

Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

# De la contention involontaire au sujet "se contenant"

■ La littérature relative aux contentions en psychiatrie révèle qu'elles sont majoritairement utilisées contre la volonté des patients ■ Pour proposer une façon complémentaire de contenir le sujet en amont des situations de crise, l'effet apaisant de la contenance (concept psychanalytique) et de l'intégration sensorielle (neurosciences) est convoqué ■ Une méthode de contention, mise à la disposition du sujet, pourrait être en mesure de restaurer, en partie, son autonomie.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – autonomie ; consentement ; contenance ; contention ; controverse ; droit ; éthique ; expérimentation ; neurosciences ; psychiatrie

**From involuntary restraint to the subject "containing himself".** An alternative approach to restraint in psychiatry? The literature on the use of restraint in psychiatry reveals that it is mainly used against patients' will. An alternative way of restraining a patient in anticipation of a crisis situation is proposed through the calming effect of holding (psychoanalytical concept) and sensory integration (neurosciences). Offering patients a method of "voluntary restraint" could partly restore their autonomy.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – autonomy; consent; controversy; ethics; experimentation; holding; neurosciences; psychiatry; restraint; right

**D**éfinie comme une pratique d'immobilisation du corps dans un contexte de soins, la contention est employée à plusieurs fins : permettre une intervention de soins, laisser le temps à un médicament d'agir, protéger et éviter des dommages ou des risques corporels à la personne immobilisée ou à autrui, ou encore susciter une sensation corporelle [1]. Ainsi, elle prend des formes diverses selon les contextes, avec des enjeux éthiques propres à chaque pratique. Lorsque l'immobilisation répond à une agitation, voire à une violence<sup>1</sup>, elle est souvent utilisée contre la volonté du sujet.

Les rapports de la contrôleur générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) de 2016 et de 2020 soulignent que la contention dans les services de psychiatrie est loin d'être anodine sur le plan du respect des

droits et des libertés. Elle renvoie à des controverses éthiques, scientifiques, soignantes et thérapeutiques toujours vives, illustrées par l'actuelle réforme du cadre juridique des usages de la contention [2,3]. Elle est encore trop utilisée en *prima ratio* – alors qu'elle ne devrait l'être qu'en *ultima ratio* – pour des raisons de raréfaction des moyens humains et matériels dans les services hospitaliers. Dans le cadre d'un état de l'art<sup>2</sup> sur les méthodes de contention, deux questions relatives au développement d'une méthode de contention complémentaire ont été identifiées : est-ce qu'une "contention volontaire"<sup>3</sup> décidée par le patient serait en mesure de répondre à certaines des controverses éthiques et scientifiques liées à la contention ? Est-ce qu'une contention contenante pourrait apaiser le sujet et permettre de

réduire le recours à la contention involontaire ?

## LA CONTENTION, UNE PRATIQUE CONTROVERSÉE

La contention recouvre des notions disparates et prend des formes diverses : institutionnelle, chimique, physique ou encore psychologique.

### Une notion équivoque

La contention est souvent source d'ambivalence et de culpabilité chez les soignants lorsqu'elle revêt une forme de contrainte [4]. Dès lors, elle est encadrée par des indications strictes et nécessite la formalisation de protocoles dans les différents domaines où elle est utilisée : aussi bien pour la prise en charge de l'agitation en services d'urgence [5] ou de la confusion chez la personne âgée [6] que pour la mise sous contention mécanique en psychiatrie [7].



### LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- D'une épidémie à l'autre : quelles leçons apprises sont transférables à la réduction de l'impact psychosocial du confinement lié au Covid-19 ?
- La clinique philosophique du burn out des soignants à la lumière de la Covid-19
- Les leçons philosophiques de la Covid-19
- Les innovations sociothérapeutiques dans le système de soins
- Les communs numériques du soin : l'intelligence artificielle comme vecteur d'inclusion
- Expérience patient, autorité épistémique et enjeux sanitaires : l'exemple du Covid long
- De la contention involontaire au sujet "se contenant"

AZILIZ LEBOUCHER<sup>a,\*</sup>  
Chargée de mission

CYNTHIA FLEURY<sup>a,b</sup>  
Professeur au Conservatoire national des arts et métiers, titulaire de la chaire Humanités et santé, et de la chaire Philosophie à l'hôpital du GHU Paris psychiatrie et neurosciences

<sup>a</sup>GHU Paris psychiatrie et neurosciences, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

<sup>b</sup>Conservatoire national des arts et métiers, 292 rue Saint-Martin, 75141 Paris cedex 3, France

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
aziliz.leboucher@gmail.com  
(A. Leboucher).

## NOTES

<sup>1</sup> L'expression physique d'un vécu douloureux non verbalisable, une manifestation de la souffrance de la maladie et parfois celle de la faillite du cadre de soins.

<sup>2</sup> Établi à partir d'une question de recherche, l'état de l'art est un état des connaissances existantes à un moment donné sur un objet d'étude (analyse structurée d'une recherche bibliographique).

<sup>3</sup> Formulation non définitive faisant l'objet d'une réflexion-expérimentation autour d'outils et de protocoles pour le sujet se contenant.

<sup>4</sup> La morale déontologique (Kant) s'oppose au postulat que la fin justifie tous les moyens, limiter la liberté à aller et venir d'un individu et porter atteinte à sa dignité étant considéré comme inacceptable.

<sup>5</sup> Propos de Bénédicte Lombart (cadre de santé, coordinatrice paramédicale de la recherche en soins du groupe hospitalier Paris-Est à l'AP-HP) lors de la conférence du 21 février 2017 sur la contention en pédiatrie, chaire de philosophie à l'hôpital.

<sup>6</sup> L'éthique est ici envisagée au sens d'un ensemble de principes et de règles de conduite propres à un secteur d'activité, ici le soin. L'éthique soignante permet au soignant d'être en "bonne" relation de soins avec l'individu dont il s'occupe.

<sup>7</sup> Traitée par Max Weber dans ses conférences de novembre 1917 et janvier 1919.

<sup>8</sup> L'introjection chez Melanie Klein (1946) et Wilfried Bion (1962) est la capacité de faire passer du dehors au-dedans des objets et des qualités inhérentes à ces objets.

<sup>9</sup> Didier Anzieu, en 1993, développe le concept de Moi-peau qui délimite le corps, le contient et le protège.

<sup>10</sup> Forme d'hypertonie décrite par André Bullinger, en 2004.

<sup>11</sup> Donald Winnicott (1969) décrit le portage de l'enfant comme protection contre les expériences angoissantes de l'environnement.

<sup>12</sup> Loi du 4 mars 2002, loi du 11 février 2005.

<sup>13</sup> La loi du 26 janvier 2016 pour encadrer l'usage de la contention en psychiatrie.

<sup>14</sup> Par le Comité européen pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, le Défenseur des droits.

### Mettre en mots une pratique clinique controversée

Pour penser les différents usages de la contention des corps dans les différents lieux de soin, la philosophie, l'éthique et la déontologie peuvent être utilement invoquées. Permettre le soin dans le cadre d'une atteinte de la liberté fondamentale à aller et venir nécessite d'interroger constamment les principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance [8], mais également de responsabilité et de proportionnalité [9]. Pour restaurer un peu de ces principes, toute l'information disponible et accessible quant à sa situation doit être transmise au patient et à sa personne de confiance, la contention ne doit intervenir qu'en dernier recours, l'intimité de la personne doit être respectée, des repères spatio-temporels doivent être accessibles et compréhensibles et sa parole doit être recueillie.

Cependant, la logique conséquentialiste, fondée sur le postulat que l'acte engagé est pour le bien du sujet, demeure dominante, avec une confusion de longue date entre soin et sécurité, entre but et moyen<sup>4</sup>. Cela conduit le plus souvent les soignants à se servir de protocoles pour faciliter le jugement médical en amont de la décision de contention mécanique. Ils usent alors de « *cécité empathique transitoire* », une nécessaire négation des émotions de l'autre dans l'acte de contention<sup>5</sup>.

Afin d'élaborer une éthique<sup>6</sup> de l'utilisation de la contention sous ses différentes formes [10] et de maintenir le lien thérapeutique entre soignant et soigné, une démarche collective, de l'ordre de l'éthique

de conviction, est mise en tension avec une démarche individuelle, de l'ordre de l'éthique de responsabilité<sup>7</sup>.

S'inscrivant dans une dynamique réflexive partagée avec d'autres initiatives soignantes, la chaire de philosophie à l'hôpital propose de coconstruire avec les soignants et les patients une approche indépendante de la contention involontaire, prenant appui sur la clinique du "bord" et de la contenance. Ce dispositif de contention, pensé comme un outil de soins capacitaire mis à disposition comme une forme de "contention volontaire", vise à renforcer l'autonomie du sujet pris en soin. Il s'inscrit dans la recherche d'alternatives d'apaisement à utiliser en amont de la "contention involontaire".

### Proposer une méthode contenante

Dans cette recherche d'une méthode de "contention volontaire", le concept psychanalytique de contenance pourrait se révéler opératoire.

La projection mentale du moi sur la surface du corps [11] confère à la contenance une triple fonction de réceptacle, de pare-excitation et de métabolisation de la violence [12]. Dans cette optique, la contenance joue un rôle majeur dans le développement<sup>8</sup>, mais également dans l'acquisition et le maintien de la posture et la constitution des enveloppes psychiques<sup>9</sup>.

Les défauts de fonction contenante caractérisent ainsi certaines psychopathologies de perte des enveloppes (schizophrénie, par exemple) et de « seconde peau musculaire<sup>10</sup> » (autisme).

Le cadre institutionnel assure alors une fonction

conteneur [13] qui permet de canaliser le trop-plein d'impulsivité, d'angoisse ou de panique en garantissant un environnement sécurisé. La fonction contenante des soignants et des pratiques de soins, théorisée sous la forme de holding<sup>11</sup> soignant, a permis le développement d'approches psychocorporelles. La proposition d'un outil de soins contenant s'inscrit donc dans cette perspective afin de permettre le support, l'immersion ou encore l'autocontention du sujet.

### LA CONTENTION, UNE PRATIQUE ANCIENNE TOUJOURS DAVANTAGE REMISE EN CAUSE

La contention involontaire est une réalité souvent difficile dans le soin en psychiatrie. Cette pratique est à la fois une expérience traumatisante pour le sujet contenu [10] et un acte particulièrement ambigu pour le soignant.

### Interroger la relation soignant-soigné

La contention cristallise de nombreuses tensions qui peuvent nuire à la relation thérapeutique, fragilisant la qualité des soins prodigués et leur perception par le patient.

Le plus souvent contrainte, la contention génère une situation d'extrême vulnérabilité du sujet contenu. Loin d'être anodine, elle provoque des traumatismes physiques et psychiques [14] et dégrade la confiance du sujet dans l'institution médicale.

Pour le soignant, l'expérience de cette pratique est très ambivalente. La contention permet de faire face à des risques individuels et collectifs. Il s'agit ainsi d'une mesure de protection

dans un climat d'insécurité, à la fois contre les risques de violences physiques mais également contre les risques juridiques que ces violences leur semblent représenter [8,15,16]. Pour appréhender plus précisément la nature de ce risque présumé, un détour par l'histoire du droit de la psychiatrie est nécessaire.

### Faire évoluer le droit de l'exclusion sociale au soin

De la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle jusqu'aux années 1950, les malades soignés en psychiatrie sont désignés comme des citoyens « aliénés » de leurs droits, la contention est alors un traitement particulier qui leur est réservé. Dans les années 1960, la désépécification administrative de leur statut leur permet d'accéder à une meilleure garantie des libertés fondamentales [16,17].

Les années 2000 marquent une grande avancée pour les droits des patients<sup>12</sup>, bénéficiant à la psychiatrie. Cependant, un cadre de soins plus sécuritaire s'instaure avec une inflation des pratiques contraignantes comme la contention [15,16], pour répondre à l'augmentation du risque perçu.

En 2016, l'exception législative qui perdurait en France<sup>13</sup> prend fin, et la Haute Autorité de santé émet des recommandations pour rationaliser les pratiques d'isolement et de contention mécanique [6]. Répondant à des demandes fortes de la CGLPL et des associations, le Conseil constitutionnel a appelé, par deux fois, le législateur à refonder ce dispositif parcellaire et à construire une protection des droits renforçant la qualité des soins.

### Limiter l'augmentation des pratiques de contention

La volonté de limitation de l'usage des mesures de contrainte s'inscrit dans une dynamique internationale liée à l'histoire des mouvements de malades. Elle s'appuie sur la modification des facteurs organisationnels, la formation de ressources humaines suffisantes et le développement de stratégies intégrées de prévention du recours à la contention [15]. En se plaçant au niveau du sujet

**Des objets contenantants pourraient permettre de renforcer la relation thérapeutique, de promouvoir l'implication du sujet dans les soins et son rétablissement**

contenu, la chaire de philosophie à l'hôpital s'inscrit dans cette dernière stratégie.

Si la mise en place de protocoles dans chaque établissement permet de réfléchir collectivement aux pratiques de soins souhaitables [1], un puissant vecteur du changement des pratiques depuis une vingtaine d'années est le respect des droits fondamentaux de l'usager contenu. Il s'agit d'une condition pour le financement et l'accréditation des établissements de soins. De plus, la judiciarisation des pratiques [17] s'illustre par le contrôle des lieux<sup>14</sup> et de la décision de privation de liberté<sup>15</sup> par le juge pour garantir l'effectivité des droits du sujet contenu [15]. L'actuelle révision de l'encadrement de la contention étend ce contrôle

judiciaire aux pratiques de contention (durée et modalités de contrôle).

La réduction du champ de l'utilisation de la contention involontaire interroge d'autant plus l'usage et le développement de dispositifs complémentaires, issus d'une riche histoire conceptuelle et d'innovations.

### LA PISTE DE LA "CONTENANCE VOLONTAIRE"

Si au Moyen Âge puis à la Renaissance<sup>16</sup>, la force physique est utilisée pour séparer le malade de sa maladie selon une approche dualiste, il découle de la Révolution française et de la réflexion sur les droits de l'homme, un bannissement des chaînes et un essor dans le développement d'objets contenantants selon une approche moniste [8,16,18].

### Rappeler l'histoire des objets et des concepts contenantants

Le XIX<sup>e</sup> siècle voit deux mouvements s'opposer, tout d'abord un internement de la maladie mentale, puis une remise en cause de la contrainte par le mouvement du no-restraint et l'utilisation d'alternatives à la contention [4,18]. Dans les années 1940-1950, cette opposition s'estompe avec l'ouverture des asiles, permise par le développement des neuroleptiques [16].

Aujourd'hui, la contention est considérée comme un dispositif médical particulier [1]. Les objets contenantants disponibles ont des fonctions de protection, de soutien et d'apaisement du sujet. Ils sollicitent la fonction

### NOTES

<sup>15</sup> Par le juge des libertés et de la détention *a posteriori*.  
<sup>16</sup> Période qualifiée de « grand renfermement » par Michel Foucault, en 1972.

### RÉFÉRENCES

- [1] Velpry L, Saetta S. Immobiliser au cours du soin quels savoirs, quelles formalisations, quels outils ? Le Journal des psychologues 2018;358(6):16.  
[2] Code de la santé publique. Loi 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1). Article 84. [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000042665379](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665379).  
[3] Décision du Conseil constitutionnel 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043605201>.  
[4] Palazzolo J, Darcourt G. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Paris: Masson; 2002. p. p226.  
[5] Société francophone de médecine d'urgence. Agitation en urgence (petit enfant excepté). Société francophone de médecine d'urgence; 2002. [www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/cc\\_agitation\\_long.pdf](http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/cc_agitation_long.pdf).  
[6] Haute Autorité de santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. La Plaine Saint-Denis: HAS; 2009. [www.has-sante.fr/jcms/c\\_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation](http://www.has-sante.fr/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation).  
[7] Haute Autorité de santé. Contention mécanique en psychiatrie générale. La Plaine Saint-Denis: HAS; 2017. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-08/contention\\_synthese\\_v3\\_actualisee.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-08/contention_synthese_v3_actualisee.pdf).  
[8] Guivarch J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. Éthique & Santé 2016;13(4):209-14.  
[9] Guibet-Lafaye C. Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par-delà Beauchamp et Childress. Éthique & Santé 2016;13(4):200-8.  
[10] Carré R. Contention physique. [Docteur en médecine]. revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients. Toulouse III: Paul Sabatier; 2014.

## RÉFÉRENCES

- [11] Freud S. Le moi et le ça. Paris: Payot; 2010.
- [12] Calamy PD. Pour une psychiatrie à visage humain : de la contention individuelle à la contenance institutionnelle. Université Lille 2 Droit et santé: Faculté de médecine Henri-Warembourg; 2015.
- [13] Kaës R, Missenard A, Kaspi R, Anzieu D, et al. Crise, rupture et dépassement. Paris: Dunod; 1979.
- [14] Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, et al. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *Int J Mental Health Nurs* 2018;27(3):1162-76.
- [15] Hazan A, Hatry S. Psychiatrie. L'hospitalisation contrainte. Paris: Dalloz; 2018. p. 153.
- [16] Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, et al. Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. *L'Évolution Psychiatrique* 2019;84(3):435-50.
- [17] Aïdan G, Béliard A, Bellanger P, et al. La régulation des pratiques contraignantes de soin en santé mentale : perspectives pour une approche interdisciplinaire. *L'institution psychiatrique au prisme du droit* 2015;229-45.
- [18] Caire M. Soigner les fous. Histoire des traitements médicaux en psychiatrie. Paris: Nouveau Monde; 2019.
- [19] Anzieu D. Les contenants de pensée. Paris: Dunod; 2003.
- [20] Mohr WK. Restraints and the code of ethics: an uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing* 2010;24(1):3-14. doi: 10.1016/j.apnu.2009.03.003.
- [21] Lefèvre-Utile J, Guinchat V, Wachtel LE, et al. Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 1 : perspective des patients). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2018;66(7-8):443-59.
- [22] Guibet-Lafaye C. Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? *Pratiques en santé mentale* 2014;60<sup>e</sup>anné(e):17-20.

*Déclaration de liens d'intérêts*  
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.



© Vacheslav.Lakobchuk/stock.adobe.com

de réassurance du « bord » [19], notion empruntée à la psychanalyse, ou encore des modalités d'intégration sensorimotrice provenant des neurosciences. C'est notamment le cas de la machine à câlins de Temple Grandin (1994), dispositif d'auto-contention permettant un abaissement de l'anxiété par l'exercice d'une pression sur le corps du sujet, contrôlée par celui-ci.

### Interroger le rôle thérapeutique de la contention

Plusieurs fonctions thérapeutiques ont été assignées à la contention [4]: apaisante de réduction des stimuli, psychanalytique de régression, comportementale de conditionnement. Ainsi, la littérature scientifique ne permet pas de conclure à l'efficacité thérapeutique de la contention involontaire [20]. Cependant, le caractère thérapeutique de certains dispositifs contenant amène à

s'interroger sur le rôle qui peut leur être réservé dans les soins.

### Développer une "contenance volontaire"

Des objets contenant très divers existent, qu'ils soient immersifs (image, son, tactile) ou enveloppants, qu'ils immobilisent le sujet temporairement ou lui servent de tuteur [21]. Ils permettent de renforcer la relation thérapeutique, de promouvoir l'implication du sujet dans les soins et son rétablissement. Ils peuvent être utilisés à tout âge et dans les services de soins autant qu'à domicile.

Pour garantir l'efficacité de la "contenance volontaire" dans une situation d'extrême vulnérabilité, une réflexion sur la notion de consentement s'avère particulièrement nécessaire. Pour ce faire, il doit être proposé au sujet un choix sur la thérapeutique à utiliser, *a minima* une expression de ses préférences [22]. Pour que ce choix soit éclairé,

l'information doit être rendue accessible au patient.

### ÉVALUER UN DISPOSITIF POUR LE SUJET SE CONTENANT

De l'élaboration du prototype contenant à sa confrontation à la réalité, le dispositif a vocation à s'améliorer par le retour d'expérience de l'ensemble des parties prenantes : usagers de la psychiatrie, soignants et proches aidants. En effet, la coconception des outils est essentielle dans le processus technique et clinique.

Ce dispositif expérimental de "contenance volontaire" s'inscrit dans les stratégies alternatives de désamorçage des tensions individualisées et graduées [21], de restauration de la qualité des soins relationnels [16] et de construction d'espaces adaptés aux besoins d'apaisement dans une démarche d'hospitalité [7]. ■