MOTS CLÉS
Psychiatrie
Contention
Neurosciences
Consentement
Autonomie
Capacitaire
Éthique
GHU Paris
Chaire Philosophie à l'hôpital

réflexion

PSYCHIATRIE

Innovation et pratiques de soin
à l'heure de la co-construction patients/soignants
Un cas d'étude autour de dispositifs de contenance volontaire

Né d'une double interrogation soignante et éthique sur les enjeux relatifs aux usages de la contention, le projet mené par la Chaire de Philosophie à l'hôpital au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences mobilise différentes compétences académiques, professionnelles et expérientielles pour imaginer et tester un dispositif de moindre recours et complémentaire à la contention. Pour renforcer l'autonomie du sujet pris en soin et faire de ce dispositif un outil de soin capacitaire, la notion de « contenance volontaire » est développée tout au long de la démarche de recherche-action. Celle-ci est collaborative depuis ses débuts, impliquant usagers, soignants, directeurs hospitaliers, chercheurs et designers.

Aziliz LEBOUCHER
Chargée de projet pour la Chaire de Philosophie à l'hôpital

Genèse du projet

Contrairement à la contention mécanique – une procédure d'exception justifiée par une situation clinique dans le cadre d'une démarche thérapeutique, encadrée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 [1] et les recommandations de la Haute Autorité de santé [2] –, il n'existe à notre connaissance aucune forme de « contention volontaire [3] » décidée par le patient. La proposition de ce projet est donc de co-concevoir un dispositif volontaire, de moindre recours que l'actuelle contention involontaire [4], permettant au sujet de se contenir d'une autre manière, avec l'aide de soignants ou de proches. Un objectif fort de ce projet est que le dispositif de soin proposé soit capacitaire [5], c'est-à-dire qu'il puisse être mis à disposition de l'usager pour lui donner le choix dans les options de soin, afin de restaurer en partie son autonomie.

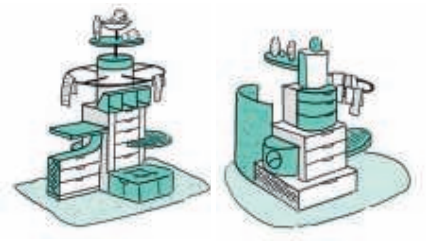
Les objectifs de ce dispositif expérimental sont de prévenir les crises de type agitation ou montée d'angoisse, de promouvoir la désescalade et le désamorçage des tensions dès les premiers signes de la crise et, dans certains cas, de parvenir à gérer celle-ci en évitant le recours à la contention involontaire. Sans se substituer aux dispositifs actuels, il leur est complémentaire et peut s'envisager dans différents cadres de soin, en hospitalisation comme en ambulatoire.

De l'élaboration du dispositif de contenance volontaire à sa confrontation à la réalité, il a vocation à s'améliorer par le retour d'expériences de l'ensemble des parties prenantes : usagers de la psychiatrie, soignants et proches-aidants. En effet, la co-conception des outils est essentielle dans le processus engagé, aussi bien technique et clinique, pour que celui-ci soit au plus près des besoins des usagers et des professionnels, ainsi que pour assurer la pleine appropriation du dispositif par les équipes soignantes et les personnes prises en soin.

Premières étapes

En parallèle de travaux engagés sur la chambre d'apaisement par le Lab-ah au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, la Chaire de Philosophie à l'hôpital déploie ce projet

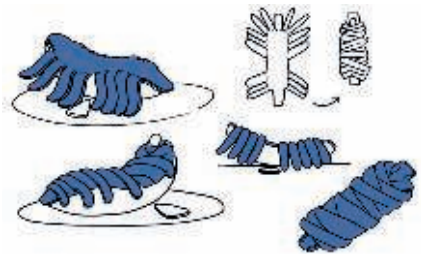
ILLUSTRATIONS
Prototypes de contenance volontaire
Les Sismo pour la Chaire de Philosophie à l'hôpital



www.les-sismo.com

www. chaire-philo.fr

Le parcours verbalo-sensoriel : totem et mallette personnalisée.



L'immersion comme contenant : le fauteuil recouvrant.

NOTES

(1) Art. L.3222-5-1 du CSP, ayant fait l'objet d'une réforme récente (*voir encadré 1*).

(2) HAS, « Contention mécanique en psychiatrie générale », 2017.

(3) Formulation non définitive faisant l'objet d'une démarche de réflexion-expérimentation autour d'outils et de protocoles pour le sujet se contenant.

(4) Contention dite « involontaire » car décidée par le personnel médico-soignant sans le consentement du patient.

de recherche-action [6] dans cinq services de psychiatrie (hospitalisation complète et ambulatoire pour adultes et hospitalisation complète infanto-juvénile), de neurologie et dans des structures médico-sociales associées à ces spécialités.

À l'apport académique de l'état de l'art sur les méthodes de contention en psychiatrie [7] s'ajoutent les savoirs et savoir-faire professionnels des soignants et l'enrichissement expérientiel des usagers. Les besoins des usagers et des soignants liés à la contention ont ainsi été identifiés par une immersion ethnographique dans les services précités, mobilisant des méthodes de recherche en sciences sociales (observation non participante de type *shadowing*, entretiens semi-dirigés de professionnels et d'usagers) et en design.

Les apports académiques, professionnels et expérientiels ont permis aux designers du studio Les Sismo de formuler sept propositions de dispositifs de contenance volontaire, c'est-à-dire de nouvelles formes pour permettre au sujet de se contenir. Chacune de ces propositions s'appuie sur une hypothèse de recherche : la réception de stimuli apaisants, la diversion de l'attention, la maîtrise de la décharge motrice, le contrôle de son environnement, la réappropriation de son enveloppe corporelle, la perception des étapes de sortie de la crise ou encore l'immersion contenante. Ces hypothèses mobilisent la contenance, la fonction de réassurance du « bord », notions empruntées à la psychanalyse [8], ainsi que l'intégration sensori-motrice provenant des neurosciences [9]. Ces propositions reposent ainsi sur plusieurs modalités, qu'il est possible de faire varier de manière individualisée selon les souhaits, besoins et spécificités de chaque usager de soin [10]. Des ateliers d'idéation ont ensuite été animés par les designers, avec la participation de soignants, usagers et proches, pour faire évoluer les sept propositions et renforcer leur pertinence dans les situations de soin. Lors de ces ateliers, les protocoles d'utilisation des dispositifs proposés ont également été travaillés.

Les retours exprimés lors des ateliers d'idéation ont permis de faire évoluer les sept propositions initiales pour aboutir à trois prototypes, dont les contours en termes de matériau, protocole d'usage, risques relatifs à l'hygiène et la sécurité ont fait l'objet d'ateliers de co-construction, impliquant toujours la même diversité d'acteurs dans une démarche de design capacitaire [11].

Phase d'expérimentation

Le comité de pilotage du projet, réuni en septembre 2021, a sélectionné deux prototypes de contenance volontaire pour la phase d'expérimentation (*illustrations ci-dessus*). Le premier consiste en une bibliothèque sensorielle, pensée comme un totem contenant des artefacts sensoriels adaptés aux contextes de soin, permettant aux personnes soignées de confectionner leur propre kit sensoriel avec un soignant. Les usagers de soin peuvent utiliser par la suite ce kit individuel, accompagnés ou en autonomie, et en faire évoluer la composition.

Le deuxième prototype est un fauteuil recouvrant, avec une fonction de balancier latéral et une capacité vibratoire, trois modalités modulables pour s'adapter aux besoins du sujet.

Les deux prototypes fonctionnels, en cours de construction chez nos partenaires, seront testés à l'occasion de *proofs of care* de deux semaines par modèle dans chacun des services partenaires du GHU. La méthodologie pour évaluer les bénéfices apportés par ces prototypes s'appuie sur une méthode mixte de type intervention [12] qui repose sur plusieurs outils. Pour l'aspect quantitatif, nous utiliserons différentes échelles validées afin de caractériser :

ENCADRÉ 1
Réforme de l'isolement-contention
Chronologie

Initiée par la décision du 19 juin 2020 du Conseil constitutionnel, considérant que la loi encadrant les modalités d'application de l'isolement et de la contention en psychiatrie, était contraire à l'article 66 de la Constitution de 1958, la contention fait l'objet d'une réforme, initialement portée par l'article 84 de la loi de financement de notre système de santé pour 2021. Cependant, le 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a de nouveau appelé le législateur à modifier le cadre juridique de l'isolement et de la contention en psychiatrie, instaurant un contrôle systématique du juge judiciaire de ces mesures de contrainte au-delà d'une certaine durée.

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, qui introduisait ce contrôle judiciaire systématique de l'isolement et la contention en psychiatrie, a été censuré par le Conseil constitutionnel le 16 décembre 2021, au motif que cet article est un « cavalier social ». La loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique a rétabli ce texte de loi.

» pour l'usager, la qualité de vie, l'impact sur la symptomatologie (anxiété, angoisse, insomnie) et le niveau d'*empowerment* ;
» pour le soignant, la qualité de vie au travail ;
» pour les deux, l'alliance thérapeutique.

La recherche comprendra également des immersions ethnographiques pendant l'expérimentation, ainsi que des retours qualitatifs après chaque usage, afin de documenter l'appropriation des dispositifs dans les lieux de soins et faire évoluer les protocoles d'usage. Enfin, à l'issue de l'expérimentation, les personnes volontaires, soignants comme soignées, seront sollicitées pour réaliser des entretiens semi-directifs de retours d'expérience.

Apports de la démarche

Pour les usagers de soin

Sur un sujet aussi complexe, la voix de l'usager de soin a été constamment recherchée. Lors des immersions, des entretiens avec des usagers ont été réalisés et leur participation aux ateliers sollicitée. La maison des usagers a été un acteur important à chacune des étapes du projet pour diversifier les profils d'usagers souhaitant participer. Plusieurs usagers de psychiatrie, à différents moments de leur parcours de soin, ont ainsi participé aux ateliers.

D'après une revue de littérature [13], le vécu du patient de la contention involontaire est majoritairement très négatif (peur, impuissance, inconfort, détresse, menace, punition). Nous faisons l'hypothèse que le recours au dispositif de contenance volontaire est susceptible de réduire la symptomatologie du patient, de renforcer sa confiance en soi et son image de soi, ainsi que d'améliorer son vécu de l'hospitalisation et ses relations avec les équipes soignantes. Chaque patient définira, accompagné d'un soignant, une ou des techniques individualisées de contenance volontaire. Il s'agit d'aider la personne soignée à mieux se connaître pour être capable d'anticiper ses crises [14], de poser un diagnostic sur elle-même et de mettre en œuvre le protocole de contenance volontaire préalablement défini avec les soignants.

Pour les soignants

Le bilan de la première phase du projet s'avère positif, suscitant une bonne adhésion des professionnels. En effet, sa temporalité longue, son ancrage académique et sa dimension

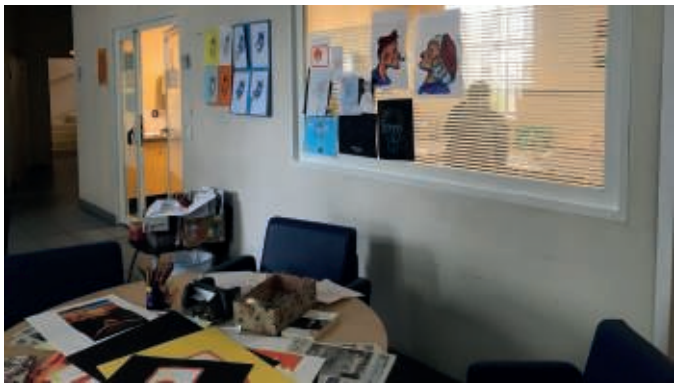
ENCADRÉ 2
Un projet à la terminologie en perpétuelle réécriture

La première étape d'immersion ethnographique a révélé la tension sous-jacente à la notion initiale de « contention volontaire », ces deux termes renvoyant à des représentations trop éloignées de la prise en soin. En effet, le terme « contention » est actuellement défini par la plupart des acteurs dans les services de soin comme se limitant à la contention mécanique passive au moyen de liens permettant d'attacher une personne à un lit. Ce terme fait écran et limite les possibilités d'échanges autour de dispositifs complémentaires et de moindre recours.

La terminologie du projet a pu évoluer vers la « contenance volontaire », désignant mieux l'approche favorisée dans le cadre du projet. La contenance signifie la symbolisation, la délimitation intérieur/extérieur, sujet/objet et évoque une modalité tantôt physique tantôt psychique. Elle peut être définie par les différentes fonctions qu'elle revêt : celle de réceptacle de la violence ou de l'angoisse, de pare-excitation permettant de la canaliser et de métabolisation afin de lui donner du sens.



À gauche, une salle zen avec piscine à balles, jeux calmes et musique douce en accès libre pour les résidents d'un lieu de vie médico-social.



Ci-dessous, l'espace d'activités manuelles en autonomie pour les adolescents d'un lieu d'hospitalisation.

NOTES

(5) C. Fleury, « Le soin est un humanisme », *Revue Projet* 6, 2019, p. 96-96.

(6) L. Bourgeois, *La Recherche-action et la recherche-développement au service de la littératie*, Éditions de l'Université de Sherbrooke, 2016.

(7) A. Leboucher, C. Fleury, *Méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art*, Chaire de philosophie à l'hôpital, juillet 2021, p. 75. chaire-philo.fr > Accueil > Publications

(8) D. Anzieu, *Les Contenants de pensée, Dunod*, 2003.

(9) S. Grandin, L.W. Shesler, A.D. Peckham, T. Grandin, D.A. Kahn, "Adjunctive Deep Touch Pressure for Comorbid Anxiety in Bipolar Disorder: Mediated by Control of Sensory Input?", *Journal of Psychiatric Practice*, an 2014; 20(1): 71-7.

(10) J. Lefèvre-Utile, V. Guinchat, L.E. Wachtel, D. Cohen, A. Perron, M. Montreuil *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 », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, novembre 2018, 66(7-8), 443-59.

(11) Approche de design qui considère ce qu'une personne est en mesure de faire selon ses capacités propres et son environnement, reconnaît ses vulnérabilités et engage une restauration de sa capacité d'agir.

(12) H. Meissner, J. Creswell, A.C. Klassen, V. Plano, K.C. Smith, NIH Office of Behavioral and Social Sciences, *Best practices for mixed methods research in the health sciences* (2nd ed), NIH, 2018.

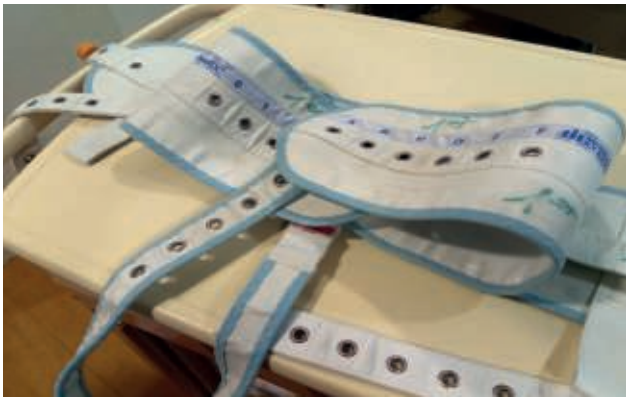
(13) P. Cusack, F.P. Cusack, S. McAndrew, M. McKeown, J. Duxbury, "An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings", *Int J Mental Health Nurs*, june 2018; 27(3): 1162-76.

(14) J.-P. Lanquetin, « Prévention primaire en psychiatrie, un travail d'ambiance », *Empan*, 2019, n° 114(2), p. 72.

participative ont permis de lever certaines résistances liées au caractère particulièrement sensible du sujet d'étude.
Ce projet a aussi pour vocation de libérer la parole autour du sujet de la contention. La réflexivité des équipes quant à leurs pratiques et à leur identité professionnelle a pu être favorisée : les dispositifs de contenance volontaire sont ainsi susceptibles de transformer la posture des équipes soignantes en psychiatrie et en neurologie. Ils permettent une prise de conscience de la possibilité de mettre les savoirs soignants au service d'un enrichissement des modalités de prise en soin. Outre ces incidences matérielles, la démarche d'enquête sur le vécu du sujet contenu et du soignant contenant, ainsi que les espaces de discussion créés par les ateliers contribuent à renforcer les liens entre personnes soignantes et soignées, en apportant des clés de compréhension mutuelle par le partage d'expérience et de ressenti.



À droite, une salle snoezelen dans un lieu de vie médico-social, qui permet au sujet de se contenir par plusieurs modalités de stimulation sensorielle, qu'il choisit, accompagné par un professionnel.



Ci-dessous, un dispositif de contention pour l'immobilisation des membres et de l'abdomen du sujet, utilisé en dernier recours sur décision médicale dans un service d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte.

Et après ?

En fonction des résultats et des soutiens, un déploiement plus significatif du projet de recherche-action à dix services du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences pourrait être réalisé. L'impact individuel et collectif du dispositif pourrait être évalué dans des contextes de soin plus diversifiés, afin de mieux cerner combien il est susceptible de transformer durablement les représentations liées à la contention. Cela permettrait également de mieux caractériser les besoins auxquels le dispositif de contenance volontaire s'adresse et de préciser son périmètre d'usage. À terme, nous souhaitons déployer le dispositif dans tous les contextes de soin où il aura pu démontrer un intérêt, l'intégration plus large de pôles de soin pour approfondir la recherche étant déjà acquise sur un plan institutionnel. Nous pourrions ainsi proposer une approche thérapeutique complémentaire au sein de services moins acculturés jusqu'à présent à la démarche.
Par ailleurs, la réussite du projet nécessitera de développer des formations destinées aux équipes soignantes (acculturation à ces pratiques innovantes, complémentarité avec les formes de contention existantes, nature de l'accompagnement de l'usager dans la prise en main du dispositif), pour permettre une montée en compétences des équipes. ●

ZOOM
La Chaire de Philosophie à l'hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles : philosophie clinique et savoirs expérientiels - Santé connectée et intelligence artificielle - Design capacitaire - Résilience et clinique du développement - Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants.
Les prochains articles publiés par *Gestions hospitalières* porteront, entre autres sujets, sur les dynamiques d'innovation au bloc opératoire, les impacts architecturaux de la densification des soins, l'intelligence artificielle, les preuves de concept (ou POC), le rôle de la médecine narrative dans la prévention du *burn-out* des soignants, toujours sous un angle philosophique, anthropologique et sociologique, avec une approche théorique couplée à un retour d'expérience. www.chaire-philo.fr