

[texte](#)

[article](#)

## **Un regard de patient sur l'évolution de la contention physique**

"Ainsi, la mise à isolement d'un patient nécessite en général des renforts et se déroule dans une extrême violence, à la vue des autres patients. Ceux-ci comprennent vite ce qui les attend au moindre écart. [Néanmoins, il ] ne faut pas voir dans ces dérives une mauvaise intention de la part des professionnels."

Par: Linda Sales, Infirmière, groupe hospitalier Paul Guiraud, Villejuif /

Publié le : 12 Décembre 2016

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

## **Poursuivre la réflexion**

Il faut attendre la nouvelle loi de santé du 26 janvier 2016 et son article 72 pour avoir un véritable cadre légal aux mesures de privation de liberté dans les établissements de santé mentale. « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours » (Art.L.3222-5-1 du code de Santé Publique). Nombre d'études soulignent le traumatisme sur le court, moyen et long termes que provoque la contention physique chez un patient. En outre, ces travaux démontrent également que ces initiatives ont pour effet un désengagement du patient dans le processus thérapeutique. Il paraît intéressant d'élargir la réflexion sur les effets de la contention physique aux patients non-concernés, mais qui voient les professionnels agir. Dans cet article, nous allons nous intéresser particulièrement, à partir d'un cas pratique, au vécu traumatique ou d'état de stress de patients « témoins » d'une mise sous contention. Les patients se trouvent dans une unité d'entrée en psychiatrie adulte. A la même heure, ils viennent chercher leur traitement en file indienne. Ils sont calmes et connaissent le règlement. Une patiente s'avance puis demande : « On m'a dit qu'ici vous enfermez et vous attachez des personnes ! Qu'il faut obéir aux ordres des soignants et rester calmes quoiqu'il arrive, sinon on vous attache comme une bête sauvage. Dites-moi que c'est faux, que ce n'est pas vrai ! Comment peut-on encore faire cela à notre époque ? Ce sont des méthodes antiques et obsolètes. Dites-moi madame, que se passera-t-il si je refuse de prendre le Théralène et le

Xéroquel ? Vous savez madame, le Théralène a un goût amer et le Xéroquel me fait dormir toute la journée. Vous savez, j'ai pris du poids et j'ai peur de faire un malaise. Parce que, comme vous le savez, je fais de l'hypotension orthostatique avec ce traitement? J'ai vu Julien tout à l'heure. Il paraît qu'il est sorti de la chambre d'isolement où il était attaché. Il ne parle plus à personne. Il reste enfermé dans sa chambre, parce qu'il a peur? Il a peur de faire encore mal à quelqu'un à cause de ses voix. Il ne supporte plus d'être là, enfermé comme nous tous. Dites-moi Madame que vous n'allez pas m'enfermer comme Julien. Que si je refuse de prendre ce traitement dégoûtant, vous n'allez pas me faire une piqûre comme à Julien ? Vous savez, j'ai accepté d'être hospitalisée. Je suis donc en hospitalisation libre. Dites-moi si je peux encore choisir de ne pas prendre ce traitement ? Je me rappelle de ma première hospitalisation en 1998. J'étais rassurée. Le personnel soignant était rassurant. J'y allais pour me sentir à l'abri, pour que je ne fasse pas n'importe quoi. Quand on voit ce que l'hôpital est devenu ! Une menace de se retrouver humiliée. Les soignants n'ont pas l'air de comprendre la maladie mentale. Tout est protocolisé. Il y a des règles pour tout? ».

Ce cas nous démontre que l'utilisation des moyens coercitifs comme l'isolement, la contention ou l'obligation de prendre son traitement se renforce ces dernières années et crée une anxiété généralisée chez l'ensemble des patients d'une unité, ce qui altère profondément la relation de confiance qui doit exister entre le soignant et le soigné. En effet, ce facteur relationnel est déterminant pour une prise en charge de qualité pouvant aboutir à une amélioration durable de l'état du patient. Ainsi, la mise à isolement d'un patient nécessite en général des renforts et se déroule dans une extrême violence, à la vue des autres patients. Ceux-ci comprennent vite ce qui les attend au moindre écart. Il ne faut pas voir dans ces dérives une mauvaise intention de la part des professionnels. Il s'agit davantage d'une somme de causes institutionnelles qui dégradent les conditions de travail des soignants et que l'ensemble des patients ressent : baisse du niveau de formation, manque de réflexion sur le soin, réduction des effectifs et des moyens. Cette évolution s'inscrit dans une logique sécuritaire et d'évaluation permanente. Ces contrôles conduisent à standardiser les pratiques sans pour autant apporter des soins adaptés aux spécificités des patients. Cette logique matérielle et fonctionnelle se fait aux dépens de la relation humaine avec le patient. Cet environnement professionnel plus contraint entraîne un cercle vicieux. Sous pression, les soignants font preuve de davantage d'agressivité face au débordement d'angoisse du patient. Cette attitude va accroître l'anxiété du patient au lieu de la réduire, et l'angoisse va se traduire par une tension supplémentaire pour les professionnels, et donc de l'agressivité envers les patients.

Finalement, la situation de la patiente montre que le recours croissant à la contention a un impact également sur les autres patients qui assistent à ces scènes, ce qui participe à une dégradation générale de la relation soignants/soignés. Il faut aussi y voir le caractère contre-productif de l'approche gestionnaire du soin.

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire