou moins longtemps hospitalisés, soit qui ont des problèmes d'autonomisation, c'est-à-dire qu'ils sont capables de vivre à l'extérieur, mais ils ne sont pas autonomes. Ils ne savent pas se faire à manger. Donc, ils ne savent pas tenir un planning. Le but, ici, c'est que, pas tous, mais qu'il y en a qui puissent travailler. En ESAT en CATTP. Donc, on les prépare. Ici, ils doivent venir à l'heure. Ils ont des activités bien précises, un planning. Quand ils sont absents, ils doivent justifier leur absence, comme s'ils allaient travailler. On fait de la réadaptation psychosociale. Tout ça, on passe par le biais de médiation, en pratiquant du sport. Le sport, ça leur permet aussi... Ce sont des gens qui sont apragmatiques, ils ne font rien. Ils se disent après, tiens, c'est bien la piscine, je vais y aller tout seul. Tiens, on les emmène voir de l'art ou du cinéma. Tiens, ça les fait sortir, un maximum. Le but, c'est d'être sociabilisés. Pas forcément d'en faire des chevaux de course. Un poney, tu ne vas pas en faire un cheval de course. Mais, au moins, qu'ils puissent vivre correctement, avoir une vie sociale, même s'ils ne vont pas être ingénieurs. »*

Moi : « Développer l'autonomie. »

IDE : « Le but, c'est développer l'autonomie, éviter l'hospitalisation, et créer une alliance thérapeutique. Après, nous aussi, ce n'est pas éternel. Il y a des gens qui sont là depuis un an, il reste deux ans, il reste cinq ans. Mais l'objectif, c'est qu'ils trouvent une structure d'hébergement genre foyer de vie ou foyer d'hébergement, où qu'ils puissent travailler en structure adaptée, où on les aide. Ils font des stages « arc-en-ciel », ils font des stages un peu partout, à Polygon, etc. Voilà. »

Moi : « Comment vos valeurs personnelles, de soignants, impacte votre prise en charge au quotidien ? »

IDE : « Nous, les patients, des fois, ils sont hospitalisés, on va les voir là-bas. Il y a toujours un lien. On travaille toujours en équipe. On travaille avec l'AMSID, comme je t'ai dit, avec le CMP, avec les services d'entrée. Nous, on travaille en équipe. C'est-à-dire qu'on ne peut pas faire les choses tout seul en psychiatrie. Ce n'est pas possible. Déjà, c'est dangereux. C'est dangereux. Tu peux devenir aussi devenir insécuritaire pour un patient. Les choses ne sont jamais faites seules. On travaille toujours en collaboration avec le cadre, avec le médecin, avec les autres infirmières. Moi, je n'ai quasiment jamais vu personne travailler tout seul en psychiatrie. Ils débriefent tous quand même avec leur équipe. Tu sais, je j'ai été voir un tel, il ne va pas bien. Est-ce que tu ne peux pas aller le voir ? Avec moi, ça ne passe pas bien. Est-ce que tu pourrais aller le voir, lui ? On se parle. Le dialogue c'est primordial. Passer la main en cas de besoin. On est tous formés pareil. Après, il y a des gens qui ont plus ou moins d'expérience. Moi, j'ai 25 ans de boîte, j'ai un peu plus d'expérience. Les jeunes, ils sont là. Je leur dis qu'il faut mieux faire ça. Ils t'écoutent. Ceux qui ne t'écoutent pas, c'est leur problème. Ils savent très bien qu'ils vont se casser la gueule. »

Moi : « Et la place de la formation vis-à-vis de l'expérience ? »

IDE : « La formation base, elle est light. Moi, à mon époque, vous avez un stage. En psy ? »

Moi : « Oui. On en a un obligatoire. »

IDE : « *Nous, on avait un par an obligatoire. On avait trois stages. Plus un stage optionnel, l'été. Et donc, forcément, voilà. Je te dis, moi, l'école de l'infirmière, on est tous formés à la même base. Après, il y a des gens qui ont des idées différentes sur la prise en charge des patients, c'est normal. On a des réunions cliniques qui servent à ça. Des fois, on a des conflits d'équipe, parce qu'on dit, tiens, moi, je ne suis pas d'accord avec ce que tu fais, avec ce patient-là. On en discute. Le médecin dit, oui, c'est vrai. Oui, ce n'est pas vrai. C'est lui qui a le savoir. C'est le médecin. »*

Moi : « *Ces réunions, elles sont souvent faites ?* »

IDE : « *Nous, on a une réunion par semaine. Dans tous les services, il y a une réunion par semaine. Donc, souvent, on fait des synthèses. On ne travaille pas tout seul. On travaille avec les éducateurs des foyers de vie, avec les gens qui suivent les patients au CMP, les médecins extérieurs, les psychiatres extérieurs. Et donc, souvent, on fait des synthèses. Et ça, ça permet de lisser les prises en charge. Voilà, ça construit une coordination. C'est la même chose pour tout le monde. Les patients ne sont pas perdus. Il sait qu'on se connaît tous et qu'il est rassuré. C'est un noyau autour de lui, comme ça. Une espèce de nuage qui l'aide. On est là sans être là. C'est-à-dire qu'on laisse l'autonomiser, mais on est là. Il sait très bien qu'on est là s'il y a un problème. Il a sa tutrice. Il a son référent infirmier. Il a son équipe d'HDJ. Il a son équipe à domicile. Donc, nous, des fois, quand on a un problème avec le patient, qu'une prise en charge va s'arrêter ou va évoluer, il peut aller sur le CATTP. C'est plus light, le CATTP. C'est des demi-journées. C'est vraiment pour des gens qui ont déjà un projet, mais qui ont encore un petit peu de difficulté. »*

Moi : « *Pour y aller en douceur ?* »

IDE : « *En douceur, voilà. Ici, il y a une durée. Il y a des objectifs thérapeutiques. Une fois qu'il y a des objectifs thérapeutiques, genre autonomiser le patient, qu'il puisse prendre les transports tout seul, qu'il puisse avoir un logement seul, s'il y a au bout de 2 ans, 3 ans, il n'y a pas de durée définie. C'est intrinsèque au patient. Il y a des gens, au bout de 6 mois, ils vont y arriver, et là, il faut 5 ans. On les maintient à flot ici. S'il n'y avait pas nous, ce seraient des clochards. Tu vois ? Des trucs comme ça. C'est vraiment patient dépendant. Nous, on fait des synthèses une fois par mois à peu près. On invite tout le monde. On invite le médecin, l'éducatrice, le référent, la tutrice, et on discute. La prise en charge. Qu'est-ce qui serait mieux pour lui ? Est-ce qu'il n'y a pas d'autre projet qui serait plus adapté pour lui ? Voilà. Très bien. Mais généralement, moi, je n'ai jamais eu de problème avec mes collègues. On arrive à s'entendre. Après, les gens, ils sont obtus. Ils t'apprennent le*

*relationnel à l'école. Vous avez le 2.6, je vois votre truc, c'est light. Vous n'avez vraiment que des trucs pas approfondis. Après, c'est à vous de rechercher. Si toi, vous êtes étudiant, vous avez un statut d'étudiant post-bac. Ce n'est plus une formation spécifique ISP. Maintenant, vous êtes parcours sup. Donc, vous êtes étudiant autonome. Donc, on vous donne les bases. Après, c'est à vous de vous démerder. Moi, je faisais des cours à l'IFSI. Je leur donnais les bases ont a pas le temps d'aller plus en profondeur. Moi, je suis infirmier DE. Mais moi, la session, la promo d'avant, c'étaient les derniers ISP qui sortaient. Et donc, moi, j'ai appris en stage. Je tombais sur eux. D'accord. Moi, j'ai appris mon métier quand je suis arrivé à ***, là, il n'y en reste plus beaucoup... Des dinosaures. Donc, moi, j'ai appris mon métier avec eux. Voilà. Moi, j'arrivais avec ma seringue. Ils me disaient, qu'est-ce que tu fais avec ta seringue ? Discute avec le patient, quand même. Tu vois, ils m'ont appris des techniques. Moi, je sais que... Sans me mentir, je sais qu'à ***, quand ils ont une difficulté avec un patient, parce que moi, c'est vrai que j'ai un contact assez... Ils ont du mal parce qu'un patient ne veut pas prendre ce cachet de médicaments. Ils m'appellent. Il ne veut pas prendre ce cachet. Moi, je vais le voir. Ok, tu fume ? Tu veux une clope ? viens on fume une clope. On discute. Vas-y. Le contact, c'est important. Si tu as du contact avec tes patients, tu vas tout gagner. C'est la base du boulot. Il faut quand même aussi de la clinique. Il faut quand même un apport clinique important quand même. Comme je te dis, anticiper les choses. Et puis, avec les pathologies, quand même, c'est important. Tu es quand même un infirmier. Un infirmier, tu n'es pas chauffagiste ! Et donc, voilà. Si tu as compris ça, avec un peu de théorie, si tu es bon en pratique, il n'y a pas de raison. Voilà. »*

Moi : « *Eh bien, on va tâcher !* »

IDE : « *J'espère pour toi. Oui, oui. En tout cas, c'est intéressant comment on anticipe les choses pour éviter d'arriver à la contention, voir s'il y a une différence de prise en charge.* »

Moi : « *Venir interroger les représentations aussi* »

IDE : « *Oui, c'est ça. En fait, dans la tête des gens, c'est vol au-dessus d'un nid de coucou la psychiatrie. On en voit avec la camisole de force. Ça n'existe plus. Les chambres capitonnées, ça n'a jamais existé en France. C'est aux Etats-Unis, ça. Nous, la contention, elle est d'abord chimique. Contention chimique, ils n'ont pas inventé ça pour rien. Contention chimique, ça peut fonctionner. Le patient, au bout d'un quart d'heure, il est posé, il dort.*

Voir même la chambre d'isolement. Des fois, on met en chambre d'isolement sans sédation, c'est le patient qui demande. Il dit, je ne suis pas bien, c'est trop dans ma tête, il faut m'aider.

Et puis malheureusement des fois il n'y a pas de discussion, il n'y a pas de désescalade. Et ça, c'est un problème de formation. Il y a des collègues qui se prennent pour des cow-boy... Les anciens infirmiers, C. et moi, on ne va pas aller sauter sur le gars tout de suite. Au bout d'un moment, on va voir qu'il n'y a plus moyen. On va voir dans son regard, dans son discours, que là, si on ne fait pas quelque chose, ça va clasher. Mais avant, on négocie. Très bien. Si tu ne fais pas ça, si tu ne prends pas tes cachets, il va t'arriver, chambre d'isolement. Voilà, un truc comme ça. »

Moi : *« Juste avant de finir, est-ce que vous auriez un sujet, quelque chose que vous aimeriez dire, quelque chose d'important dont je serais passé à côté ? »*

IDE : *« Non, je trouve que c'est quand même très bien. »*

Moi : *« Je vous remercie pour votre participation et pour la qualité de vos réponses, d'avoir pris le temps aujourd'hui. Je vous souhaite une bonne continuation. »*

Annexe 8 : tableau d'analyse.

Thème	IDE 1	IDE 2	IDE 3
<p>Le patient en psychiatrie</p>	<p>« en psychiatrie ou pour les patients psychotiques, ça va être le moment où il y a une décompensation, où leurs symptômes se font plus présents, mais où il y a un déficit en insight de leur part et donc du coup beaucoup plus de difficultés à se remettre à distance ou de critiquer un petit peu ce qui leur arrive. Réussir à en discuter sans partir au clash, c'est pas forcément toujours facile. »</p> <p>« C'est plus simple avec des patients qui sont là depuis de nombreuses années, qui se connaissent parce qu'ils arrivent quand même à en parler, moins facile avec des nouveaux patients. La difficulté, je dirais aussi les situations d'accueil en premier accueil puisque le premier accueil, il est primordial en psychiatrie si jamais ça se passe mal, vu que plus que dans n'importe quelle autre spécialité, c'est une rencontre. Si jamais ça se passe mal, ton patient, il reviendra pas. Donc tout se joue sur le premier accueil, clairement.</p> <p>« Je te dirai aussi que la psychiatrie on n'est pas... Pas bien de dire ça, mais on est une voie de garage.</p>	<p>« aussi d'un point de vue humain, relationnel, je trouve que c'est intéressant parce qu'on reçoit vraiment tout type de prise en charge. Un patient dépressif qui vient de vivre quelque chose de traumatique ou un patient en décompensation psychotique, un patient en phase maniaque, hypomaniaque, peu importe. Mais vraiment tout type de pathologie. Et on arrive, on est en plein dans la crise. On a des patients aussi qui nous sont amenés avec les pompiers, les gendarmes. »</p> <p>« Là on a eu affaire à un patient qui s'est présenté, qui à peine il nous a vu s'est agité, menacé les ambulanciers qui l'ont accompagné. On n'a pas eu le temps de mettre quoi que ce soit en place pour essayer de désescalader la situation. Ça a tout de suite été sa réponse avec le poing. Et après c'est un patient qui est connu, qui nous avait déjà vu, qui a déjà eu des antécédents de violence envers le personnage soignant, qui a déjà blessé plusieurs collègues. »</p> <p>« . Un patient qui faisait son suivi, mais qui malgré son suivi, c'était déjà présenté sur le CMP, donc le centre médico-psychologique à la gare, qui avait déjà menacé son psychiatre. Le psychiatre avait dit, ça va passer, il continue quand même de prendre son traitement, donc je vais pas faire la demande de réintégration. C'est passé ce qui</p>	<p>« La situation d'agitation et de violence, quoi. Quand le patient n'est pas bien, qu'il est délirant, ou qu'il a un état d'agitation psychique, un état de fébrilité psychique, on voit la résurgence du syndrome délirant, on a des signes à mots couverts, qui nous montrent que le patient, il peut soit se mettre dans des situations d'hétéro-agressivité ou d'auto-agressivité. Donc ça, par notre formation, on arrive à anticiper ce genre de choses. Mais il arrive des fois, même si on anticipe, ça explose, ça arrive »</p> <p>« un discours incohérent, un discours de persécution, par exemple, une colère indéfinie, une angoisse majeure palpable, un regard mauvais, un regard noir, des propos incohérents, une désorientation temporo-spatiale, plein de choses. Une ivresse. »</p> <p>« c'est quelqu'un schizophrène, délirant, dissocié, qui a sa forme de persécution, et donc voilà, il va éclater. Ça décompense. Il décompense, c'est la décompensation. »</p> <p>« quelqu'un qui est énervé, tu vois, t'as pas besoin d'être infirmière pour voir quelqu'un qui s'énervé. Mais t'as des signes, même chez des patients, on voit des choses comme on les connaît,</p>

	<p><i>Donc c'est à dire que tous les patients qui ne sont pas intéressants pour les autres spécialités ou qui sont potentiellement problématiques, je pense à tout ce qui peut être déficience mentale, tout ce qui peut être troubles du comportement. Il y a de la symptomatologie qui mime un peu ce qu'il pourrait y avoir chez un psychotique ou chez un névrosé, mais on n'est pas sûr de la psychiatrie pure. Mais vu que c'est pas intéressant, en général ils finissent chez nous, donc on se retrouve beaucoup face à des gens qui sont intolérants à la frustration, qui vont faire des crises clastiques facile donc pas très simple non plus. »</i></p> <p><i>« C'est à dire que quand tu enchaînes tes cinq jours de boulot et que pendant cinq jours, on va reparler du même type de patients. Mais par exemple, les patients qui n'ont rien à faire en psychiatrie, qui sont intolérants à la frustration, qui sont dans le redis tout le temps et tu le sais, même si ta journée change, tu retournes au boulot, tu vas avoir exactement le même cas. Et bien il y a des moments, quand tu les contentione, tu te dis c'est con, mais</i></p>	<p><i>s'est passé. Une semaine après, il se présente aux urgences, il s'agite, il nous casse la figure, parce qu'on est plusieurs à avoir pris des coups, plusieurs à avoir reçu des ITT, parce qu'en plus, c'est un patient avec un beau gabarit, il approchait les 2 mètres, il dépassait les 150 kg, c'était pas n'importe qui quand même. »</i></p> <p><i>« , on l'a vu arriver physiquement, on l'a vu arriver dans le service, je n'ai pas vu le premier coup qu'il nous a mené, je ne l'ai pas vu arriver. On sentait que ça allait être compliqué, on s'est posé la question, sans se la poser. »</i></p> <p><i>« On sentait que le patient était sthénique, énervé, on sentait qu'il était indécidable de ses propos, persécuté par l'équipe soignante, on sentait qu'il en avait après les ambulanciers, on a essayé de prendre le relais, ensuite il en avait après nous, on sentait que plus on interagissait avec lui, plus ça montait, mais en même temps, même en essayant de fuir la situation pour qu'il s'apaise seul, ça ne fonctionnait pas, on savait que ça allait mal finir. Et connaissant le patient aussi, parce qu'il a des antécédents de violences sur le personnel, on a senti la chose. »</i></p> <p><i>« , ce patient-là avait continué ses traitements, mais malgré les traitements, il a plongé, il a redécompensé, parce qu'en fait, il</i></p>	<p><i>nous, en hôpital de jour, on les voit tous les jours. Donc le fait de voir un changement de comportement, on voit très bien que le patient n'est pas comme d'habitude. Et que là, par rapport à son histoire, des fois c'est lié à des dates d'anniversaire, des choses comme ça, il y a peut-être des événements qui déclenchent, et des événements qui déclenchent pas, c'est lié à la maladie. »</i></p> <p><i>« ça va être des choses intrinsèques au patient, c'est-à-dire sa pathologie elle-même, qui va faire qu'il va s'agiter, qu'il va s'énerver, peut-être c'est un problème de traitement, il prend pas bien son traitement, ou le traitement n'est pas assez efficace, ou ça peut être d'autres facteurs extérieurs, une contrariété judiciaire, financière, quelque chose qui peut être adapté ou pas adapté. Par exemple, ça peut être des voix qui lui disent « Dieu m'a dit que je dois lui faire du mal. »</i></p> <p><i>« C'est souvent chez les schizophrènes, les schizophrènes paranoïdes, et les psychopathes. On sait très bien que ces gens-là, au niveau des affects, c'est compliqué, on n'arrive pas trop à savoir ce qu'ils ressentent, et des fois, il n'y a pas de signe avant-coureur, ils explosent, ils vont tout casser, on ne sait pas pourquoi. »</i></p>
--	--	--	---

<p>ça te fait plaisir à toi même. Et je pense qu'il faut se l'avouer. »</p> <p>« On sait aussi que sur la psychiatrie, on est quand même une grosse plaque tournante de tout ce qui peut être produits illicites. Donc on va dire que les consommations de stupéfiants et peut être un peu deal aussi, c'est pas toujours très simple. »</p> <p>« . La psychiatrie a un rôle de gestion de la norme. On est garant de la norme sociale entre guillemets. Tout ce qui ne convient pas à l'extérieur va venir en psychiatrie. Clairement, c'est un peu comme ça qu'on le voit. Je te donnerai par exemple les homosexuels dans les années 70, ils étaient hospitalisés, aujourd'hui en aucun cas on hospitalise un homosexuel. Donc il y a quand même une évolution par rapport à ça. »</p> <p>« on va dire que je me base plus sur de l'empirique que sur des choses qui ont été validées. La connaissance de ton patient. »</p> <p>« Donc on va dire que je peux plus facilement jongler avec ça par la</p>	<p>consommait aussi des toxiques, et je sais pas si t'as toutes tes connaissances là-dessus, mais en gros, les neurotransmetteurs des toxiques et des médicaments, c'est les mêmes, et quand ils sont blindés par les toxiques, tes traitements font beaucoup moins effet. Donc voilà, un patient qui a décompensé comme ça, il a la rupture de suivi, la rupture de traitement »</p> <p>« les patients consommateurs d'alcool et de drogues en général, il y a plus de risques, parce qu'ils prennent la drogue dans le but de moins prendre de traitements, ou des fois ils cumulent les deux, et puis après faire la différence entre une décompensation liée à la pathologie ou liée au traitement, c'est pareil, »</p> <p>« au niveau des prises en charge, j'ai quelques difficultés, mais plus sur le plan personnel, parce que c'est le type de pathologie que je comprends le moins. C'est avec les troubles de la personnalité borderline. Les patients qui testent un peu nos limites, qui suscitent aussi le rejet de la part des équipes soignantes la plupart du temps, j'ai un peu de mal à les prendre en charge comme j'aimerais. »</p> <p>« après t'en as qui décompensent même avec un traitement, parce qu'il y a un événement, un élément déclencheur, la perte de quelqu'un, un relais par exemple de</p>	<p>« Par exemple, quelqu'un qui est mystique, il va être un petit peu plus gentil, on va dire. Mais quelqu'un qui a de la persécution, qui entend le diable, qui voit des démons, des choses comme ça, qui entend des voix, des traumatismes mentaux, l'automatisme mental, tout le temps, c'est épuisant, il peut exploser. »</p> <p>« . Après, il y a des patients, même si on leurs donnent des traitements, on sait très bien qu'ils vont rester délirants, mais ils sont stables. Même s'ils restent un peu fous, un peu dissociés, un peu désordonné dans leur tête, on sait qu'ils arriveront à vivre comme ça. Nous, on a plein de patients délirants. Mais ils sont calmes. »</p> <p>« Généralement, ici, ce sont des patients connus de l'EPSM. Ils ont un parcours d'hôpital, soit privé, soit public. Généralement, ils sont connus. Sur l'EPSM, ils ont un dossier. On a un dossier sillage. Donc, c'est juste un transfert. Il n'y a même pas besoin de passer par l'UAO. Ils vont direct dans un service d'entrée. Donc, si le patient est OK pour se faire hospitaliser, déjà, à la base, on va essayer de le calmer. On va lui dire peut-être que tu as besoin de soins. On va essayer de lui faire</p>
---	---	--

	<p>connaissance que tu as du patient même et tous les signes neurovégétatifs qu'il va y avoir, que ce soit de l'agitation psychomotrice, des sueurs pâleur, peut-être la tachyphémie. Donc ça, ça peut aussi arriver, tachypsychie ça peut aussi arriver là où je vais peut-être plus m'inquiéter. »</p> <p>« Après, évidemment, si je suis sur un patient qui est psychotique, qui a des hallucinations, je prends par exemple le cas d'une patiente. Elle parle avec Dieu tous les jours. Elle a fait déjà un gros geste auto agressif. Elle s'est immolée suite à un délire de filiation. Elle pensait qu'elle allait être enceinte de Dieu et ce n'est pas arrivé. La date butoir, c'est le 19 juin, tous les 19 juin, clairement, on a peur parce qu'elle pourrait faire un passage à l'acte. Mais l'important dans ces entretiens-là, c'est est ce que les voix sont présentes ? Est-ce que les voix vous donnent des injonctions ou vous obligent à faire des choses ? Est ce qu'il y a un mécanisme d'automatisme mental ? Et le patient ? Il est complètement dépossédé de ses pensées et de ses et de ses actes ou est-ce que finalement elle arrive à mettre à distance ça ? »</p>	<p>soignant sur le suivi, ça peut être des éléments qui paraissent banals, mais qui finalement peuvent perturber aussi les patients qui sont fragilisés. »</p> <p>« des collègues qui sont là depuis plus longtemps que moi, me disent que, par exemple, on est bientôt en changement de saison, pleine lune, etc., les patients qui ont une pathologie thymique, ont plus tendance à décompenser lors de ces périodes de changement. Changement d'heure, changement de saison, pleine lune, je ne sais pas pourquoi, je ne sais pas ce qui se joue à ce niveau-là, je n'ai pas assez de connaissances, mais il y aurait des facteurs qui favoriseraient les décompensations naturelles. »</p> <p>« C'est un peu un feeling. Tu vas orienter ton entretien selon ce que le patient va te dire, tu vas déjà cerner s'il y a des chances qu'il se fasse du mal, ou s'il y a des chances qu'il te fasse du mal aussi, parce que tu vas orienter tes questions, lui poser des questions, par exemple s'il a des idées, des idées suicidaires, s'il a déjà fait des actes suicidaires, une IMV, des scarifications, des tentatives de précipitation, ou autre, peu importe. S'il dit non, tu peux déjà un peu mettre de côté l'auto-agressivité, sans l'oublier, parce qu'il y a toujours ce risque. Et puis après, en fonction de la présentation de ton patient, la façon dont il va te parler, tu vas</p>	<p>entendre que peut-être qu'il faut aller à l'EPSM, etc. On va pouvoir l'amener à deux. »</p> <p>« . Et des fois, il ne veut pas. Et nous, on lui dit que c'est nécessaire pour lui. Il est tellement dans son délire, il est dans le déni, anosognosique. Pour lui, il est en toute puissance. Il n'est pas malade. Donc là, on déclenche. Normalement, le patient, il ne l'écoute plus. Il ne t'entend plus. Il est complètement dans son délire. Il ne te reconnaît plus. Il n'y a plus de discussion. Tu n'as plus beaucoup de marge de manœuvre. Il n'y a plus de discussion. La maladie a pris le dessus. Il faut l'aider au maximum. Et ça, c'est vraiment dans la face haute juste avant la décompensation. Oui, la décompensation, c'est des petits signes. »</p> <p>« On va essayer de décaler sa pensée sur autre chose. C'est ce qu'on fait ici. On essaie de décaler. C'est un petit peu leur délire. On essaie de fixer leur attention. On travaille sur la concentration. On essaie de maintenir les acquis. Parce que généralement, un schizophrène, ça va vers le déficit. Notre travail ici, c'est de les maintenir à flot. Mais, il y a la pathologie qui est là. Donc, nous, on n'est pas à l'abri. Même</p>
--	---	---	---

	<p>« Après y a que l'entretien qui va te permettre de savoir en lui posant les questions. Après je te dirais qu'il y a quand même une limite, c'est que l'évaluation que tu fais de ton patient, elle est à un instant T. Dès lors que ton patient il a quitté la salle, ton évaluation, elle, vaut plus rien puisque l'évaluation c'était cinq minutes avant, on le voit avec le raptus anxieux, par exemple, le raptus anxieux est indétectables. Ton patient, tout va bien. Pouf, Il se retrouve bientôt avec une frustration monstre qui va bloquer toutes ses capacités d'adaptation. Il va faire un passage à l'acte indétectable. »</p> <p>« Et le patient, il est toujours le patient, c'est la première personne concernée. De toute façon, dans la logique des choses, on veut absolument qu'il soit acteur de soin. A ce moment-là c'est de reprendre avec lui pour essayer de lui faire comprendre. Là, ça a déconné. Qu'est-ce que toi tu peux faire pour que ça aille mieux ? Ça peut être rien, mais ton patient qui va, qui habituellement pète un câble, il ne vient jamais te voir pour avoir un si besoin, si il vient te voir pour avoir</p>	<p>plus te dire, là le mec en face de moi est méfiant, il me paraît un peu sthénique, énervé, je vais déjà me mettre un peu plus en retrait, je vais essayer d'adoucir un peu plus la situation. »</p> <p>« on essaye de leur expliquer la prise en charge, il y en a, c'est impossible qu'ils passent par autre chose que la chambre d'isolement, et on essaye de leur expliquer qu'en fonction de leur état psychique, de leur comportement aussi, la prise en soin sera plus ou moins rapide. »</p> <p>« Il y en a, ils vont s'agiter, mais plus pour nous mettre en difficulté que parce qu'ils sont malades, ils vont s'agiter plus pour nous faire mal que parce qu'ils sont délirants sur un instant T, donc on va leur expliquer que la décision de l'hospitalisation, elle est prise, ils vont être hospitalisés, ils vont être accompagnés en chambre d'isolement, que si ça se passe, si mieux ça se passera, plus court sera le temps de la chambre d'isolement, et de la contention, si contention il y a. »</p> <p>« on essaye vraiment d'expliquer la prise en charge aux patients, ce qu'il est en capacité d'entendre, bien sûr, mais on essaye d'expliquer la prise en charge aux patients, le déroulement de ces soins, et sans mentir, sans dire, ben là il y a ça, et demain, c'est ça. On essaye de jamais vraiment donner de</p>	<p>si les patients sont calmes des fois ils explosent. »</p> <p>« Après, je te dis, il y a des choses qui s'anticipent. Par rapport au dossier du patient. Par rapport à son attitude. Le jour, il est comme ça. Le lendemain, il est différent. Le fait de les connaître aussi. »</p> <p>« on n'est pas à l'abri. Le patient, il va très bien. D'un coup, il se lève et vlan !. Ça arrive. Donc là, qu'est-ce qu'on fait ? On protège les autres patients. Pour éviter qu'il y ait un sur-choc. On protège les autres patients. Si nous on est en danger. On s'isole. Il casse tout, il casse tout hein. C'est pas grave. »</p> <p>« Généralement, les patients connaissent bien la maladie. Ils ont fait un travail en amont pour reconnaître qu'ils étaient malades. Ils ne sont plus dans le déni. En fait, ils savent quand ils ne vont pas bien. Des fois, ils n'osent pas le dire. Si je dis que je ne vais pas bien, ils vont m'hospitaliser. Et dans leur tête, c'est comme ça. Si je dis que je ne vais pas bien, je retourne de l'hôpital. Nous, on sait. On voit quand un patient ne va pas bien. Il est comme ça. On va discuter. On va essayer d'anticiper une escalade. Mais comme je te dis, des</p>
--	--	---	--

	<p><i>un si besoin. C'est une évolution en soi. »</i></p>	<p><i>délai, parce que la pathologie mentale, c'est jamais ancré dans le marbre que ça va se résoudre à tel moment, et c'est ça qui est difficile. »</i></p>	<p><i>fois, ça explose. Tu ne peux rien y faire. C'est la pathologie qu'a pris le dessus. »</i></p> <p><i>« Les médicaments, tu vois qu'a midi, il faut stimuler pour qu'il les prenne. Il va moins bien manger. Ou il va être potomaniaque, il va se remplir de flotte ou de café. Des petits signes. Des petits signes négatifs. La pathologie qui montre qu'il ne va pas bien. Il est sale. Nous, on demande qu'il vienne propre, habillé. Il est sale. Il ne prend pas soin de lui. »</i></p> <p><i>« quand un patient va pas bien, on demande au médecin qu'il le voit. Donc, le médecin le voit. Il évalue avec nous, le patient, comment il va. Soit c'est juste un problème de traitement, un modifié de traitement. Soit, vraiment, il ne va pas bien, c'est l'hospitalisation. Et c'est très, très rare, les hospitalisations. Généralement, les hospitalisations, ici, c'est vraiment en dernier recours. Et souvent, c'est à la demande du patient. En fait, l'HDJ, c'est une unité qui permet à des patients qui ont été soit très longtemps, plus ou moins longtemps hospitalisés, soit qui ont des problèmes d'autonomisation, c'est-à-dire qu'ils sont capables de vivre à l'extérieur, mais ils ne sont pas autonomes. Ils ne savent pas se faire à manger. Donc, ils ne savent pas tenir un planning. Le but, ici,</i></p>
--	---	--	--

c'est que, pas tous, mais qu'il y en a qui puissent travailler. En ESAT en CATT. Donc, on les prépare. Ici, ils doivent venir à l'heure. Ils ont des activités bien précises, un planning. Quand ils sont absents, ils doivent justifier leur absence, comme s'ils allaient travailler. On fait de la réadaptation psychosociale. Tout ça, on passe par le biais de médiation, en pratiquant du sport. Le sport, ça leur permet aussi... Ce sont des gens qui sont apragmatiques, ils ne font rien. Ils se disent après, tiens, c'est bien la piscine, je vais y aller tout seul. Tiens, on les emmène voir de l'art ou du cinéma. Tiens, ça les fait sortir, un maximum. Le but, c'est d'être sociabilisés. Pas forcément d'en faire des chevaux de course. Un poney, tu ne vas pas en faire un cheval de course. Mais, au moins, qu'ils puissent vivre correctement, avoir une vie sociale, même s'ils ne vont pas être ingénieurs. »

« Il y a des objectifs thérapeutiques. Une fois qu'il y a des objectifs thérapeutiques, genre autonomiser le patient, qu'il puisse prendre les transports tout seul, qu'il puisse avoir un logement seul, s'il y a au bout de 2 ans, 3 ans, il n'y a pas de durée définie. C'est intrinsèque au patient. Il y a des

			gens, au bout de 6 mois, ils vont y arriver, et là, il faut 5 ans. On les maintient à flot ici. S'il n'y avait pas nous, ce seraient des clochards. Tu vois ? Des trucs comme ça. C'est vraiment patient dépendant. »
La contention physique	<p>« C'est la dernière dernière extrémité, on va dire. Enfin, de mon point de vue, je trouve qu'on a un gros retour en arrière dernièrement avec plus de retour à la contention mécanique, plus de retour à l'usage soit des traitements injectables, soit aussi des chambres d'isolement. »</p> <p>« A *** on l'a repoussé très très longtemps, on la mise en place sur des patients qui se scarifiaient, parce que on n'avait plus aucune solution. On était arrivé sur une patiente qui s'automutilait. C'est la seule patiente qu'on avait contentionnée à l'époque qui s'auto-mutilait jusqu'au point qu'on voyait ses adipocytes au niveau de... Au niveau de ses jambes, qui était emmené aux urgences tous les jours et tous les jours quand elle revenait elle arrachait ses points et elle resaigner. Et la seule solution pour que ça cicatrise un minimum, c'était de l'empêcher d'avoir accès à ses plaies. Là, ce n'était pas la situation</p>	<p>« Je l'utilise plus depuis que je suis sur les urgences que je ne l'ai utilisé sur les services d'entrée. Parce que nous, on arrive généralement, ils sont déjà passés par les urgences et ils sont contentionnés via les urgences ou avec l'équipe des urgences présente dans le service. Comme je suis sur les urgences maintenant, j'y suis un peu plus confronté. »</p> <p>« Je pense que c'est un soin comme un autre, qui peut être mal vécu par le patient mais aussi par le soignant. Parce que des fois, pour protéger notre patient »</p> <p>« j'avais plus ce point de vue un peu sociétal de on t'attache le patient et puis basta. Là, mon point de vue, il a évolué dans le sens où je le prends vraiment comme un soin bénéfique pour le patient, histoire de vraiment calmer le patient qui est en crise avec l'aide d'un traitement en plus de la contention, parce qu'une contention seule, ce n'est pas vraiment un soin finalement. Si tu contentionnes qu'il est agité, il va s'épuiser, potentiellement se luxer l'épaule, un genou, une hanche, peu importe, il va se débattre.</p>	<p>« la contention en elle-même, c'est quelque chose d'utile si elle est associée avec d'autres choses. C'est-à-dire, contentionner les gens pour dire les contentionner, ça n'a pas de sens. »</p> <p>« Il y a quelqu'un qui est très agité, il faut une sédation. Le faire attacher comme ça, sans qu'il ait de sédation, sans essayer de l'aider à canaliser son angoisse et son agressivité, avec des médicaments, ça ne peut pas fonctionner. Ce n'est pas possible. Le gars, c'est toujours en état de rage. Il va devoir être attaché 6 heures. Tu vois, tu vas détacher et la attention ça va être pire. Voilà. Après, le but de la contention, c'est éviter la mise en danger de la personne. Si la personne est suicidaire, par exemple, on va l'attacher avec une sédation pour l'apaiser. Si la personne est hétéro-agressif, pareil, tu vas la canaliser parce qu'elle est délirante, elle fait des fausses reconnaissances. Mais si c'est une contention toute seule, pour moi, ça ne sert à rien du tout. Il faut une</p>

	<p><i>la plus optimale, mais c'est ce qu'on avait trouvé comme solution un peu bancal, on va dire. »</i></p> <p><i>« Mais sinon, tu as des gens qui vont s'énerver, qui vont t'expliquer qu'ils ont des raisons complètement entendables de s'énerver. Tu désamorces, tu discutes, tu trouves un médiateur thérapeutique, un café, une clope ou n'importe quoi pour essayer d'échanger, de rendre les choses un peu plus informelles. Si ça ne fonctionne pas, il reste toujours des ateliers de relaxation. Tu as du snoezelen. Tu as moyen de faire de la prise en charge individualisée. Techniquement, si ça ne suffit pas, il y a toujours possibilité d'avoir un traitement si besoin, un benzo ou un atarax® ou tercian® loxapac® quelque chose qui peut au moins l'anxiolyser un petit peu. Si ça ne fonctionne définitivement pas, là peut être que on peut isoler sans forcément contentionner. Si par contre après il y a vraiment trop de risque de mise en danger ou d'agression sur quelqu'un. Ba la contention. »</i></p> <p><i>« On a eu la création des chambres d'apaisement il n'y a pas si longtemps que ça. Alors bien les</i></p>	<p><i>Donc il peut potentiellement se mettre en danger. Mais si tu allie ça avec un traitement, je le prends vraiment plus comme un soin. »</i></p> <p><i>« pendant mes postes, il y a eu deux contentions au total. Deux contentions différentes. Un patient qui était agité, qui nous menaçait. Impossible de se mettre en sécurité. Le médecin a choisi de prescrire la contention parce que, de un le patient, ça faisait plus de 24 heures qu'il ne s'était pas posé, il était agité comme pas possible. Donc il a fallu le contentionner pour mettre l'équipe soignante en sécurité mais aussi pour que le patient puisse se poser en ayant un traitement et s'endormir plutôt que de lutter contre le traitement et de faire des cent-pas dans la chambre d'isolement. »</i></p> <p><i>« la chambre d'isolement c'est finalement une contention. Mais la chambre d'isolement, on l'utilise encore plus que les contentions. »</i></p> <p><i>« Et on a eu un cas aussi d'un patient qui a tenté de se pendre, qui avait tout mis en scène pour se pendre. Donc il a fallu le mettre en sécurité. Donc on l'a contentionné histoire qu'il ne se mette pas en difficulté. Donc voilà. La question à un moment s'est posée pour ce patient-là, parce qu'on a une blouse de sécurité, ça fait un peu comme un gilet pare-balles où le patient, il ne peut rien faire avec. Tu verras pendant ton stage du coup. Mais le patient ne peut rien faire avec</i></p>	<p><i>association entre la contention et le médicament. »</i></p> <p><i>« une contention physique sans contention chimique, je ne vois pas l'intérêt. Pour moi, c'est de la punition. »</i></p> <p><i>« . Nous, la contention, elle est d'abord chimique. Contention chimique, ils n'ont pas inventé ça pour rien. Contention chimique, ça peut fonctionner. Le patient, au bout d'un quart d'heure, il est posé, il dort. Voir même la chambre d'isolement. Des fois, on met en chambre d'isolement sans sédation, c'est le patient qui demande. Il dit, je ne suis pas bien, c'est trop dans ma tête, il faut m'aider. Et puis malheureusement des fois il n'y a pas de discussion, il n'y a pas de désescalade. Et ça, c'est un problème de formation. Il y a des collègues qui se prennent pour des cow-boy... Les anciens infirmiers, C. et moi, on ne va pas aller sauter sur le gars tout de suite. Au bout d'un moment, on va voir qu'il n'y a plus moyen. On va voir dans son regard, dans son discours, que là, si on ne fait pas quelque chose, ça va clasher. Mais avant, on négocie. Très bien. Si tu ne fais pas ça, si tu ne prends pas tes cachets, il va t'arriver, chambre d'isolement. Voilà, un truc comme ça. »</i></p>
--	---	---	--

	<p><i>chambres d'apaisement avec du matériel qui a été testé, qui indéchirables, modulables, etc. Pour avoir fait l'essai quand tu mets un patient qui est agité dedans le fauteuil, il a beau faire 50 kilos, il vole vachement bien. Donc c'est un petit peu compliqué. Donc hormis la contention, l'isolement, pour moi ça reste la meilleure. »</i></p> <p><i>« Pas attaché parce que même si le patient s'énerve, même s'il frappe dans les murs de la chambre d'isolement, moi je m'en fous. Je m'en fiche parce que t'es chez toi, tu as envie de t'énerver, tu vas hurler, personne ne va venir t'embêter, Tu es dans ta chambre d'isolement. C'est une chambre qui est sécurisée, qui a été prévue pour que les gens puissent s'énerver, ne puissent pas se faire de mal. Et ben si tu tapes dans les murs qui tapent dans les murs, le mur sera toujours plus fort que lui. Clairement. Mais au moins, il ne pourra pas, il ne pourra pas risquer de risquer sa vie. Donc moi, ça me va. »</i></p> <p><i>« Moi, je l'ai toujours dit, la contention ca rime avec sédation. Mais pour moi, chambre d'isolement, ça, ça rime aussi avec sédation. Ça</i></p>	<p><i>parce qu'il ne peut pas se pendre avec, il n'y a pas d'élastique, il n'y a pas de moyen de faire un noeud avec. Donc la question qu'on s'était posée à ce moment-là, c'est est-ce qu'il vaut mieux qu'on le mette tout nu avec ce truc où tout dépasse, ou est-ce qu'il vaut mieux qu'on le contentionne que quelques heures ou tout nu pendant plusieurs heures, parce que ça se serait prolongé je pense. On a choisi la contention, chose qui a duré deux heures. Le patient s'est calmé avec l'aide du traitement. La crise est passée, ensuite il a été transféré en service d'entrée plus contentionné. »</i></p> <p><i>« , je fais un entretien avec le médecin, le patient s'agite, on va déjà essayer de le contenir physiquement nous, histoire de se mettre en sécurité nous, et mettre en sécurité le patient. Pour éviter qu'il se fasse mal, on tape sur sa tête, imaginons, contre la vitre, ou en essayant de taper les infirmières, on va essayer de le contenir. Donc il risque d'être allongé sur le sol, contenu par l'équipe soignante. On va ensuite le transférer en chambre d'isolement, parce qu'on ne met pas les contentions ailleurs qu'en chambre d'isolement. Et puis on va le contentionner sur le lit, à l'aide de toute l'équipe soignante, donc les collègues qui vont tenir le patient, qui va potentiellement se débattre, généralement ils se débattent, sinon on n'a pas la contention. Ils se débattent, ils</i></p>	<p><i>« Il faut vraiment que la contention soit quelque chose de réfléchi. De toute façon, c'est quelque chose qui est protocolé à ***. Tous les jours, c'est réévalué. C'est une prescription médicale, réévaluée toutes les 12 heures par le médecin. Médico-légalement, le médecin est obligé de venir voir tous les 12 heures si le patient est plus calme, si on peut le détacher ou pas le détacher. Là, c'est très rare d'avoir des patients attachés 3 jours. Ça n'existe plus. Moi, j'ai déjà vu des patients attachés 2, 3 jours mais il y avait toujours une sédation. Maintenant on lève un petit peu la sédation, il y a un peu moins, comme t'expliquait mon collègue tout à l'heure. Avant, on faisait une grosse charge. On faisait 2 molécules pour apaiser, une dose choc. Après, on baissait les doses progressivement. Le problème, c'est que les gens avaient des effets secondaires, etc. Maintenant, la politique, c'est de réduire au maximum les médicaments, réduire les médicaments. Mais voilà, c'est des gens qui restent malades. Ils ont quand même besoin de produits. »</i></p> <p><i>« qu'on va faire une sédation légère. On va le décontentionner d'un bras. On va y réévaluer. Si on voit que la sédation</i></p>
--	--	---	--

<p><i>ne veut pas nécessairement dire un traitement de cheval avec trois ampoules de Loxapac®, rien qu'un demi Atarax® si ça suffit, avec le temps plus court possible. La chambre d'isolement, c'est pas censé être punitif, c'est censé être curatif. Donc si tu as quelqu'un qui a fait une connerie il y a trois jours avant, ça sert à rien de le mettre en chambre d'isolement, ça ne sert à rien. Ton patient, tu le mets en chambre d'isolement quand il y a un moment critique. Il n'est pas censé passer sa vie en chambre d'isolement. S'il s'énerve, je lui donne son médicament. Tu le mets en chambre, il va hurler 2 heures. Au bout de 2 heures, il est calme, tu le fais sortir et après tu débriefer. Et surtout débriefer, surtout débriefer, reprendre avec le patient ce qui s'est passé et peut être, voire peut être voir ce qui a marché, ce qui n'a pas marché et comment lui aurait pu le gérer par lui-même »</i></p> <p><i>« Bon, ça c'est quand même, on va dire, plus ou moins bien organisé au niveau au niveau législatif, puisque maintenant un patient qui est en contention, il faut demander au juge ce qui est logique. On part du principe que le soin libre c'est</i></p>	<p><i>essayent de nous mettre des coups, des fois ils crachent, des fois ils mordent... »</i></p> <p><i>« On essaye d'être le plus possible, en fonction du gabarit de ton patient. Si c'est un patient qui fait 1m50 pour 50 kg, ça devrait aller physiquement. Après un patient en crise, il a ses forces qui sont décuplées aussi. Mais tu vas prendre un patient de grande taille, plus d'1m85, on va essayer d'être vraiment le plus possible. On peut faire appel à la sécurité, mais ça c'est autre chose. »</i></p> <p><i>« on essaye que les collègues masculins le contiennent physiquement, et les collègues féminins mettent en place les liens. Et puis ensuite, une fois que les liens sont posés, nous on relâche doucement aussi, histoire de ne pas se reprendre un crachat, un coup de tête, parce qu'ils sont contentonnés, mais ils ont la liberté de mouvement quand même. Ils peuvent pas se gratter le nez, mais ils ont un peu de mou. Ils sont pas collés au mur, enfin, pas collés au lit. Donc voilà, voilà comment on met en place les contentions, et puis après on a l'obligation de faire notre surveillance régulière, parce qu'on ne sait jamais, tu sais, ça peut arriver que des fois on les serre un peu trop, ou qu'on ne les serre pas assez, et que le patient arrive à retirer son bras sur le pied de la contention, peu importe. Donc on fait notre surveillance régulière. »</i></p>	<p><i>n'est pas assez forte, on va augmenter la sédation. On va faire le sens inverse. Avant, on tapait et on descendait. Là, on part au début et on monte. Après, ça peut marcher sur certains patients. On sait que certains patients ne sont pas en dose de charge d'entrée. Ça ne marchera jamais. Tu as des patients qui font 120 kg. Ils ont une charge neuroleptique depuis des années. Tu vas leur mettre un Tranxène 10 dans les fesses. Tu mets 2, c'est pareil. C'est des gens qui en ont besoin, des neuroleptiques, du Nozinan®, de l'Haldol®, de Loxapac®. Pour moi, la contenance physique est obligatoirement associée dans la tête. Mais les 90 % des gens, même les médecins fous, ne vont jamais attacher un patient sans une sédation. »</i></p> <p><i>« Quand il y a une agitation et que le médecin dit qu'on va le contentionner, nous, on est formé. On n'a pas besoin de se parler. On est 4 ou 5. On va un par membre. On va l'attraper. S'il faut faire l'injection, c'est l'infirmière qui va faire l'injection. Nous, les mecs, on va le tenir. S'il s'agit de... On va le tenir. Des fois, on est 8 ou 9. On va tout faire pour le contenir sans le blesser. On a des techniques pour le tenir sans le blesser, pour qu'il puisse être attaché. Après, c'est évalué. On essaye de mettre une</i></p>
--	---	--

	<p><i>toujours la norme, donc normalement soin libre, pas de contention. »</i></p> <p><i>« vu qu'on a fermé les unités, je t'avouerai qu'on contentione plus, moi, mes patients sur le l'hôpital de jour on est uniquement sur des patients qui viennent volontairement. Si un patient ne vient pas, je vais le voir en entretien, mais c'est certainement pas une prison.»</i></p> <p><i>« En toute logique, la contention mécanique, je dirais qu'elle n'intervient plus aujourd'hui de mon avis parce que on a aussi moins de connaissances pour gérer les choses qu'on a, des collègues qui sont peut-être moins formés, qui sont peut-être moins disponibles parce qu'on a des services qui sont parfois surpeuplés et donc du coup tu ne peux pas te permettre, quand tu es un infirmier et deux aides soins, de te détacher pour aller faire un entretien. C'est beaucoup plus compliqué. »</i></p> <p><i>« On va dire que la contention mécanique tu viens, tu presses, tu pars au plus pressé finalement, nous, on le voyait aux urgences, aux urgences, Nous a ***, on était en</i></p>	<p><i>« Tu sais qu'il va être contentonné, autant lui expliquer les choses, comment ça va se passer, essayer de le rassurer sur la chose, s'il est en capacité de l'entendre. T'en as qui tu peux expliquer pendant 20 ans, ils n'auront pas compris parce qu'ils ne t'écoutent même pas, ils ne sont pas en capacité de t'entendre, et leur seule réponse ça va être de te mettre un poing au visage... »</i></p> <p><i>« Pour le patient, on essaye aussi de reprendre avec lui s'il est en capacité qu'on reprenne. Parce que t'as des patients qui vont vraiment mal le vivre et qui vont en vouloir de les avoir contentonnés parce qu'ils vont pas comprendre. »</i></p> <p><i>« qu'il n'y a pas un temps défini de reprise sur la contention, ou l'isolement, peu importe. Mais il est vu, le patient qui est en chambre d'isolement contentonné, il est vu tous les jours par le médecin. Et le médecin reprend avec lui. Par exemple, imaginons, j'ai été contentonné, t'es le médecin qui vient aujourd'hui, tu vas reprendre avec moi, qu'est-ce qui s'est passé hier ? Qu'est-ce qui a amené la contention ? Est-ce que j'ai compris le fait que j'ai été contentonné ? Est-ce que j'ai compris pourquoi on avait eu à faire tout ça ? »</i></p> <p><i>« on a une agitation, on a un patient qui a besoin d'être contentonné, on le</i></p>	<p><i>ventrale pour éviter qu'il se lève, etc. Mais tout ça, c'est réévalué. Donc, toutes les demi-heures, et quand le patient est en chambre d'isolement, on doit réévaluer, voir s'il s'apaise bien »</i></p> <p><i>« quand on lève la contention, c'est que le patient va mieux. C'est que déjà, il y a une sédation et on sent qu'il va mieux. Donc déjà, le médecin vient parler avec lui. Si le médecin sent que le patient va être coopérant, le patient dit oui, ça va mieux, je préfère qu'on me détache, etc. Mais il est calme. »</i></p> <p><i>« Après, une fois qu'il est détaché, le médicament agit, la contenance de la chambre d'isolement, parce que la chambre d'isolement, c'est aussi un traitement, ça contient. Toi, quelqu'un qui a un délire éclaté, ça va le contenir, comme la contention. Il y a la contenance de la chambre d'isolement, des fois ça ne suffit pas, parce qu'il est tellement éclaté. Là, on fait une contenance physique. On va le remettre. C'est comme le packing, je ne sais pas si tu connais, chez les autistes. C'est la même chose. »</i></p> <p><i>« Généralement, le patient, il se rend compte qu'il a été malade. Des fois, il ne s'en souvient pas. Il est en état de crise. Il ne se souvient pas de ce qui s'est</i></p>
--	---	---	--

	<p>solo, en solo toute la journée et tu avais le médecin qui était là. Si tu l'appelais, il se déplaçait sachant qu'il gérait ses consultations. Quand tu as quatre patients et que tu en as potentiellement un qui pourrait soit fuguer, soit se mettre en danger, bah tu vas assurer tes arrières et tu vas le mettre en isolement voir le contentionner. Voilà. Est-ce que faire un entretien avec lui, évaluer plus avant s'il avait vraiment envie de te faire du mal ou de faire du mal à quelqu'un, ça aurait été plus intéressant. Dans les faits, tu n'as pas de temps. »</p> <p>« Alors le côté cadran de la chambre d'isolement, je vois. Effectivement, il y a des patients qui te le réclament parce que c'est rassurant d'être dans une pièce où il ne peut rien leur arriver et où ils peuvent se défouler. Ça c'est cool. »</p> <p>« Si ton patient est agité, qu'est-ce que tu vas faire ? Déjà c'est de comprendre pourquoi il est agité. Tu peux très bien tomber sur un patient qui va avoir une agitation sur un fond délirant. Je suis persécutée, j'ai une fausse reconnaissance, Je vois quelqu'un qui ne me plaît pas. Je vais lui foncer dessus, c'est certain.</p>	<p>contentionne, on lui donne son traitement avant, bien sûr, on le contentionne. On finit tout ce qu'on a à faire avec ce patient-là. Et une fois qu'on a reclaqué la porte de notre bureau, on reprend si on a besoin de reprendre, parce que des fois, il y a des situations où ça a glissé tout seul, on n'a pas forcément besoin de reprendre. Mais on essaye toujours d'en discuter un minimum. »</p> <p>« ? T'as des patients qui vont pas être en capacité de l'entendre. C'est vous m'avez contentionné, vous m'avez maltraité, vous m'avez... Donc ça c'est pas forcément simple à recevoir parce qu'on sous-entend que t'as été maltraitant. »</p> <p>« Donc le médecin essaie quand même, avec la présence infirmière bien sûr, essaie de vraiment reprendre sur les entretiens ce qui s'est passé juste avant. Qu'est-ce qui a amené à tout ça ? Est-ce que vous avez compris la situation ? Est-ce que vous avez compris que c'était un soin et pas juste de la maltraitance ? Enfin, pas du tout de la maltraitance. »</p> <p>« Certains patients, on se dit qu'on ne va pas aller jusqu'à la contention, ça nous embête, tu vois. Un monsieur, il a 70 ans, il est agité, mais on se pose la question de savoir si juste le fait d'être seul dans une pièce sans stimuli</p>	<p>passé. Nous, on est là pour le rassurer. Il nous identifie bien comme soignants. On s'identifie. On fait du relationnel. Ça se passe généralement très bien. »</p> <p>« s'il y a une agitation, ici, normalement, on peut avoir des PTI, pour les travailleurs isolés. Ils vont en recevoir bientôt. En fait, on téléphone au standard et ils nous envoient quatre ou cinq infirmiers avec une ambulance. Il est envoyé aux urgences. Ou direct à EPSM, dans un service, s'il est connu. Ça peut arriver. »</p> <p>« Nous, on fait des médiations. On va faire des choses qui apaisent le patient. Le patient, je ne sais pas ce qui pourrait t'aider pour t'apaiser. Je ne sais pas. Ils ont envie de jouer à un jeu de société. On va essayer de trouver une médiation. Quelque chose entre toi et le patient »</p> <p>« Ce n'est pas vraiment une chambre d'apaisement. C'est une chambre pour s'isoler. C'est une chambre d'apaisement. On peut appeler ça une chambre d'apaisement. C'est un lit. Un lit, c'est tout. , on a une autre salle avec des canapés. On peut fermer les rideaux. On peut leur mettre de la musique pour qu'ils se relaxent. Ici, on fait des ateliers de relaxation. On leur</p>
--	---	---	--

	<p><i>Il faut mettre la personne en sécurité. Et la contention a aussi ce rôle-là de pouvoir protéger un petit peu les autres »</i></p> <p>« je pense qu'il y a un biais par rapport à ça, dans mon imaginaire, c'est vrai que la contention, je l'utilise tellement peu que je reste sur la mise en chambre d'isolement qui est pour moi déjà une forme de contention. »</p>	<p><i>extérieurs, juste savoir si ça, ça ne peut pas déjà le calmer. Bon ben ça ne le calme pas, on va en venir à la contention. On essaye déjà de le contenir par les murs. »</i></p>	<p><i>donne des astuces pour, dans leur quotidien, gérer leurs angoisses. »</i></p>
<p>L'infirmier en psychiatrie</p>	<p><i>« Et non, je n'ai jamais voulu faire flic, alors la contention, c'est pas trop mon kiff. »</i></p> <p><i>« Alors je suis Je suis militant politique, Je suis anar et je n'aime pas vraiment l'ordre et l'autorité parce que je bosse en psy. C'est le deuxième lieu de privation de liberté, avec la prison, c'est toujours très drôle. Non, la contention, j'aime pas. J'ai jamais aimé aujourd'hui non plus je t'avouerai. Pour moi c'est un moyen de contrôle.»</i></p> <p><i>« . Il faut se dire aussi que la formation infirmière, elle existe suite à des réclamations de la part de certains psychiatres dans les années 50-60, parce que les infirmiers</i></p>	<p><i>« J'aime bien le contact avec l'humain, j'aime bien essayer du moins d'aider les gens, parce que même si on essaye, on n'y arrive pas toujours. Et j'aime bien me sentir utile pour l'autre. J'aime bien aussi essayer de désamorcer la crise, et j'ai toujours, c'est mon auto-critique, j'ai toujours travaillé dans l'urgence, à tous les stades de ma vie, j'ai toujours travaillé dans l'urgence. »</i></p> <p><i>« Et d'ailleurs la remise en question, la remise en question en tant que professionnel, et surtout en psychiatrie, elle est super importante. On a eu là un collègue qui a vu un patient la semaine dernière, et on a appris son décès là récemment. Donc on s'est posé tous autour de notre bureau, hier en transmission, et puis on s'est demandé où est-ce qu'on avait fauté, qu'est-ce qu'on avait bien fait aussi, parce que le patient a fait son</i></p>	<p><i>« 'à un moment, il y a un patient, un psychopathe qui est rentré dans la pièce. Il dit, elle est ou la machine à café ! Et j'ai vu l'attitude de l'infirmier formateur. Putain, c'était génial. Il l'a apaisé avec trois mots. C'est formidable. Et moi, j'ai toujours fait infirmier, je fais du relationnel. La technique, c'est bien. Mais je suis pas un technicien, je préfère le plan de la relation. »</i></p> <p><i>'que j'ai un contact assez... Ils ont du mal parce qu'un patient ne veut pas prendre ce cachet de médicaments. Ils m'appellent. Il ne veut pas prendre ce cachet. Moi, je vais le voir. Ok, tu fume ? Tu veux une clope ? viens on fume une clope. On discute. Vas-y. Le contact, c'est important. Si tu as du</i></p>

	<p>étaient considérés comme des gardiens fous et mimaient les gardiens de camps de concentration. C'est pour ça qu'on a voulu que les infirmiers soient formés. Tu as une super plaque qui était à Saint-Alban, qui est un vieil asile où la psychothérapie a été créée. La psychothérapie institutionnelle qui disait tout infirmier ou infirmière qui camisolera un patient sans l'accord du directeur sera renvoyé sur le champ. Et je trouve que ça résumait assez bien la chose en fait. C'est qu'avant c'était un petit peu la chienlit et tu faisais tout ce que tu voulais. Et puis le patient, il en pâtissait. Depuis, c'est interdit. »</p> <p>« J'ai vu les choses évoluer par manque de temps. Avec l'arrivée des nouveaux infirmiers et aussi avec le manque de temps. Clairement, certains médecins aussi. Alors c'est un peu sale ce que je vais dire, mais on est à l'heure actuelle dans un gros déficit médical, donc le déficit médical fait que le médecin n'a plus le temps non plus de se détacher. Donc du coup, on a plus facilement recours à la contention. »</p>	<p>choix, il s'est suicidé, nous on a mis en place tout ce qu'on pouvait mettre, on a proposé tout ce qu'on pouvait proposer. Le patient a fait son choix, et on respecte ça aussi entre guillemets. »</p> <p>« c'est dur de s'auto-évaluer, mais je me sens, j'ai l'impression en tout cas, d'essayer d'apporter le meilleur possible pour le patient, et même si on ne le fait pas toujours bien, parce qu'on a aussi des fois des complications personnelles, qui font que des fois on est moins à l'aise avec certaines situations, on est moins à même de travailler à un instant T, on essaye toujours, même si ça ne va pas, d'apporter le meilleur possible au patient. »</p> <p>« OMEGA c'est la gestion de la crise justement. L'agitation aussi. Donc ils t'apprennent quelques techniques. De désescalade, c'est ça exactement. De dégagement aussi. Si tu te fais prendre à partie physiquement par un patient, étrangler, mordre. Ça se passe en 5 jours. »</p> <p>« C'est vraiment une formation que tu peux vraiment mettre en place et bien utiliser quand les agents avec toi sont formés. Parce que si toi tu fais une technique de désescalade avec ton collègue à côté et qu'il n'est pas formé... Ça devient compliqué. Ou même ils nous donnent des petits tips, du genre des mots à dire. Et si tu dis ce mot-là,</p>	<p>contact avec tes patients, tu vas tout gagner. C'est la base du boulot. Il faut quand même aussi de la clinique. Il faut quand même un apport clinique important quand même. Comme je te dis, anticiper les choses. Et puis, avec les pathologies, quand même, c'est important. Tu es quand même un infirmier. Un infirmier, tu n'es pas chauffagiste ! Et donc, voilà. Si tu as compris ça, avec un peu de théorie, si tu es bon en pratique, il n'y a pas de raison. »</p> <p>« , les patients, des fois, ils sont hospitalisés, on va les voir là-bas. Il y a toujours un lien. On travaille toujours en équipe. On travaille avec l'AMSID, comme je t'ai dit, avec le CMP, avec les services d'entrée. Nous, on travaille en équipe. C'est-à-dire qu'on ne peut pas faire les choses tout seul en psychiatrie. Ce n'est pas possible. Déjà, c'est dangereux. C'est dangereux. Tu peux devenir aussi devenir insécuritaire pour un patient. Les choses ne sont jamais faites seules. On travaille toujours en collaboration avec le cadre, avec le médecin, avec les autres infirmières. Moi, je n'ai quasiment jamais vu personne travailler tout seul en psychiatrie. »</p>
--	--	---	---

	<p>« Mais aussi que tu as des médecins qui sont potentiellement des médecins, des praticiens hospitaliers, donc rattachés, qui sont étrangers et qui parfois n'ont pas la même histoire de la psychiatrie et qui ont un recours plus facile aussi à certaines, à certaines thérapeutiques, dont la contention. Donc c'est pas franchement le meilleur lot. »</p> <p>« Et là, à ce moment-là, tu dis Enfin bon, ce qui n'empêche que derrière tu te remets en question, tu sais, c'est pas bien, c'est pas bien, c'est pas bien. Mais en tout cas, sur le moment tu dis pour toi, tu dis que c'est libérateur, ça ne devrait pas. »</p> <p>« tu as aussi les réunions d'équipe hebdomadaires maintenant bi-hebdomadaires chez nous. Mais en tous cas, c'est toujours une façon de pouvoir rediscuter des situations complexes, de pouvoir revoir ce qui a marché, ce qui a déconné et peut être voir aussi les axes d'amélioration. »</p> <p>« Ton patient violent. Il n'est pas que patient, violent, c'est aussi un patient qui a une pathologie, une histoire. Tu vas avoir forcément dans le</p>	<p>ça veut dire qu'à ce moment-là on va s'avancer vers le patient. On va essayer de le contenir physiquement parce qu'il est menaçant ou il pourrait être dangereux. Donc tout ça c'est ce qui nous amène en formation et c'est quelque chose d'assez intéressant. »</p> <p>« l'agression physique envers le soignant, c'est une situation qui me pose quand même pas mal de problèmes parce que c'est dangereux. Je ne vais pas te faire un dessin, mais oui c'est dangereux. Quand je suis arrivé ici, ma deuxième semaine, je me suis fait casser la figure, il faut le dire, par un patient en décompensation, mais qui m'a quand même coûté 4 jours d'ITT. Donc c'est pas mal. Donc l'agression physique c'est vraiment quelque chose, parce que même si on fait des formations, on est préparé, enfin préparé pas vraiment, on n'est jamais prêt, mais on sait que ça peut nous arriver, on essaye toujours de désescalader. »</p> <p>« Donc moi l'agression physique, professionnellement et même personnellement, finalement c'est quelque chose d'assez problématique, parce que t'as toute la sphère familiale aussi qui rentre en compte. T'as envie de rentrer chez toi le soir, t'as pas envie de rentrer avec un œil en moins, une dent en moins, ou même pas rentrer du tout. Donc voilà. »</p>	<p>« Ils débriefent tous quand même avec leur équipe. Tu sais, je j'ai été voir un tel, il ne va pas bien. Est-ce que tu ne peux pas aller le voir ? Avec moi, ça ne passe pas bien. Est-ce que tu pourrais aller le voir, lui ? On se parle. Le dialogue c'est primordial. Passer la main en cas de besoin. »</p> <p>« , il y a des gens qui ont plus ou moins d'expérience. Moi, j'ai 25 ans de boîte, j'ai un peu plus d'expérience. Les jeunes, ils sont là. Je leur dis qu'il faut mieux faire ça. Ils t'écoutent. Ceux qui ne t'écoutent pas, c'est leur problème. Ils savent très bien qu'ils vont se casser la gueule. »</p> <p>« on avait un par an obligatoire. On avait trois stages. Plus un stage optionnel, l'été. Et donc, forcément, voilà. Je te dis, moi, l'école de l'infirmière, on est tous formés à la même base. Après, il y a des gens qui ont des idées différentes sur la prise en charge des patients, c'est normal. On a des réunions cliniques qui servent à ça. Des fois, on a des conflits d'équipe, parce qu'on dit, tiens, moi, je ne suis pas d'accord avec ce que tu fais, avec ce patient-là. On en discute. Le médecin dit, oui, c'est vrai. Oui, ce n'est pas vrai. C'est lui qui a le savoir. C'est le médecin. »</p>
--	---	--	--

	<p>monde... T'aime certaines personnes, tu n'aimes pas certaines autres personnes. Il y a des gens qui t'aiment. Tu as des gens qui ne t'aiment pas. On dit toujours On est toujours le con de quelqu'un. Clairement. Et les patients, c'est pareil. Tu as des patients avec qui tu vas être plus professionnel ou moins professionnel, plus dans l'empathie, moins dans l'empathie. Je pense que dans une situation qui est conflictuelle, si t'as moyen, tu passes la main. Si jamais tu vois que ça ne va pas coller, ça ne va pas le faire. Tu ne vas pas te mettre à défaut, tu ne vas pas aller au clash. Tu vas peut-être faire appel à un collègue qui a plutôt un bon contact avec lui. Ça va quand même plutôt l'apaiser. »</p> <p>« repartager des moments. Ça peut remettre aussi en question tous tes préjugés, toute la représentation que tu pouvais avoir autour du patient. Peut-être requestionner aussi ta pratique. Peut-être que c'est toi qui as déconné à un moment, ça peut être pas mal. Mais ça veut dire faire une sorte de projection hors corps. Ça veut dire se regarder de l'extérieur et se dire bon, faut que je m'analyse. »</p>	<p>« c'est quelque chose qui m'inquiétait en arrivant là, sur les urgences, parce que je me suis dit, je vais pas savoir gérer, alors qu'en fait, j'étais en service d'entrée, je savais gérer ces situations-là. Et en fait, c'est quelque chose qui se fait naturellement. Au début, t'es un peu stressé, tu te dis, je vais pas savoir quoi leur dire face à des propos d'auto-agressivité, ou quand ils vont dire qu'ils vont se faire du mal, qu'ils vont rentrer chez eux, qu'ils vont se suicider. Je me suis dit, je saurais jamais quoi leur dire. Puis en fait si. »</p> <p>« Pareil, face à l'agressivité, j'ai reçu des formations, il y a la formation aussi de 3 ans sur l'IFSI, où il y a quelques apports, et puis l'expérience aussi de tes collègues qui peuvent te conseiller. Tout ça, ça rentre en compte et ça te permet d'évaluer sur l'instant T ton patient, savoir s'il y a un risque de passage à l'acte hétéro, auto-agressif, peu importe. C'est comme ça qu'on évalue, en gros, c'est notre entretien qui fait le travail. »</p> <p>« , quand je suis sorti de l'école, je n'avais pas eu beaucoup à faire à la contention, parce que j'ai fait des stages en extra, j'ai fait un stage en service d'entrée, mais j'avais eu de la chance, je n'ai jamais eu de patients contentionnés sur mon stage en service d'entrée en psychogériatrie, il n'y avait pas de chambre d'isolement. »</p>	<p>« on a une réunion par semaine. Dans tous les services, il y a une réunion par semaine. Donc, souvent, on fait des synthèses. On ne travaille pas tout seul. On travaille avec les éducateurs des foyers de vie, avec les gens qui suivent les patients au CMP, les médecins extérieurs, les psychiatres extérieurs. »</p> <p>« souvent, on fait des synthèses. Et ça, ça permet de lisser les prises en charge. Voilà, ça construit une coordination. C'est la même chose pour tout le monde. Les patients ne sont pas perdus. Il sait qu'on se connaît tous et qu'il est rassuré. C'est un noyau autour de lui, comme ça. Une espèce de nuage qui l'aide. On est là sans être là. C'est-à-dire qu'on laisse l'autonomiser, mais on est là. Il sait très bien qu'on est là s'il y a un problème. Il a sa tutrice. Il a son référent infirmier. Il a son équipe d'HDJ. Il a son équipe à domicile. Donc, nous, des fois, quand on a un problème avec le patient, qu'une prise en charge va s'arrêter ou va évoluer, il peut aller sur le CATT. C'est plus light, le CATT. C'est des demi-journées. C'est vraiment pour des gens qui ont déjà un projet, mais qui ont encore un petit peu de difficulté. »</p>
--	--	---	--

	<p>« Je pense qu'il y a certainement un gros manque de connaissance, en tous cas au niveau des collègues. Beaucoup de gens qui se retrouvent contentionner avec un, deux ou trois membres et pas tous les membres ou sans la ventrale. S'il y a une sédation proposée, an antico si nécessaire. Parce que normalement, contention, sédation dans les textes, c'est obligatoire... »</p>	<p>« tu sais quand on voit un patient avec qui ça risque de mal se passer, s'il y a un soignant qui a une meilleure accroche avec ce patient-là, on va favoriser ce soignant-là, histoire de déjà de désamorcer un peu, parce qu'il y en a pour qui c'est pas, la plupart, c'est pas forcément simple de venir consulter aux urgences, quand en plus t'es en crise, ça peut plus facilement monter, si t'as affaire à quelqu'un que tu connais, quelqu'un que tu estimes, je pense que c'est plus difficile de t'énerver, de t'agiter. »</p> <p>« Entre équipes, déjà, on n'a pas un temps marqué, où on dit, tiens, tel jour, on a contentionné tel patient, venez, on en reparle. »</p> <p>« Qu'est-ce que t'en as pensé ? Qu'est-ce qui a été ? Qu'est-ce qui n'a pas été ? On essaye toujours de, ce que je te disais tout à l'heure, on se remet toujours en question sur notre prise en charge. Qu'est-ce que t'as bien vécu ? Qu'est-ce que t'as mal vécu aussi ? »</p> <p>« , je te parle d'une mise sous contention, on a l'impression que c'est simple, mais en vrai, il y a des mises en contention qui sont très compliquées, des patients qui te crachent au visage, je te l'ai dit tout à l'heure, c'est jamais très simple, professionnellement et personnellement, parce que tu prends un crachat, c'est quand même assez humiliant,</p>	<p>« Nous, on fait des synthèses une fois par mois à peu près. On invite tout le monde. On invite le médecin, l'éducatrice, le référent, la tutrice, et on discute. La prise en charge. Qu'est-ce qui serait mieux pour lui ? Est-ce qu'il n'y a pas d'autre projet qui serait plus adapté pour lui ? Voilà. Très bien. »</p> <p>« Après, les gens, ils sont obtus. Ils t'apprennent le relationnel à l'école. Vous avez le 2.6, je vois votre truc, c'est light. Vous n'avez vraiment que des trucs pas approfondis. Après, c'est à vous de rechercher. Si toi, vous êtes étudiant, vous avez un statut d'étudiant post-bac. Ce n'est plus une formation spécifique ISP. Maintenant, vous êtes parcours sup. Donc, vous êtes étudiant autonome. Donc, on vous donne les bases. Après, c'est à vous de vous démerder. Moi, je faisais des cours à l'IFSI. Je leur donnais les bases on a pas le temps d'aller plus en profondeur. »</p> <p>« je suis infirmier DE. Mais moi, la session, la promo d'avant, c'étaient les derniers ISP qui sortaient. Et donc, moi, j'ai appris en stage. Je tombais sur eux. D'accord. Moi, j'ai appris mon métier quand je suis arrivé à ***, là, il n'y en reste plus beaucoup... Des dinosaures. Donc, moi, j'ai appris mon métier avec</p>
--	---	--	--

		<p>même si le patient n'est pas en pleine possession de ses capacités intellectuelles ou il n'est pas lucide sur l'instant T. T'es vraiment confronté à un tel état d'adrénaline, de stress et de violence par le patient que des fois, tu le vis mal, tu vois. »</p> <p>« . Quand je me suis fait casser la gueule, en juillet, en août, à peine arrivé, on se fait casser la figure. Ça, on en a repris le jour J. Ensuite, il y a eu le dépôt de plainte, etc. On a repris avec la cadre lors de notre dépôt de plainte qui nous a accompagnés. Et une fois la situation bouclée, on a repris encore, tu vois. On essaye vraiment à chaque fois de désamorcer les situations. Si on voit quelqu'un l'a plus mal vécu que quelqu'un d'autre, on essaye aussi de se soutenir les uns les autres. Je pense que ça fait partie de notre taf. »</p>	<p>eux. Voilà. Moi, j'arrivais avec ma seringue. Ils me disaient, qu'est-ce que tu fais avec ta seringue ? Discute avec le patient, quand même. Tu vois, ils m'ont appris des techniques. »</p>
<p>Pistes de réflexion</p>	<p>« On essaie de refondre un peu les choses en essayant de rendre l'hôpital de jour moins chronique que ce qu'il pouvait être auparavant. Quand tu as un patient qui est là pendant 20 ans je ne vois pas ce que tu lui apportes pendant 20 ans. Et là, actuellement, on est en train de monter donc, de l'ETP a ***. Il y a déjà la psychoéducation pour les troubles bipolaires. »</p>	<p>« . des patients qui sont jamais venus et qui ne sont pas connus, ils vont avoir des idées reçues comme toute la société a sur la psychiatrie, sur les soins en psychiatrie. Il y en a beaucoup. Je te parlais de camisoles tout à l'heure, pour ma part, par exemple, quand je parle de mon travail à la maison, à mes parents par exemple, ils sont encore sur ce truc de les chambres capitonnées avec les camisoles de force, etc. On n'est plus là-dessus, ça existe toujours, mais on n'est plus là-dessus. »</p>	<p>« Le médicament, c'est aussi une contention. » -> cadre légal – protecteur ?</p> <p>dans la tête des gens, c'est vol au-dessus d'un nid de coucou la psychiatrie. On en voit avec la camisole de force. Ça n'existe plus. Les chambres capitonnées, ça n'a jamais existé en France. C'est aux Etats-Unis,</p>

<p>« « moi en tant que IPA, ce qui me pose le plus de difficulté, je vais dire, c'est la discussion autour du traitement. Faire accepter un nouveau traitement à un patient, c'est pas toujours très simple. »</p> <p>«</p>	<p>→ Responsabilisation = patient responsable de sa contention = doit la comprendre (dédouane maltraitance)</p> <p><u>Vécu préalable en somatique</u> : « il y a certains autres endroits où ils ne se posent pas la question, je pense aux EHPAD notamment, c'est des sangles directes, il n'y a pas de reprise, il n'y a pas de... Oui, il y a des endroits beaucoup plus proches, je ne citerai pas d'endroits, mais il y a des endroits beaucoup plus proches où, comme ce n'est pas du somatique, c'est de la psychiatrie, il a un diagnostic, qu'il soit agité ou pas, on va le contentionner au cas où. On a certains patients qui ensuite arrivent chez nous et ne comprennent pas vraiment, et quand on leur parle de contention, on sent que ça peut être un peu un vécu traumatique, même si c'est un gros mot quand même. Ils peuvent l'avoir vécu d'une mauvaise façon, pas la façon dont nous on essaie de l'amener la contention, mais vraiment la façon dont on sait que vous risquez d'être chiant, en gros, c'est un peu ça. Donc on va vous contentionner, comme ça vous n'embêtez personne. Après, je ne l'ai pas vu en psychiatrie, cette contention un peu abusive. »</p>	<p>On a le domicile. L'AMSID, c'est le service qui dépend du CMP, qui fait du domicile, qui va... En fait, c'est l'unité mobile qui va domicile. Ils vont vérifier si le patient prend son traitement. Ils nous disent, ce matin, on a été le voir, ces patients sont ici, je les vois. L'équipe mobile de psychiatrie, elle va dans les structures. Dans les foyers. Dans les endroits très.... On va voir les patients qui ont été placés. Dans les maisons de retraite, les foyers d'hébergement, les foyers de vie. Elles vont évaluer. Elles font du suivi post... Enfin, une fois qu'ils sont stabilisés... Alors que l'AMSID là, c'est à domicile. Service à domicile. Et ça c'est super. Et donc, nous, quand on a un patient, on sait qu'il va arriver ici, des fois, il nous appelle. Nous, on l'a vu ce matin, il va bien. Il a plein de poubelles chez lui. Il fait n'importe quoi. Il a fait des dessins sur son mur. Nous, on sait. Quand il arrive, on sait. Il se parle entre nous, entre collègues.</p> <p>« Le but, c'est développer l'autonomie, éviter l'hospitalisation, et créer une alliance thérapeutique. Après, nous aussi, ce n'est pas éternel. Il y a des gens qui sont là depuis un an, il reste deux ans, il reste cinq ans. Mais l'objectif, c'est qu'ils trouvent une structure d'hébergement genre foyer de vie ou foyer d'hébergement, où qu'ils</p>
---	---	---

			<i>puissent travailler en structure adaptée, où on les aide. Ils font des stages « arc-en-ciel », ils font des stages un peu partout, à Polygon,</i>
--	--	--	--

TITRE : Influence de la contention physique sur l'utilisation de techniques alternatives par les infirmiers face au patient agité en psychiatrie

TITLE : The influence of mechanical restraint over the use of its alternatives for nurses confronted to a restless patient in psychiatry

Mots clés : Patient en psychiatrie, contention physique, infirmier psychiatrique

Keywords : Psychiatric patient, mechanical restraint, psychiatric nurse

RESUME : Mon objectif est d'explorer la pratique de la contention mécanique en psychiatrie avec cette question : la possibilité du recours à la contention physique peut-elle altérer la capacité de l'infirmier en psychiatrie à user de techniques alternatives face à un patient agité ? Dans un premier temps, je définis qui sont les patients concernés par la contention et l'historique de l'institutionnalisation psychiatrique, puis la contention et son cadre légal et enfin, la place de l'infirmier en psychiatrie, l'interaction entre ses valeurs et cette pratique. Cette approche théorique est confrontée à trois entretiens inductifs d'infirmiers en psychiatrie. Leurs perceptions de la contention, entre soin et coercition, sont parfois ambivalentes. Elles semblent partiellement déterminées par leur niveau de tolérance à l'agitation du patient. L'accès à la contention semble entraîner une banalisation de cette pratique et un moindre recours aux techniques alternatives. Le manque de moyens humains, de formation et l'inadaptation de certaines alternatives peuvent cependant participer à ce phénomène, ouvrant la voie à des recherches ultérieures.

ABSTRACT : My research aims at deepening my understanding of mechanical restraint through this question : does the opportunity of using mechanical restraint alter the capacity of the psychiatric nurse to employ alternatives ? I start with a definition of which patients might be concerned and a quick history of the institutionalization of psychiatry, then I explore the notion of mechanical restraint and its legal background, finally, i observe the role of the psychiatric nurse, how its values might interact with the practice of mechanical restraint. This theoretical framework is broadened with three 'inductive' interviews with psychiatric nurses. They show ambivalence in their feelings towards mechanical restraint, somewhat inbetween care and coercion. It seems influenced by their tolerance towards patients' potential violence. The opportunity of using mechanical restraint seem to normalize its perception in some places and daunt the use of alternatives. Nevertheless, lack of sufficient resources, training and the inadequation of some alternatives seem to have an influence, which might be explored by subsequent research.

Typologie : Arial, police 11

Pages : 44

Organisme de formation

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Centre Hospitalier Universitaire Amiens

Picardie

Dépôt de l'abstract

5 mai 2025

Promotion 2022-2025