

La contention concerne non seulement les institutions psychiatriques, mais aussi les maisons de repos et de soins et les hôpitaux généraux, dans tous les services mais plus particulièrement en pédiatrie et en gériatrie.

Quel que soit le milieu, on associe le plus souvent la contention à un acte plus ou moins violent, qui consiste à priver de liberté un patient, à l'aide de liens ou de médicaments. L'aspect « violent » de cette pratique tient au fait qu'elle est pratiquée sans le consentement de la personne concernée, voire contre sa volonté. Or, – et c'est là le premier axe de réflexion que propose ce numéro –, on est en droit de se demander si la contention se limite à de tels cas. En effet, d'autres techniques, pourtant anodines, peuvent également être interprétées comme des formes de contention : ainsi, à titre d'exemple, mettre une perfusion à un patient qui n'en a pas nécessairement besoin, mais qui le convaincra de rester sagement dans sa chambre, sans bouger... Ou bien allumer le poste de télévision pour river le patient à son lit, en le distrayant avec n'importe quel programme, au risque de l'abrutir. Les activités ou les loisirs en tout genre proposés par les institutions seraient-ils (notamment) des formes subtiles de contention ? La liste de ces mesures « douces » est longue.

Evidemment, on pourrait affirmer que ces stratégies pacifiques sont précisément les stratégies éthiques à inventer et à développer pour éviter de recourir à des formes de contention trop violentes, trop voyantes, trop violentes parce que trop voyantes. Peut-on cependant limiter le débat éthique à cet aspect des choses : savoir comment faire de la contention sans avoir l'air d'en faire ? Il est vrai que nous vivons dans une société du spectacle : c'est parce qu'un comportement donne à voir quelque chose qui choque notre sensibilité qu'il sera condamné. Tandis qu'un autre, parce qu'il ne nous heurte pas, sera bien accueilli ou laissera indifférent, et ne suscitera par conséquent aucune question. En vérité, le débat éthique ne doit pas se laisser abuser par les apparences : qu'elle soit spectaculaire ou qu'elle passe inaperçue, la contention engage de la même façon la responsabilité des soignants chaque fois qu'elle malmène le droit au consentement. Dans les cas « violents », ce droit est provisoirement mais clairement outrepassé, ce qui rend possible – en tout cas en principe – leur dénonciation par tout un chacun. Dans les autres cas, ce droit est tout simplement manipulé : le patient croit en effet consentir là où, en réalité, on lui ment, le distrait, etc. Ces situations sont peut-être les plus redoutables car en définitive, qui pense à dénoncer ces manipulations ? Les soignants peuvent être sincèrement convaincus d'agir bien puisque jamais ils n'usent de la force, tandis que les patients, eux, sont persuadés de consentir librement, ce dont se réjouissent les familles crédules. En vérité, l'un des enjeux éthiques des décennies à venir sera peut-être celui-là : avec le développement des techniques de pointes qui permettent des interventions de moins en moins douloureuses, avec la miniaturisation et les progrès médicaux qui permettent, quant à eux, des interventions de plus en plus invisibles, il s'agira de défendre l'être humain dans sa dignité alors que « visiblement » pourtant, aucune violence n'est exercée contre lui.

De ce qui précède, on n'en déduira pas qu'il faut se passer de la contention. Il y a des situations qui l'exigent, dans l'intérêt du patient et de sa santé ou, à un autre niveau, dans l'intérêt des autres personnes présentes dans l'institution de soin, patients ou personnel soignant confondus. D'où une deuxième piste de réflexion : s'il faut utiliser la contention, comment s'y prendre pour que son usage reste humain ? Quels repères se donner pour savoir quand l'utiliser et quand l'arrêter ? Comment faire pour que le recours à la contention ne devienne jamais une habitude ni une façon de se « débarrasser » d'un problème ?

Il est vrai que l'on est pris ici dans des paradoxes. D'un côté, des études, en particulier dans le secteur de la gériatrie, semblent indiquer que sur le plan scientifique, l'efficacité de la contention reste à prouver. Souvent, on y recourt davantage par manque de personnel pour accompagner les patients, par confort pour les soignants, ou tout simplement parce qu'on n'a pas le temps d'imaginer une autre solution. Or le drame, c'est que ces contentions dont on abuse entraînent des conséquences redoutables pour les patients (accroissement de la confusion, dépression, blessures, chutes, etc.). Mais d'un autre côté, sur base de leur expérience, plusieurs professionnels sont d'avis qu'une absence de contention peut également se révéler terriblement déstructurant pour les patients. D'ailleurs, certains d'entre eux en réclament une pour se sentir rassurés. La contention se révèle ainsi à la fois sécurisante et dangereuse, à la fois un soin et un abus de pouvoir, à la fois nécessaire et inutile, à la fois le signe d'un échec dans la relation et une autre forme de prise en charge... Autre paradoxe, sur le plan juridique cette fois, un patient pourrait (du moins dans certaines conditions) poursuivre un médecin pour avoir imposé une contention sans son consentement, mais également pour avoir mis sa santé en danger parce qu'il n'a pas utilisé un moyen de contention (dont on supposera alors qu'il aurait permis d'éviter une chute). Bref, le soignant peut être poursuivi pour en avoir trop fait ou pas assez.

Ces deux paradoxes suffisent à indiquer que jamais la contention ne doit devenir un geste banalisé. Pour ce faire, comme le suggèrent les auteurs qui contribuent à ce numéro, les équipes soignantes doivent s'imposer deux contraintes. La première, c'est de revenir fréquemment sur le thème de la contention pour y réfléchir (même si aucun accident n'est à déplorer), et cela tant d'un point de vue général, en confrontant leur pratiques à celle des autres institutions (pour envisager d'autres stratégies de contention, voire des alternatives) que d'un point de vue particulier, en abordant les situations chaque fois uniques rencontrées dans le service. Il s'agira ici d'apprendre à expliquer pourquoi on estime avoir agi correctement, quels points de vigilances doivent être rappelés, que faire lors d'une prochaine crise, etc. Deuxième contrainte, il faut s'imposer d'en parler avec le patient et sa famille, avant les moments de crise où l'on y recourra, pendant l'application de la contention, et enfin, après son utilisation. La contention doit en quelque sorte être elle-même contenue : pour ne pas devenir du passage à l'acte brutal, elle doit être « parlée », c'est-à-dire être signifiée. Par delà les apparences choquantes ou non, elle doit toujours avoir du sens tant pour le patient et sa famille, que pour le soignant.

Jean-Michel Longneaux