



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 122

# La contention physique : Approche éthique, législative et vécu des patients

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05/06/2018

PAR

Mlle. **Chaimae SEBBAR**

Née le 04 Juin 1992 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

**MOTS-CLES :**

Trouble psychiatrique - Contention physique - Ethique - Loi - Retentissement

**JURY**

M. **S. AIT BENALI**

Professeur de Neurochirurgie

PRESIDENT

Mme. **F. MANOUDI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. **F. ASRI**

Professeur de Psychiatrie

M. **A. BENALI**

Professeur agrégé de Psychiatrie

JUGES

Mme. **I. ADALI**

Professeur agrégée de Psychiatrie





# *Serment d'hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*





*LISTE DES  
PROFESSEURS*

**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

| Nom et Prénom         | Spécialité                    | Nom et Prénom             | Spécialité                 |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| ABOULFALAH Abderrahim | Gynécologie-<br>obstétrique   | FINECH Benasser           | Chirurgie - générale       |
| ADERDOUR Lahcen       | Oto- rhino-<br>laryngologie   | FOURAIJI Karima           | Chirurgie pédiatrique<br>B |
| ADMOU Brahim          | Immunologie                   | GHANNANE<br>Houssine      | Neurochirurgie             |
| AIT BENALI Said       | Neurochirurgie                | KHALLOUKI<br>Mohammed     | Anesthésie-<br>réanimation |
| AIT-SAB Imane         | Pédiatrie                     | KHATOURI Ali              | Cardiologie                |
| AKHDARI Nadia         | Dermatologie                  | KISSANI Najib             | Neurologie                 |
| AMAL Said             | Dermatologie                  | KOULALI IDRISSE<br>Khalid | Traumato-<br>orthopédie    |
| AMINE Mohamed         | Epidémiologie-<br>clinique    | KRATI Khadija             | Gastro- entérologie        |
| AMMAR Haddou          | Oto-rhino-<br>laryngologie    | LAOUAD Inass              | Néphrologie                |
| ARSALANE Lamiae       | Microbiologie -<br>Virologie  | LMEJJATI Mohamed          | Neurochirurgie             |
| ASMOUKI Hamid         | Gynécologie-<br>obstétrique B | LOUZI Abdelouahed         | Chirurgie - générale       |
| ASRI Fatima           | Psychiatrie                   | MAHMAL Lahoucine          | Hématologie -<br>clinique  |

|                                    |                                       |                                   |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| BENELKHAÏAT BENOMAR<br>Ridouan     | Chirurgie – générale                  | MANOUDI Fatiha                    | Psychiatrie                              |
| BOUAÏTY Brahim                     | Oto-rhino-<br>laryngologie            | MANSOURI Nadia                    | Stomatologie et chiru<br>maxillo faciale |
| BOUGHALEM Mohamed                  | Anesthésie –<br>réanimation           | MOUDOUNI Said<br>Mohammed         | Urologie                                 |
| BOUKHIRA Abderrahman               | Biochimie – chimie                    | MOUTAJ Redouane                   | Parasitologie                            |
| BOUMZEBRA Drissi                   | Chirurgie Cardio-<br>Vasculaire       | MOUTAOUKIL<br>Abdeljalil          | Ophtalmologie                            |
| BOURROUS Monir                     | Pédiatrie A                           | NAJEB Youssef                     | Traumato-<br>orthopédie                  |
| BOUSKRAOUI Mohammed                | Pédiatrie A                           | NEJMI Hicham                      | Anesthésie-<br>réanimation               |
| CHAKOUR Mohamed                    | Hématologie                           | NIAMANE Radouane                  | Rhumatologie                             |
| CHELLAK Saliha                     | Biochimie- chimie                     | OULAD SAIAD<br>Mohamed            | Chirurgie pédiatrique                    |
| CHERIF IDRISSE EL GANOUNI<br>Najat | Radiologie                            | RAJI Abdelaziz                    | Oto-rhino-<br>laryngologie               |
| CHOULLI Mohamed<br>Khaled          | Neuro pharmacologie                   | SAIDI Halim                       | Traumato-<br>orthopédie                  |
| DAHAMI Zakaria                     | Urologie                              | SAMKAOUI<br>Mohamed<br>Abdenasser | Anesthésie-<br>réanimation               |
| EL ADIB Ahmed Rhassane             | Anesthésie-<br>réanimation            | SARF Ismail                       | Urologie                                 |
| EL FEZZAZI Redouane                | Chirurgie pédiatrique                 | SBIHI Mohamed                     | Pédiatrie B                              |
| EL HATTAOUI Mustapha               | Cardiologie                           | SOUMMANI<br>Abderraouf            | Gynécologie-<br>obstétrique A/B          |
| EL HOUDZI Jamila                   | Pédiatrie B                           | TASSI Noura                       | Maladies infectieuses                    |
| ELFIKRI Abdelghani                 | Radiologie                            | YOUNOUS Said                      | Anesthésie-<br>réanimation               |
| ESSAADOUNI Lamiaa                  | Médecine interne                      | ZOUHAIR Said                      | Microbiologie                            |
| ETTALBI Saloua                     | Chirurgie réparatrice<br>et plastique |                                   |  |

### Professeurs Agrégés

| Nom et Prénom          | Spécialité                 | Nom et Prénom  | Spécialité                    |
|------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------|
| ABKARI Imad            | Traumato-<br>orthopédie B  | FADILI Wafaa   | Néphrologie                   |
| ABOU EL HASSAN Taoufik | Anesthésie-<br>réanimation | FAKHIR Bouchra | Gynécologie-<br>obstétrique A |

|                             |   |                                  |   |
|-----------------------------|---|----------------------------------|---|
| ABOUCHADI Abdeljalil        | Stomatologie et chir maxillo faciale          | FAKHRI Anass                     | Histologie-<br>embryologie<br>cytogénétique     |
| ABOUSSAIR Nistrine          | Génétique                                     | GHOUNDALE Omar                   | Urologie  |
| ADALI Imane                 | Psychiatrie                                   | HACHIMI<br>Abdelhamid            | Réanimation médicale                            |
| ADALI Nawal                 | Neurologie                                    | HAJJI Ibtissam                   | Ophthalmologie                                  |
| AGHOUTANE El Mouhtadi       | Chirurgie<br>pédiatrique A                    | HAOUACH Khalil                   | Hématologie<br>biologique                       |
| AISSAOUI Younes             | Anesthésie –<br>réanimation                   | HAROU Karam                      | Gynécologie-<br>obstétrique B                   |
| AIT AMEUR Mustapha          | Hématologie<br>Biologique                     | HOCAR Ouafa                      | Dermatologie                                    |
| AIT BENKADDOUR Yassir       | Gynécologie-<br>obstétrique A                 | JALAL Hicham                     | Radiologie                                      |
| ALAOUI Mustapha             | Chirurgie-<br>vasculaire<br>périphérique      | KAMILI El Ouafi El<br>Aouni      | Chirurgie pédiatrique<br>B                      |
| ALJ Soumaya                 | Radiologie                                    | KHOUCHANI Mouna                  | Radiothérapie                                   |
| AMRO Lamyae                 | Pneumo-<br>phtisiologie                       | KRIET Mohamed                    | Ophthalmologie                                  |
| ANIBA Khalid                | Neurochirurgie                                | LAGHMARI Mehdi                   | Neurochirurgie                                  |
| ATMANE El Mehdi             | Radiologie                                    | LAKMICH Mohamed<br>Amine         | Urologie  |
| BAIZRI Hicham               | Endocrinologie et<br>maladies<br>métaboliques | LAKOUICHMI<br>Mohammed           | Stomatologie et<br>Chirurgie maxillo<br>faciale |
| BASRAOUI Dounia             | Radiologie                                    | LOUHAB Nistrine                  | Neurologie                                      |
| BASSIR Ahlam                | Gynécologie-<br>obstétrique A                 | MADHAR Si<br>Mohamed             | Traumato- orthopédie<br>A                       |
| BELBARAKA Rhizlane          | Oncologie<br>médicale                         | MAOULAININE Fadl<br>mrabih rabou | Pédiatrie<br>(Neonatalogie)                     |
| BELKHOU Ahlam               | Rhumatologie                                  | MATRANE Aboubakr                 | Médecine nucléaire                              |
| BEN DRISS Laila             | Cardiologie                                   | MEJDANE Abdelhadi                | Chirurgie Générale                              |
| BENCHAMKHA Yassine          | Chirurgie<br>réparatrice et<br>plastique      | MOUAFFAK Youssef                 | Anesthésie –<br>réanimation                     |
| BENHIMA Mohamed Amine       | Traumatologie –<br>orthopédie B               | MOUFID Kamal                     | Urologie  |
| BENJELLOUN HARZIMI<br>Amine | Pneumo-<br>phtisiologie                       | MSOUGGAR Yassine                 | Chirurgie thoracique                            |

|                             |   |                         |                              |
|-----------------------------|---|-------------------------|------------------------------|
| BENJILALI Laila             | Médecine interne                              | NARJISS Youssef         | Chirurgie générale           |
| BENLAI Abdeslam             | Psychiatrie                                   | NOURI Hassan            | Oto rhino laryngologie       |
| BENZAROUEL Dounia           | Cardiologie                                   | OUALI IDRISSE<br>Mariem | Radiologie                   |
| BOUCHENTOUF Rachid          | Pneumo-<br>phtisiologie                       | OUBAHA Sofia            | Physiologie                  |
| BOUKHANNI Lahcen            | Gynécologie-<br>obstétrique B                 | QACIF Hassan            | Médecine interne             |
| BOURRAHOUEAT Aicha          | Pédiatrie B                                   | QAMOUSS Youssef         | Anesthésie-<br>réanimation   |
| BSISS Mohamed Aziz          | Biophysique                                   | RABBANI Khalid          | Chirurgie générale           |
| CHAFIK Rachid               | Traumato-<br>orthopédie A                     | RADA Nouredine          | Pédiatrie A                  |
| DAROUASSI Youssef           | Oto-Rhino -<br>Laryngologie                   | RAFIK Redda             | Neurologie                   |
| DRAISS Ghizlane             | Pédiatrie                                     | RAIS Hanane             | Anatomie<br>pathologique     |
| EL AMRANI Moulay Driss      | Anatomie                                      | RBAIBI Aziz             | Cardiologie                  |
| EL ANSARI Nawal             | Endocrinologie et<br>maladies<br>métaboliques | ROCHDI Youssef          | Oto-rhino-<br>laryngologie   |
| EL BARNI Rachid             | Chirurgie-<br>générale                        | SAJIAI Hafsa            | Pneumo- phtisiologie         |
| EL BOUCHTI Imane            | Rhumatologie                                  | SAMLANI Zouhour         | Gastro- entérologie          |
| EL BOUIHI Mohamed           | Stomatologie et<br>chir maxillo faciale       | SEDDIKI Rachid          | Anesthésie -<br>Réanimation  |
| EL HAOUATI Rachid           | Chiru Cardio<br>vasculaire                    | SORAA Nabila            | Microbiologie -<br>virologie |
| EL HAOURY Hanane            | Traumato-<br>orthopédie A                     | TAZI Mohamed Illias     | Hématologie- clinique        |
| EL IDRISSE SLITINE Nadia    | Pédiatrie                                     | ZAHLANE Kawtar          | Microbiologie -<br>virologie |
| EL KARIMI Saloua            | Cardiologie                                   | ZAHLANE Mouna           | Médecine interne             |
| EL KHADER Ahmed             | Chirurgie générale                            | ZAOUI Sanaa             | Pharmacologie                |
| EL KHAYARI Mina             | Réanimation<br>médicale                       | ZEMRAOUI Nadir          | Néphrologie                  |
| EL MGHARI TABIB<br>Ghizlane | Endocrinologie et<br>maladies<br>métaboliques | ZIADI Amra              | Anesthésie -<br>réanimation  |
| EL OMRANI Abdelhamid        | Radiothérapie                                 | ZYANI Mohammed          | Médecine interne             |

### Professeurs Assistants

| Nom et Prénom       | Spécialité  | Nom et Prénom          | Spécialité                                    |
|---------------------|---|------------------------|---|
| ABDELFETTAH Youness | Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle                             | Hammoune Nabil         | Radiologie                                    |
| ABDOU Abdessamad    | Chiru Cardio vasculaire   | HAZMIRI Fatima Ezzahra | Histologie – Embryologie – Cytogénétique      |
| ABIR Badreddine     | Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale                               | IHBIBANE fatima        | Maladies Infectieuses                         |
| ADARMOUCH Latifa    | Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène) | JALLAL Hamid           | Cardiologie                                   |
| AIT BATAHAR Salma   | Pneumo– phtisiologie  | JANAH Hicham           | Pneumo– phtisiologie                          |
| AKKA Rachid         | Gastro – entérologie  | KADDOURI Said          | Médecine interne                              |
| ALAOUI Hassan       | Anesthésie – Réanimation  | LAFFINTI Mahmoud Amine | Psychiatrie                                   |
| AMINE Abdellah      | Cardiologie   | LAHKIM Mohammed        | Chirurgie générale                            |
| ARABI Hafid         | Médecine physique et réadaptation fonctionnelle                         | LALYA Issam            | Radiothérapie                                 |
| ARSALANE Adil       | Chirurgie Thoracique  | LOQMAN Souad           | Microbiologie et toxicologie environnementale |
| ASSERRAJI Mohammed  | Néphrologie   | MAHFOUD Tarik          | Oncologie médicale                            |
| BAALLAL Hassan      | Neurochirurgie  | MARGAD Omar            | Traumatologie – orthopédie                    |
| BABA Hicham         | Chirurgie générale  | MILOUDI Mohcine        | Microbiologie – Virologie                     |
| BELARBI Marouane    | Néphrologie   | MLIHA TOUATI Mohammed  | Oto–Rhino – Laryngologie                      |
| BELBACHIR Anass     | Anatomie– pathologique  | MOUHSINE Abdelilah     | Radiologie                                    |
| BELFQUIH Hatim      | Neurochirurgie  | MOUNACH Aziza          | Rhumatologie                                  |

|                           |                                      |                           |   |
|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|
| BELHADJ Ayoub             | Anesthésie – Réanimation             | MOUZARI Yassine           | Ophtalmologie   |
| BENNAOUI Fatiha           | Pédiatrie (Neonatalogie)             | NADER Youssef             | Traumatologie – orthopédie  |
| BOUCHAMA Rachid           | Chirurgie générale                   | NADOUR Karim              | Oto-Rhino – Laryngologie  |
| BOUCHENTOUF Sidi Mohammed | Chirurgie générale                   | NAOUI Hafida              | Parasitologie Mycologie   |
| BOUKHRIS Jalal            | Traumatologie – orthopédie           | NASSIM SABAH Taoufik      | Chirurgie Réparatrice et Plastique                                      |
| BOUZERDA Abdelmajid       | Cardiologie                          | NYA Fouad                 | Chirurgie Cardio – Vasculaire   |
| CHETOUI Abdelkhalek       | Cardiologie                          | OUERIAGLI NABIH Fadoua    | Psychiatrie   |
| CHRAA Mohamed             | Physiologie                          | REBAHI Houssam            | Anesthésie – Réanimation  |
| EL HARRECH Youness        | Urologie                             | RHARRASSI Isam            | Anatomie – pathologique   |
| EL KAMOUNI Youssef        | Microbiologie Virologie              | SALAMA Tarik              | Chirurgie pédiatrique   |
| EL MEZOUARI El Moustafa   | Parasitologie Mycologie              | SAOUAB Rachida            | Radiologie  |
| ELBAZ Meriem              | Pédiatrie                            | SEBBANI Majda             | Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène) |
| ELQATNI Mohamed           | Médecine interne                     | SERGHINI Issam            | Anesthésie – Réanimation  |
| ESSADI Ismail             | Oncologie Médicale                   | TAMZAOURTE Mouna          | Gastro – entérologie  |
| FDIL Naima                | Chimie de Coordination Bio-organique | TOURABI Khalid            | Chirurgie réparatrice et plastique                                      |
| FENNANE Hicham            | Chirurgie Thoracique                 | YASSIR Zakaria            | Pneumo – phtisiologie   |
| GHAZI Mirieme             | Rhumatologie                         | ZARROUKI Youssef          | Anesthésie – Réanimation  |
| GHOZLANI Imad             | Rhumatologie                         | ZIDANE Moulay Abdelfettah | Chirurgie Thoracique  |
| HAMMI Salah Eddine        | Médecine interne                     | ZOUIZRA Zahira            | Chirurgie Cardio – Vasculaire   |

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018



*DÉDICACES*

*Du profond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers...*

**A mes très chers parents Mohamed SEBBAR et Fatima CHHIBA:**

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour tous vos sacrifices, votre amour, votre soutien et vos prières tout au long de mes études.*

*À toi mon père, mon exemple éternel, mon soutien moral, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir.*

*A maman que j'adore, la lumière de mes jours, ma vie et mon bonheur. Puisse Allah Le Tout Puissant vous préserver du mal, vous accorder santé, bonheur et longue vie.*

**A mes chers frères Anass et Amine :**

*A tous les moments agréables passés ensemble, à tous nos disputes et nos bêtises.*

*Merci pour votre appui et votre soutien. Puissions-nous rester unis et fidèles à l'éducation que nous avons reçue.*

**A mes chers grands-parents maternels Omar et M'barka :**

*Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Que Dieu vous préserve santé et longue vie.*

**A La mémoire de mes grands-parents paternels Omar et Zahra :**

*Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été heureux et fiers. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.*

**A la famille CHHIBA :**

*A mes très chers oncles : hbibi Hassan, hbibi Hmoumoud, Sousou et Kakou, à mes chères tantes : khalti Aïcha, khalti Khadija et khalti Jamila, vous êtes ma fierté, mon soutien et mon bonheur. J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si chaleureuse. Je vous remercie toutes et tous pour votre support. J'ai toujours senti votre présence à mes côtés et je vous en suis reconnaissante.*

*A mes cousins et cousines chéris, à Touria et Imane, à Tamim, Hafsa et Khaoula, à tous les membres de la famille grands et petits, merci pour votre soutien et encouragements. Que Dieu vous protège.*

**A toute la famille Dhiouir :**

*Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.*

**A mes adorables cousines Merième, Keltoum, Latifa et Zineb :**

*Vous êtes mes meilleures amies, mes plus vieilles amies. Merci pour la joie que vous me procurez mes chères, merci infiniment pour votre soutien, votre aide et votre générosité qui ont été pour moi une source de courage et de confiance.*

**A toute la famille SEBBAR :**

*Merci pour vos encouragements, vos prières et votre amour. Que Dieu vous préserve du mal.*

*A mon amie et sœur Mariama :*

*You are my first BFF, my soulmate. You and I have done everything together since childhood, we shared everything including our dark secrets. And even though we've both changed a lot over the years, I still feel that I'm as close to you as ever.*

*Thank you for standing by my side, thank you for making me laugh, thank you for being my friend, I look forward to sharing many more of life's lovely moments with you.*

*A mes chères amies Hiba, Ilham, Salma, Hayat, Khaoula, Fatima et Asmaa :*

*9 ans d'amitié. Le lycée Ben Toumert nous a réunies. Merci pour les moments de joie, de folie. Merci pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés, et pour tout le bonheur que vous me procurez. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur.*

*Je suis honorée de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez.*

*A mon très cher ami Khalid BARBOUCHI :*

*Tu es un meilleur ami, celui qui a su tendre l'oreille à mes paroles, celui qui me comprend le plus. Merci d'avoir été un frère si aimant et attentionné, merci pour ton aide très précieuse, tes encouragements, tes conseils et ton soutien. Merci de me comprendre autant et de partager mes soucis, mes craintes, et mes ambitions. Je te souhaite le meilleur dans ta vie.*

*A mon ami Abdelhamid BOUZIDI :*

*Je te dédie ce travail, et je te souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de succès.*

To Farhan :

*There aren't enough words to express how much you mean to me, you came into my life like magic, you brought me smiles, laughter and made me see the world in a special way. And from the moment we met, I knew that you were a remarkable human being, a special soul... You have helped me in more ways than you know and I am forever grateful to you. My delightful and sweet friend, may ALLAH bless you with endless happiness and fulfill all your dreams.*

*Nanni...*

A mes chers amis de la FMPM :

*Au groupe Izyanat : Hanane, Fatima Ezzahra et Loubna. Aux très belles FFI en force : Hafssa, Salma, Jihane Rizkou, Fatima Ezzahra, Fadila, Safae et Jihane Safi. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur, des complices, des amis, et d'irremplaçables sœurs.*

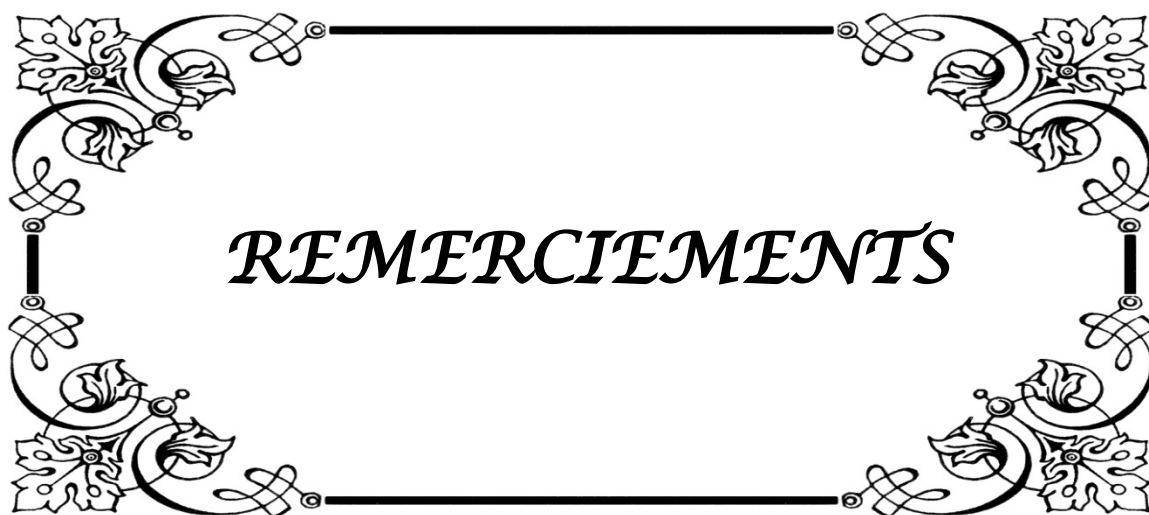
*A mes chères : Sara, Afraa, Imane Larhzi, Es-saadia, Leila et Fatima Ezzahra Abidaoui, Merci pour tous les moments de joie et de folie, merci pour votre amour et votre confiance. Que notre amitié reste éternelle.*

*A mon groupe de stage : Imane Sellam, Imane Saïdi, Mehdi Raouah, Khadija Saghir, Asma Sadik, Mariem Rhrif, Fatima Zahra Rahali, Yassine Saouab... En témoignage des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*A tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibé de leur Savoir.*

*A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.*

*A tous ceux qui ont marqué ma vie de près ou de loin.*



*REMERCIEMENTS*

*À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE  
PROFESSEUR SAÏD AIT BENALI Professeur de l'Enseignement Supérieur  
de Neurochirurgie CHU Mohamed VI - Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de  
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens  
du devoir nous ont énormément marqué. Veuillez trouver ici l'expression  
de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour  
toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous  
l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.*

*À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MADAME LE  
PROFESSEUR FATIHA MANOUDI Professeur de l'Enseignement  
Supérieur de Psychiatrie CHU Mohamed VI - Marrakech*

*Merci pour la qualité de votre encadrement, pour votre grande  
disponibilité, et pour votre aide dans la réalisation de ce travail. J'ai eu la  
chance et le grand plaisir de travailler sous votre direction. Votre sérieux  
et votre rigueur de travail, votre dévouement sincérité et amour pour ce  
métier ; vos qualités humaines et professionnelles nous servent d'exemple.  
Veuillez accepter, cher Maître, mes sincères remerciements avec toute la  
reconnaissance et l'appréciation que je vous témoigne.*

*À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR  
FATIMA ASRI Professeur de l'Enseignement Supérieur de Psychiatrie  
CHU Mohamed VI - Marrakech*

*Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger  
parmi nos membres de jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous  
nous accordez un très grand honneur. Veuillez accepter l'expression de nos  
considérations les plus distinguées.*

*À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR  
ABDESSALAM BENALI Professeur Agrégé en Psychiatrie CHU  
Mohamed VI - Marrakech*

*Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu  
apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines.  
Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond  
respect.*

*À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR  
IMANE ADALI Professeur Agrégée en Psychiatrie CHU Mohamed VI -  
Marrakech*

*Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en  
acceptant de juger ce travail. Je tien à vous exprimer ma profonde  
gratitude pour la bienveillance et la simplicité avec lesquelles vous m'avez  
accueilli.*

*À PROFESSEUR LATİFA ADERMOUCH et son équipe Professeur  
Assistante en Médecine communautaire et Épidémiologie CHU Mohamed  
VI - Marrakech*

*Nous vous remercions de nous avoir orienté dans notre travail, et de nous  
avoir accompagné par vos conseils, votre disponibilité et votre  
communication, Veuillez accepter l'expression de nos considérations les  
plus distinguées.*

*À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Marrakech*

*Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier  
dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont  
contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.*

*À tout le personnel médical, infirmier et administratif de l'hôpital IBN  
NAFIS*

*Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que  
vous m'avez réservés à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener à  
bien cette étude scientifique. Je vous l'offre aujourd'hui car chacun parmi  
vous y a participé de loin ou de près.*

*À tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce  
travail.*



*ABBREVIATIONS*

## Liste des abréviations :

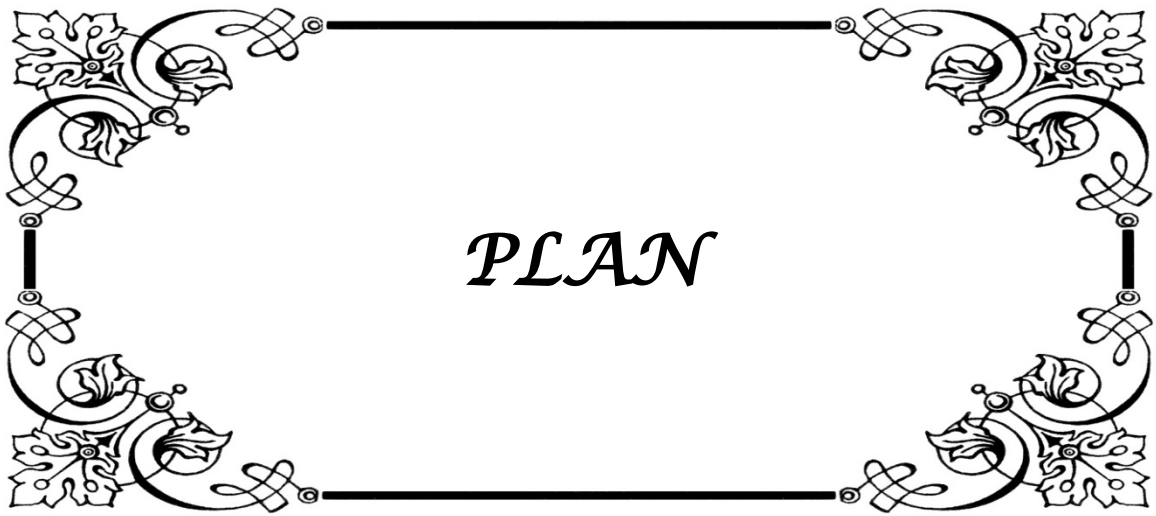
**PCLS** : Posttraumatic stress disorder Checklist Scale

**ESPT** : Etat de stress post traumatique

**IM** : Intra musculaire

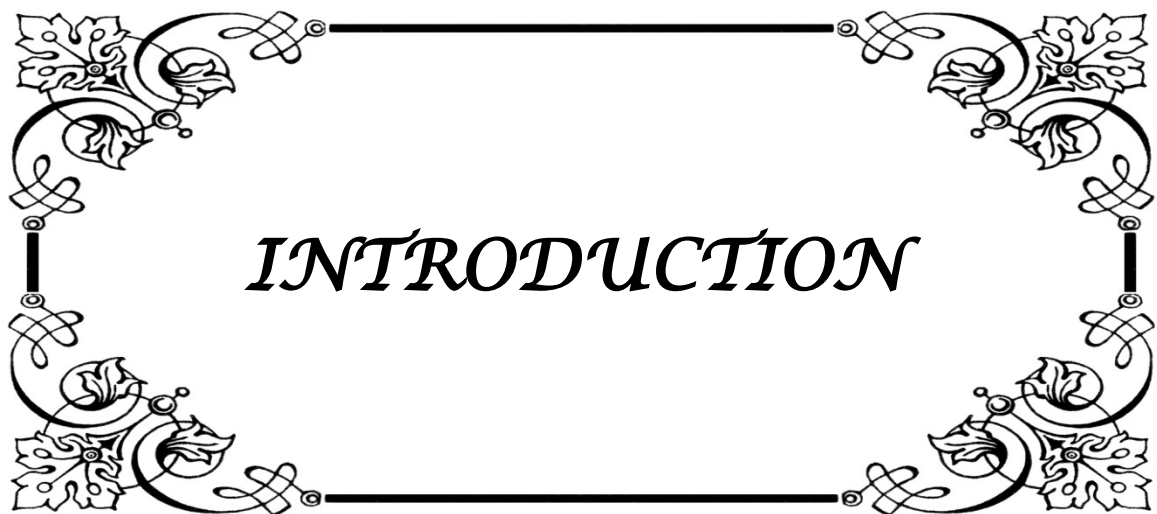
**ATCD** : Antécédent

**HAS** : Haute autorité de santé



*PLAN*

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                       | <b>1</b>  |
| <b>PATIENTS ET METHODES.....</b>                                | <b>4</b>  |
| I. Type de l'étude.....   | 5         |
| II. Population étudiée.....                                     | 5         |
| III. Fiche d'exploitation.....                                  | 5         |
| IV. Collecte des données.....                                   | 6         |
| V. Considérations éthiques.....                                 | 7         |
| VI. Méthodes statistiques.....                                  | 7         |
| <b>RESULTATS.....</b>   | <b>8</b>  |
| I. Caractéristiques sociodémographiques.....                    | 9         |
| II. Caractéristiques cliniques.....                             | 13        |
| III. Déroulement de la contention.....                          | 15        |
| IV. Ressentis des patients à propos de la contention.....       | 21        |
| V. Vécu traumatique des patients à propos de la contention..... | 32        |
| <b>DISCUSSION.....</b>  | <b>35</b> |
| I. Définitions.....   | 36        |
| II. Historique.....   | 37        |
| III. Consensus et recommandations.....                          | 41        |
| IV. Efficacité de la contention physique en psychiatrie.....    | 45        |
| V. Morbidité et mortalité liés à la contention physique.....    | 46        |
| VI. Aperçu législatif.....                                      | 47        |
| VII. Aperçu éthique.....  | 49        |
| VIII. Discussion de nos résultats.....                          | 51        |
| IX. Les limites de l'étude.....                                 | 66        |
| <b>SUGGESTIONS.....</b>   | <b>67</b> |
| <b>CONCLUSION.....</b>  | <b>69</b> |
| <b>RESUMES.....</b>   | <b>71</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>   | <b>75</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                       | <b>82</b> |



*INTRODUCTION*

Au Maroc, la santé mentale est un véritable problème de santé publique. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Selon les statistiques du ministère de la santé, 26.5% des personnes âgées de 15 ans et plus ont vécu un trouble dépressif au cours de leur vie et que plus de 200.000 marocains de 15 ans et plus, souffrent d'une pathologie schizophrénique. Il faut toutefois noter que ces chiffres ne reflètent pas la réalité actuelle, étant donné qu'ils remontent à la dernière enquête du ministère de la santé en 2006.

La particularité et la difficulté de la prise en charge des maladies mentales, est liée au déni des troubles et au refus de traitement qui accompagnent la quasi-totalité de ces maladies, ce qui mène souvent à une hospitalisation sous contrainte, au cours de laquelle sont mises en place des mesures thérapeutiques souvent aussi contraignantes.

La contention physique est l'une de ces mesures, utilisée de manière régulière lorsque les patients en crise aiguë perdent le contrôle sur eux et deviennent agités et agressifs envers l'entourage. Dans ce cas, la contention physique a pour but de maîtriser et de limiter les mouvements de ces patients, non seulement pour les protéger eux-mêmes, mais aussi pour protéger leur entourage y compris les soignants.

Bien que la contention physique soit utilisée souvent dans les milieux de soin psychiatriques, elle est l'objet de nombreux débats en matière d'éthique, parce qu'elle représente une restriction majeure de la liberté individuelle des patients, et de leur autonomie.

Le caractère violent de la contention physique, renvoie à un passé peu glorieux de la psychiatrie, ce qui oblige à se poser des questions sur cette pratique courante : Quel est l'objectif recherché lors de l'utilisation de la contention physique? S'agit-il d'une mesure thérapeutique ou d'une mesure de protection? Quelles sont les bénéfices et les conséquences négatives de cette mesure de contrainte sur la santé des patients? Et Quelles en sont les conséquences sur la réussite du processus thérapeutique?

Des études visant à accorder plus d'attention et à pousser la réflexion sur cette pratique fréquente et indispensable en psychiatrie, en mettant la lumière sur ses différents aspects : historique, médico-scientifique, aspects législatifs et éthiques, permettraient d'améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients, et de mieux respecter leurs droits fondamentaux. La prise en considération du vécu, des ressentis et du point de vue des patients ayant vécu l'expérience de la contention, est un facteur de réussite de ce genre d'étude.

A ce titre, la présente étude a pour objectif d'étudier le vécu des patients à postériori de la contention physique, en se focalisant sur la description de leurs ressentis afin de mieux cerner les symptômes en lien avec cette mesure.



*PATIENS  
ET  
MÉTHODES*

## **I. Type de l'étude**

C'est une étude descriptive transversale rétrospective étalée sur 6 mois (novembre 2017–Avril 2018), portant sur une série de 30 patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU MOHAMED VI de Marrakech, qui ont été soumis à la contention physique.

## **II. Population étudiée**

Nous avons inclus dans notre échantillon étudié 30 patients hospitalisés pour diverses pathologies psychiatriques, ayant été soumis à la contention physique.

### **1. Critères d'inclusion**

- Patients hospitalisés en psychiatrie
- Patients ayant subi au moins une fois la contention physique

### **2. Critères d'exclusion**

- Les patients instables
- L'absence de consentement

## **III. Fiche d'exploitation**

La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'exploitation, permettant de recueillir les données caractéristiques de chaque patient. Elle nous a renseignés sur les données suivantes :

### **1. Caractéristiques sociodémographiques**

- Sexe
- Age
- Niveau d'éducation
- Statut professionnel
- Statut marital

### **2. Caractéristiques cliniques**

- Diagnostic
- Motif de la contention

### **3. Le déroulement de la contention**

- Mode d'hospitalisation
- Lieu de la contention
- Type de chambre
- Durée de la contention

### **4. Les ressentis des patients à propos de la contention**

- Ressentis au cours de la contention
- Perception du comportement des soignants
- Emotions et pensées envers les soignants

### **5. Le vécu traumatique des patients par rapport à la contention**

- Echelle PCLS

L'échelle est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes d'état de stress post traumatique (ESPT) présentés dans le DSM IV.

Chaque question est à coter entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent.

Les 17 items peuvent être regroupés en 3 échelles correspondant aux 3 syndromes principaux de l'ESPT :

- L'intrusion (items 1 à 5)
- L'évitement (items 6 à 12)
- L'hyperstimulation (items 13 à 17)

Le score seuil est de 44 pour le diagnostic d'ESPT.

## **IV. Collecte des données**

Le recueil des données a été réalisé par moi-même, à l'issue d'un entretien avec les patients.

Les visites au service se faisaient un jour sur deux.

Le nombre de malades vus par jour était de 1 à 3 malades, avec une durée d'entretien de 30 à 45 minutes chacun.

## V. Considération éthique

La considération éthique a été respectée à savoir l'anonymat, la confidentialité des informations notés sur les dossiers des malades, ainsi que le consentement des patients.

## VI. Méthodes statistiques

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel Excel 2010.

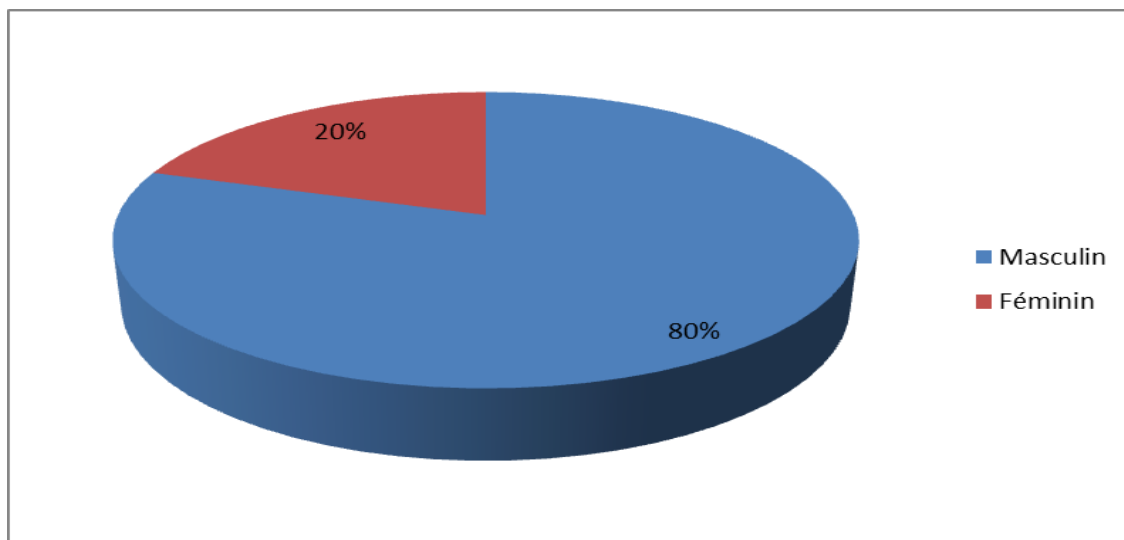


*RÉSULTATS*

## I. Caractéristiques sociodémographiques

### 1) Sexe

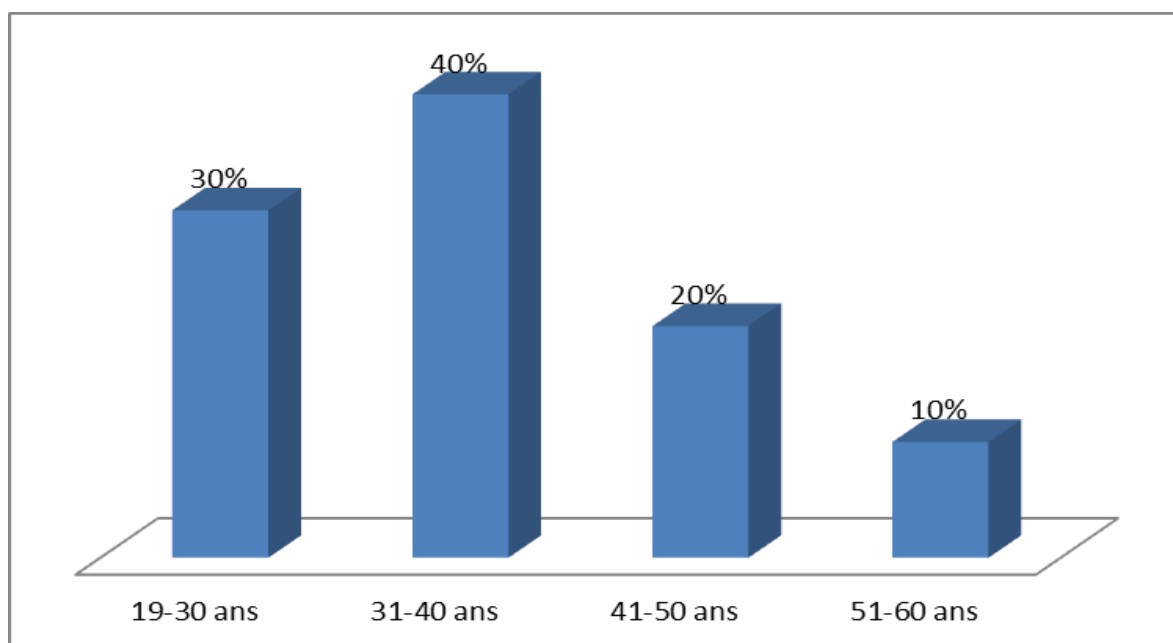
La majorité des patients de notre échantillon étaient de sexe masculin (80%). (Figure 1).



**Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe**

### 2) Age

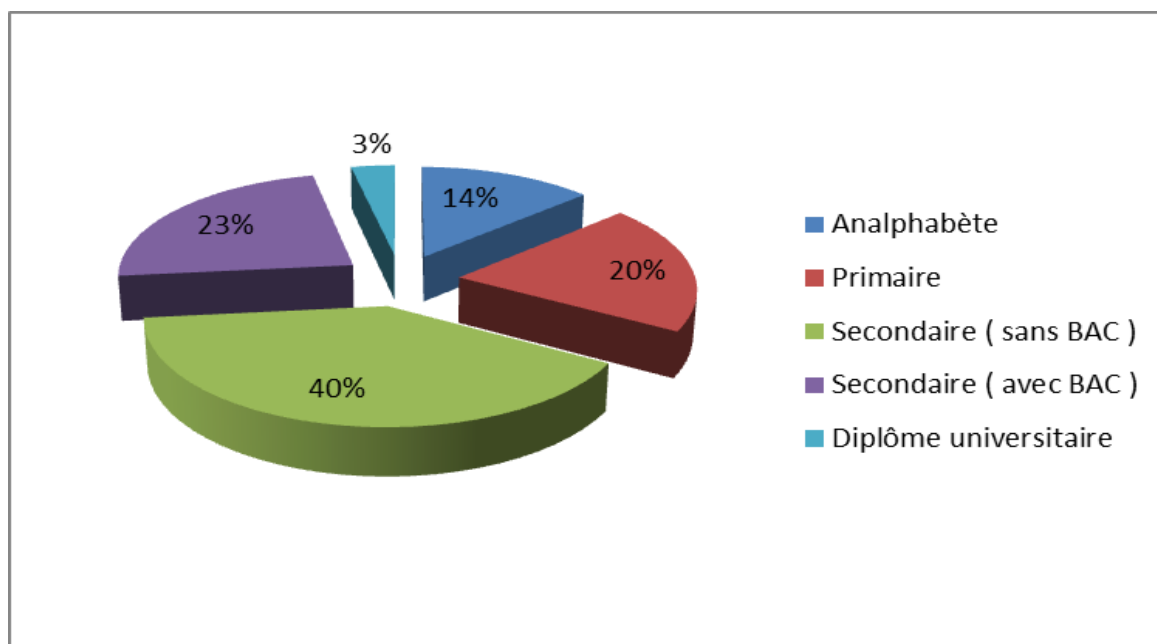
Presque la moitié de nos patients avaient un âge entre 31 et 40 ans (40%), 30% avaient un âge entre 19 et 30 ans, 20% avaient un âge entre 41 et 50 ans, et 10% avaient un âge entre 51 et 60 ans (figure 2). La moyenne d'âge étant de 36,2 ans.



**Figure 2 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.**

### 3) Niveau d'éducation

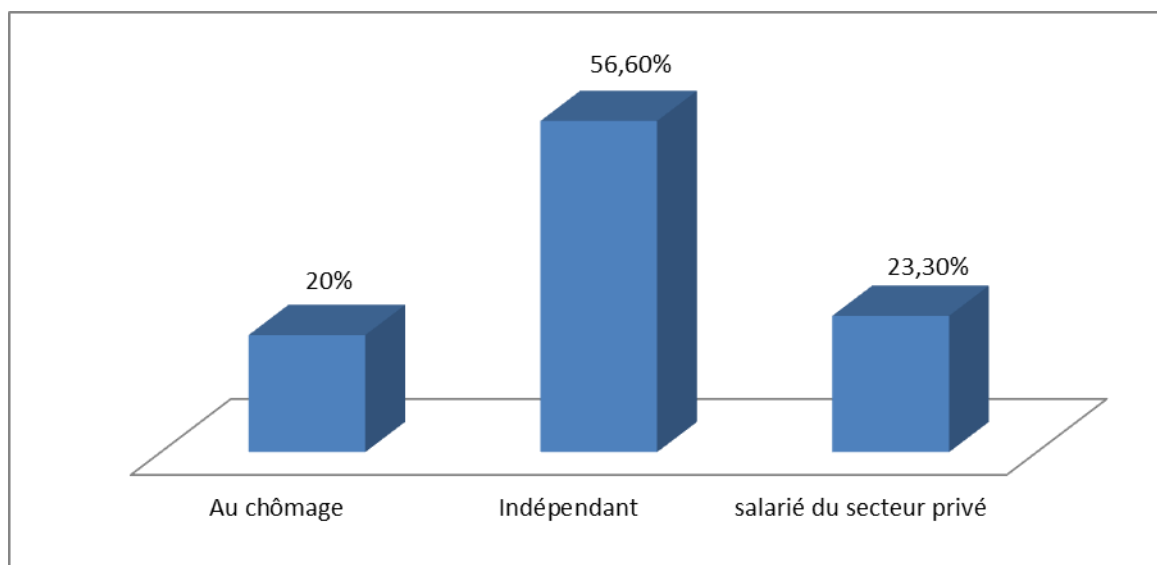
Presque les deux tiers de nos patients avaient un niveau secondaire de scolarisation (63%). Seulement 4 patients n'ont jamais été scolarisés (14%). (Figure 3).



**Figure 3 : Répartition des patients selon le niveau d'éducation.**

### 4) Statut professionnel

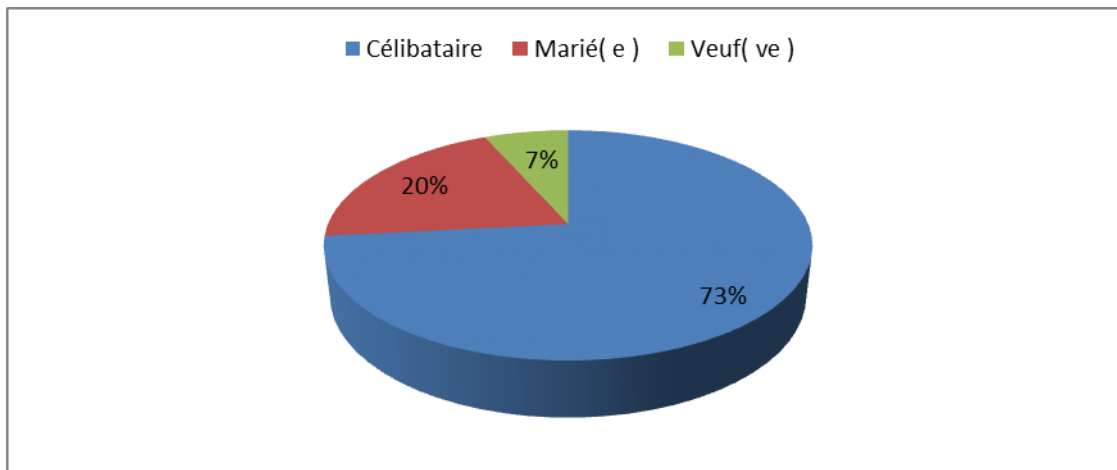
Plus de la moitié des patients avaient des emplois indépendants (56,6%), 7 patients étaient des employés du secteur privé (23,3%), et 6 patients étaient sans emploi (20%). (Figure 4).



**Figure 4 : Répartition des patients selon le statut professionnel.**

## 5) Statut marital

Presque les trois quarts de nos patients étaient célibataires (73%), 6 patients étaient mariés (20%), et 2 patients étaient veufs (7%). (Figure 5).



**Figure 5 : Répartition des patients selon le statut marital.**

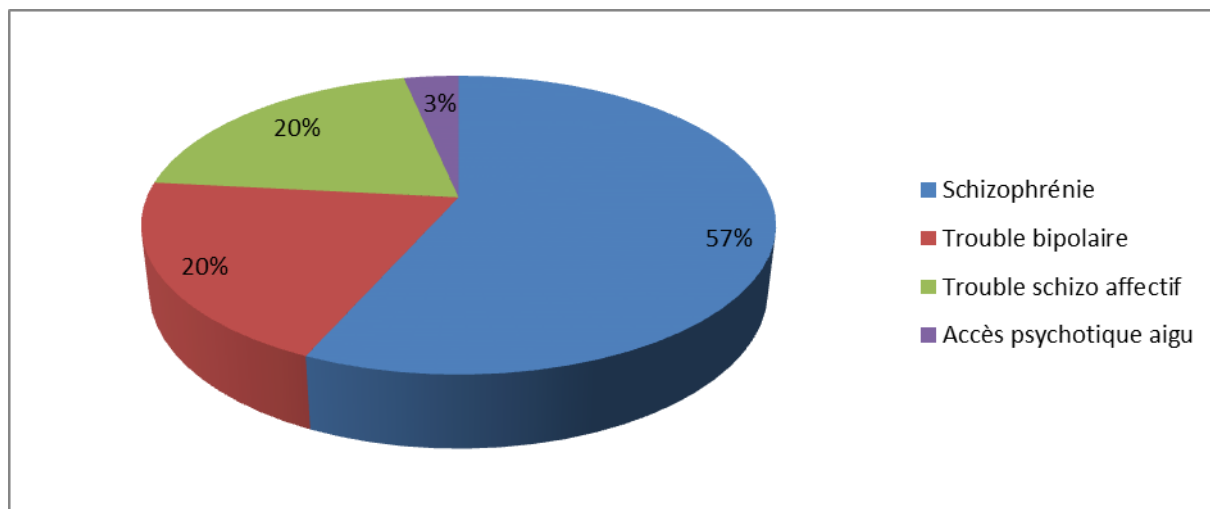
**Tableau récapitulatif I:** Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

| Caractéristiques              | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|----------|-------------|
| <b>Sexe:</b>                  |          |             |
| 6. Masculin                   | 24       | 80%         |
| 7. Féminin                    | 6        | 20%         |
| <b>Age :</b>                  |          |             |
| 8. 19-30 ans                  | 9        | 30%         |
| 9. 31-40 ans                  | 12       | 40%         |
| 10. 41-50 ans                 | 6        | 20%         |
| 11. 51-60 ans                 | 3        | 10%         |
| <b>Niveau d'éducation :</b>   |          |             |
| 12. Analphabète               | 4        | 14%         |
| 13. Primaire                  | 6        | 20%         |
| 14. Secondaire (sans BAC)     | 12       | 40%         |
| 15. Secondaire (avec BAC)     | 7        | 23%         |
| 16. Universitaire             | 1        | 3%          |
| <b>Statut professionnel :</b> |          |             |
| 17. Au chômage                | 6        | 20%         |
| 18. Indépendant               | 17       | 56,6%       |
| 19. Salarié du secteur privé  | 7        | 23,3%       |
| <b>Statut marital :</b>       |          |             |
| 20. Célibataires              | 22       | 73%         |
| 21. Mariés                    | 6        | 20%         |
| 22. Veufs                     | 2        | 7%          |

## II. Caractéristiques cliniques

### 1) Diagnostic

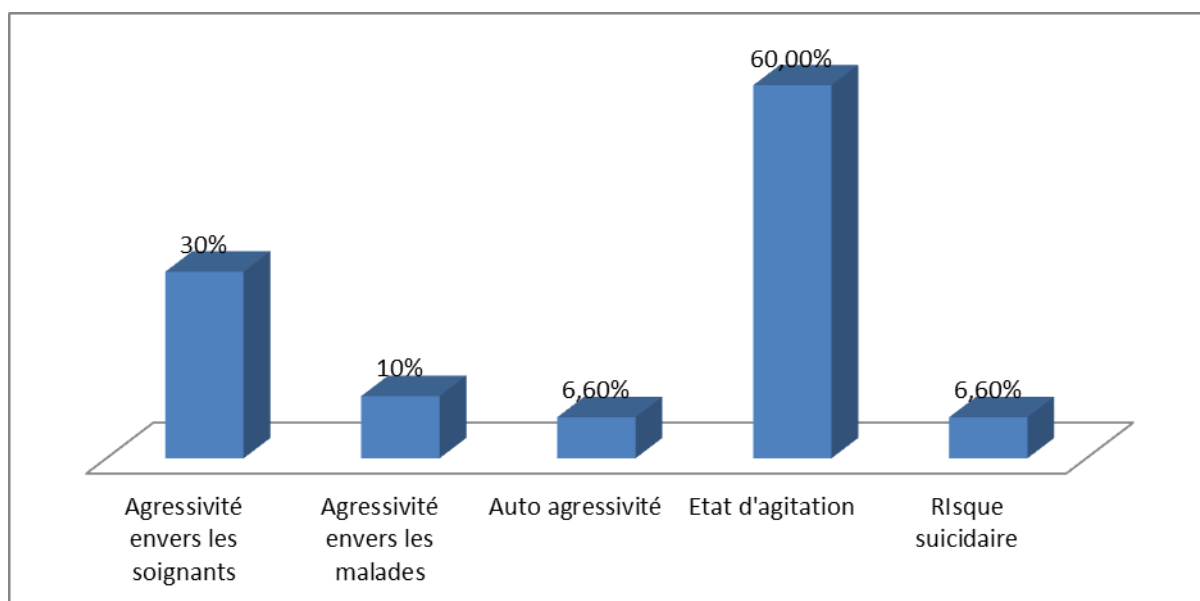
Plus de la moitié de nos patients étaient suivis pour schizophrénie (57%), 20% pour trouble schizo affectif, 20% pour trouble bipolaire, et 3% pour accès psychotique aigu. (Figure 6).



**Figure 6 : Répartition des patients selon le diagnostic.**

### 2) Motif de la contention

Presque les deux tiers de nos patients avaient une agitation comme motif de contention (60%). (Figure 7).



**Figure 7 : Répartition des patients selon le motif de la contention.**

**Tableau récapitulatif II :** Les caractéristiques cliniques de la population étudiée.

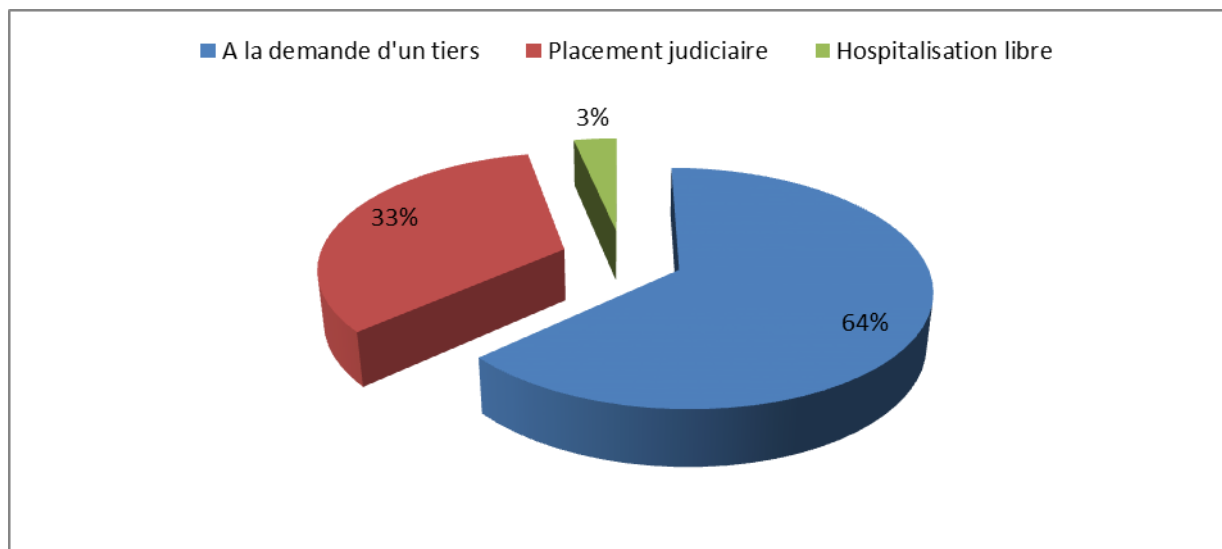
| Caractéristiques                     | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------|----------|-------------|
| Diagnostic :                         |          |             |
| 23. Schizophrénie                    | 17       | 57%         |
| 24. Trouble bipolaire                | 6        | 20%         |
| 25. Trouble schizo affectif          | 6        | 20%         |
| 26. Accès psychotique aigu           | 1        | 3%          |
| Motif de la contention               |          |             |
| 27. Agitation                        | 18       | 60%         |
| 28. Agressivité envers les soignants | 9        | 30%         |
| 29. Agressivité envers les malades   | 3        | 10%         |
| 30. Auto agressivité                 | 2        | 6,6%        |
| 31. Risque suicidaire                | 2        | 6,6%        |

### III. Déroulement de la contention

#### 1) Mode d'hospitalisation

Les deux tiers des patients étudiés étaient hospitalisés à la demande d'un tiers (64%).

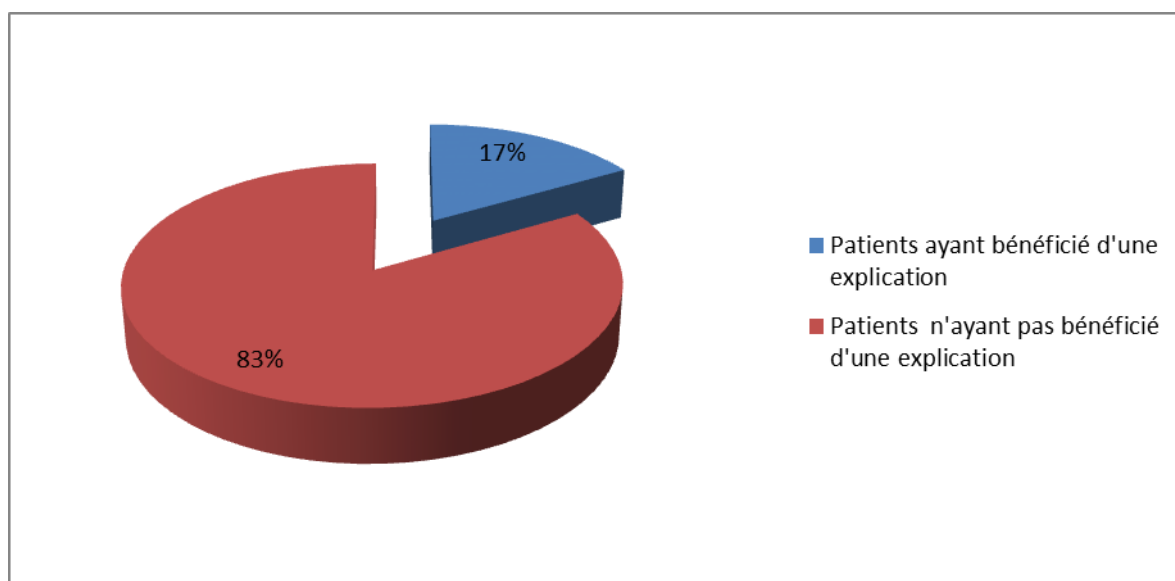
(Figure 8).



**Figure 8 : Répartition des patients selon le mode d'hospitalisation.**

#### 2) Explication des raisons de la contention

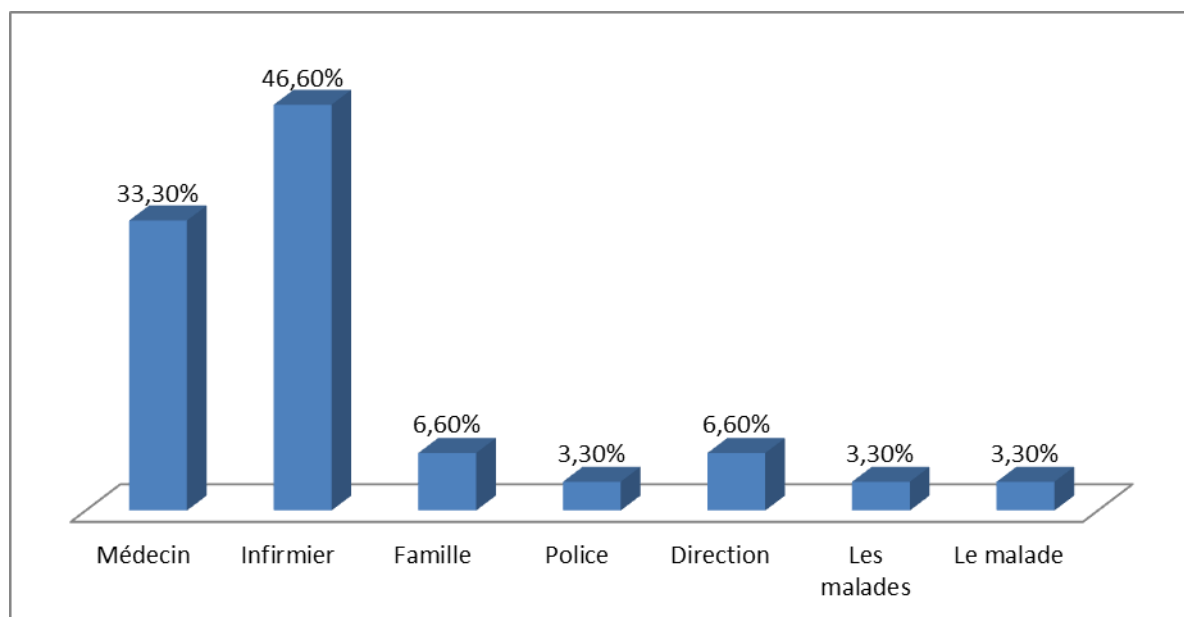
Plus des trois quarts de nos patients n'ont pas reçu d'explications concernant les raisons de la contention physique (83%), juste 5 patients de notre échantillon (17%) ont pu en bénéficier, dont 4 patients n'ont pas été convaincu par les raisons. (Figure 9).



**Figure 9 : Répartition des patients selon l'explication des raisons de la contention.**

### 3) Décision de la contention

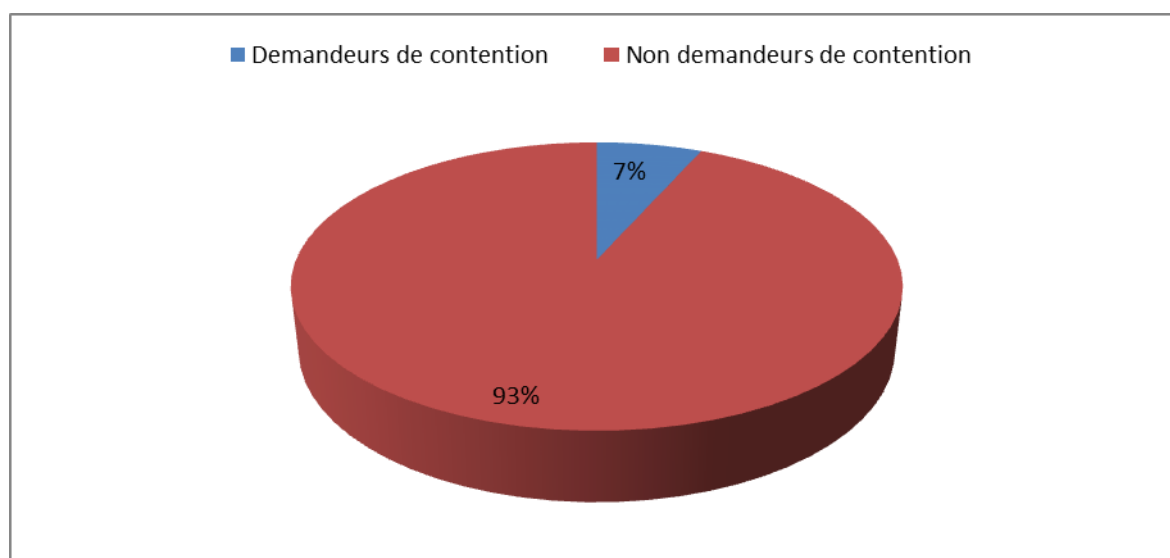
Presque la moitié des patients étudiés pensaient que la décision de la contention était prise par l'infirmier (46,6%). (Figure 10).



**Figure 10 : Répartition des patients selon leur avis concernant la décision de la contention.**

### 4) Demande de la contention

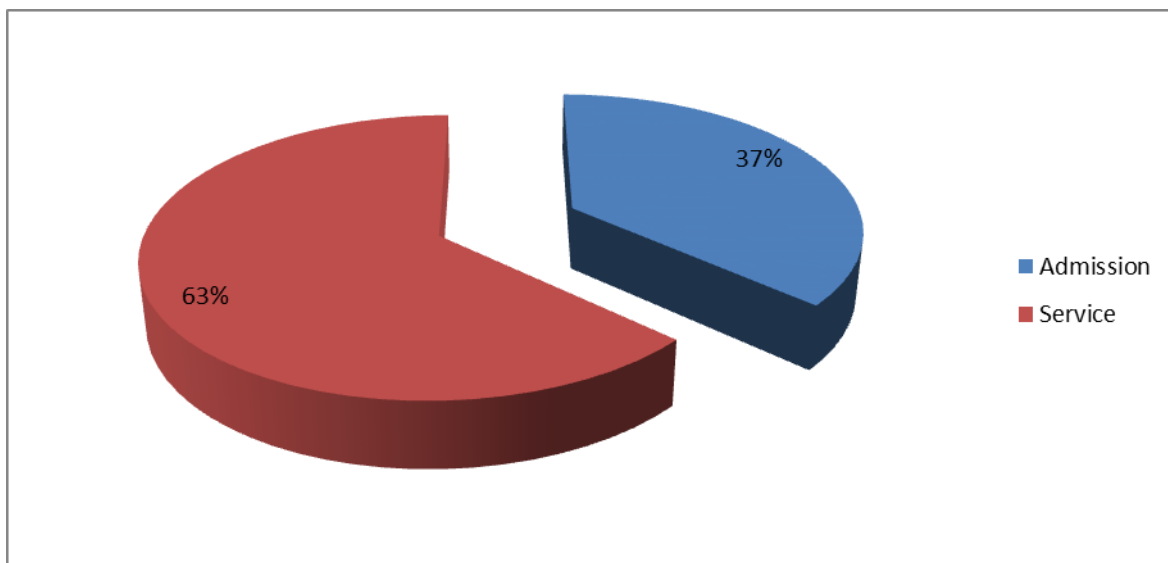
La majorité des patients de notre étude n'ont jamais demandé de se faire contenir (93%). (Figure 11).



**Figure 11 : Répartition des patients selon la demande de la contention.**

### 5) Lieu de la contention

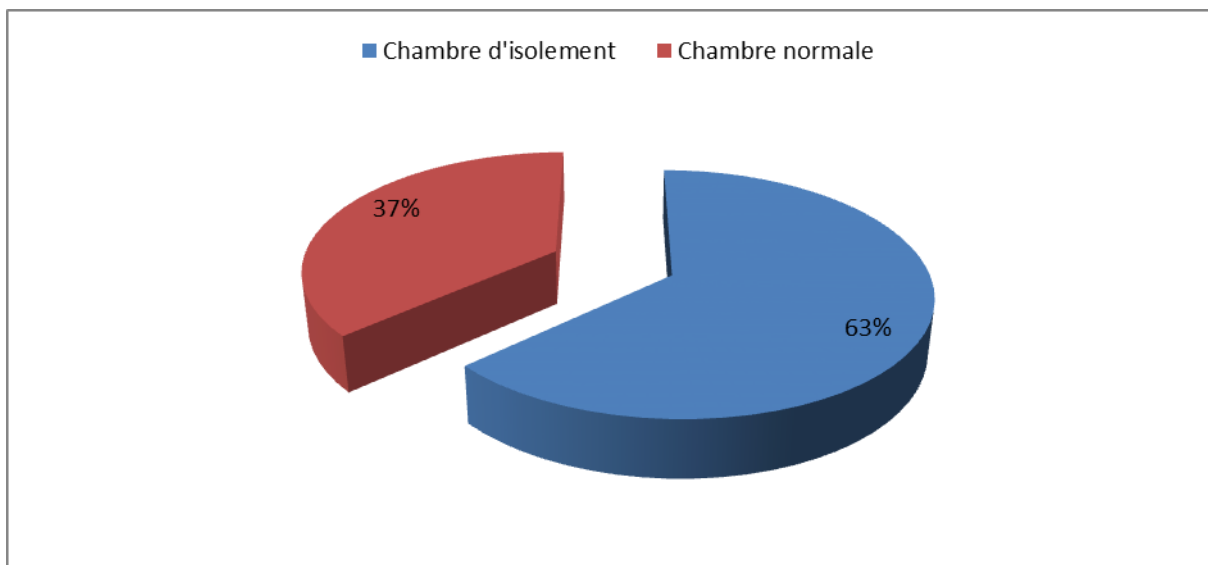
Plus du tiers de nos patients ont eu la contention physique au niveau du service de l'admission (37%). (Figure 12).



**Figure 12 : Répartition des patients selon le lieu de la contention.**

## 6) Type de chambre

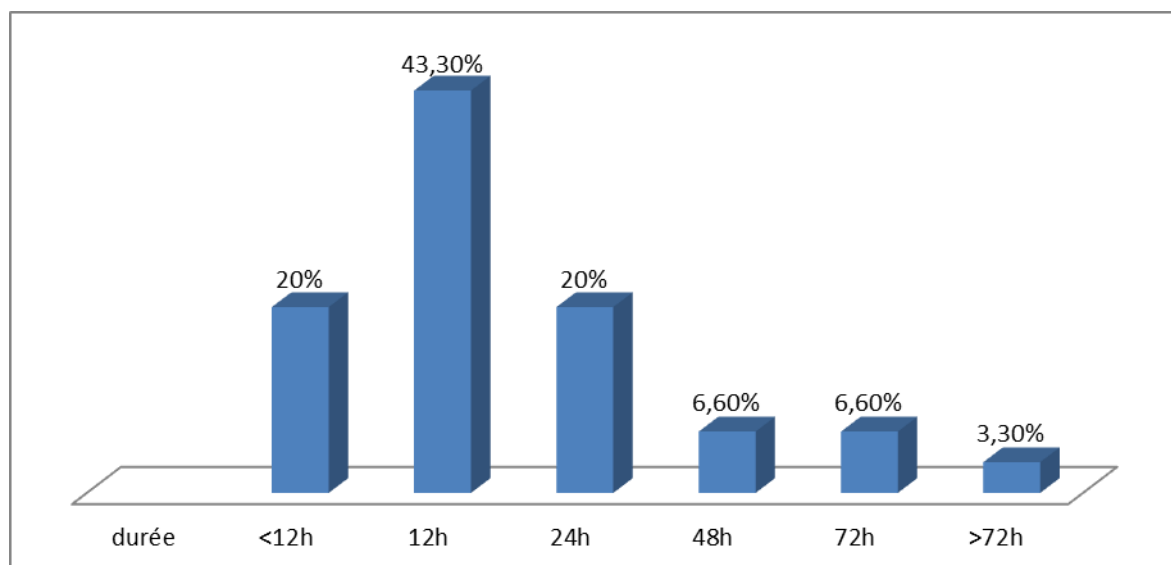
Presque les deux tiers des patients étudiés ont été contenus dans une chambre d'isolement (37%), et le reste (63%) dans une chambre normale. (Figure 13).



**Figure 13 : Répartition des patients selon le type de chambre de contention.**

## 7) Durée de la contention

Presque la moitié des patients étudiés étaient sous contention pendant 12h. (Figure 14). La durée moyenne de la contention était de 21,7h avec des extrêmes allant d'une heure à 90h.

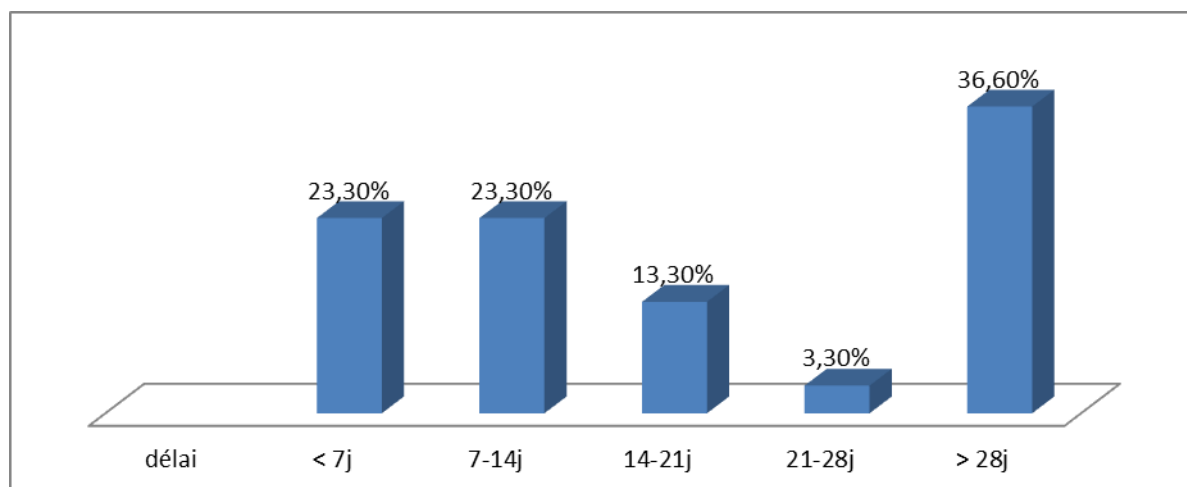


**Figure 14 : Répartition des patients selon la durée de la contention.**

## 8) Délai de la contention

Les délais entre le dernier épisode de contention physique et notre entretien avec les malades étaient variables, la moyenne étant de 78,7 jours, avec un minimum d'un jour et un maximum de 2 ans.

Plus du tiers de nos patients (36,6%) avaient un dernier épisode de contention datant de plus d'un mois. (Figure 15).

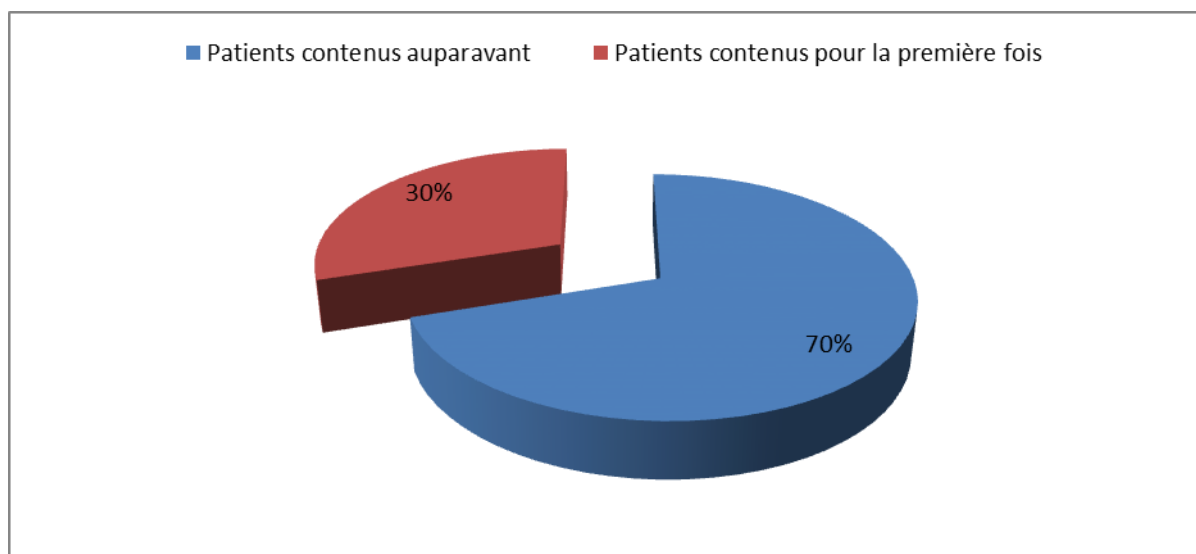


**Figure 15 : Répartition des patients selon le dernier épisode de la contention.**

## 9) Antécédent de contention

Plus des deux tiers des patients étudiés ont déjà eu au moins un antécédent de contention.

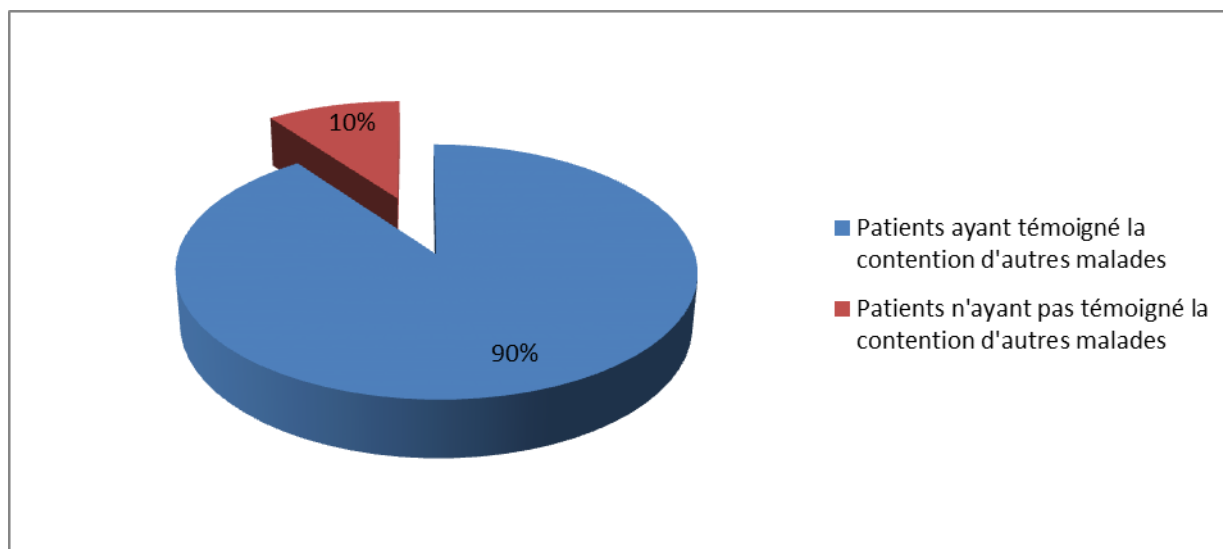
(Figure 16).



**Figure 16 : Répartition des patients selon les antécédents de contention.**

## 10) Témoignage de la contention des autres patients

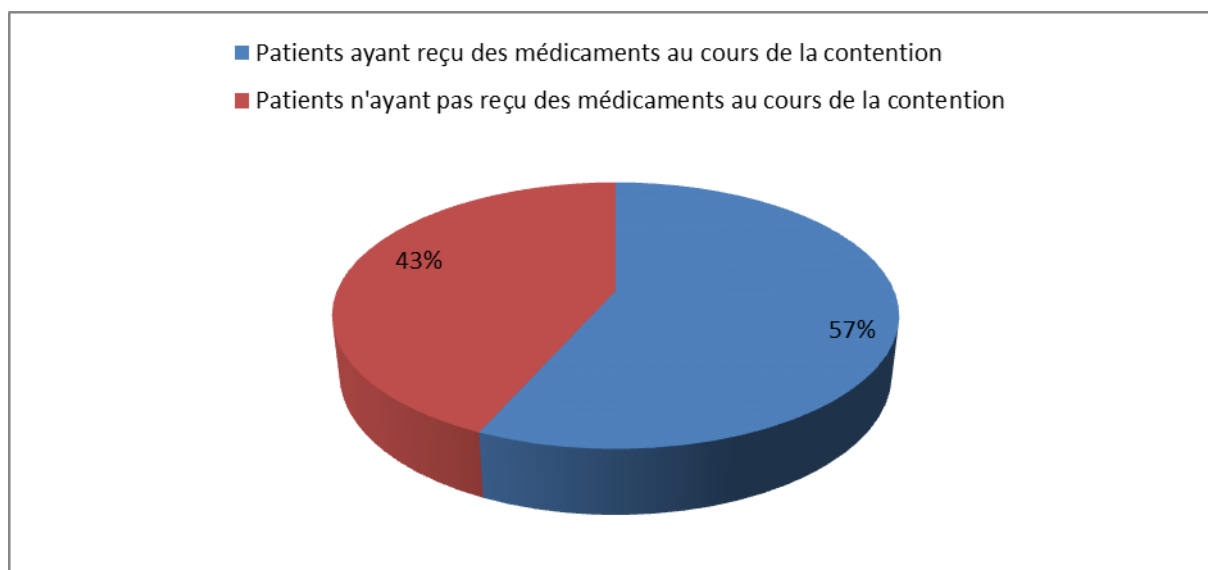
La majorité des patients de notre échantillon ont témoigné la contention physique des autres malades (90%). (Figure 17).



**Figure 17 : Répartition des patients selon le témoignage de la contention des autres malades.**

## 11) Administration des médicaments au cours de la contention

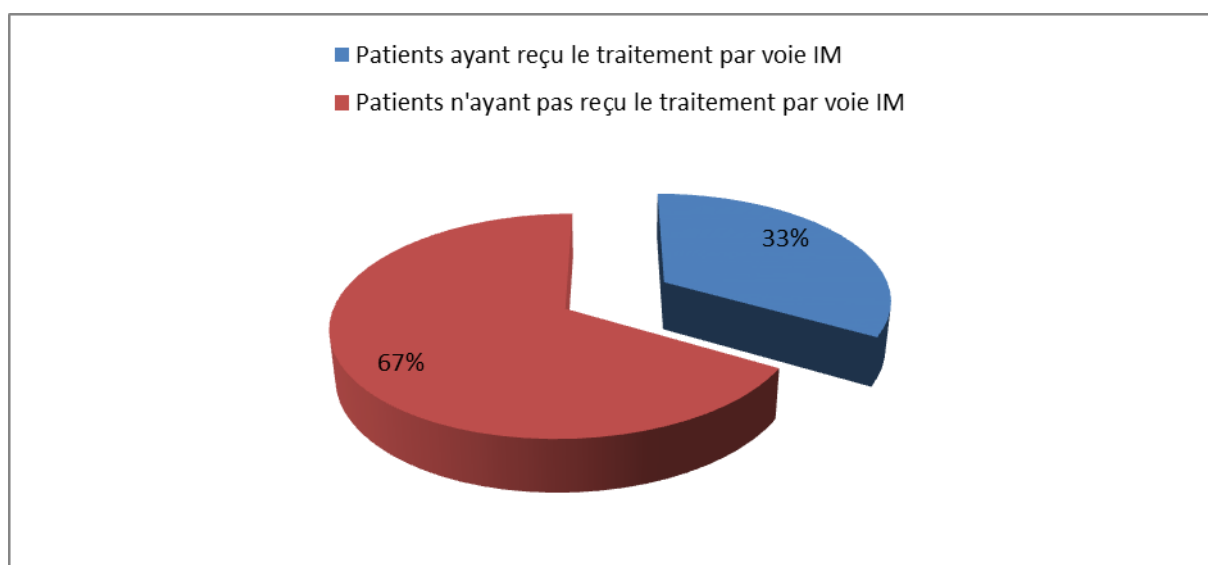
Plus de la moitié de nos patients ont reçu des médicaments sédatifs au cours de la contention (57%). (Figure 18).



**Figure 18 : Répartition des patients selon la réception de médicaments au cours de la contention.**

## 12) Administration du traitement par voie IM au cours de la contention

Les deux tiers des patients étudiés n'ont pas reçu de médicaments par voie IM au cours de la contention (67%), 33% d'entre eux ont en reçu. (Figure 19).



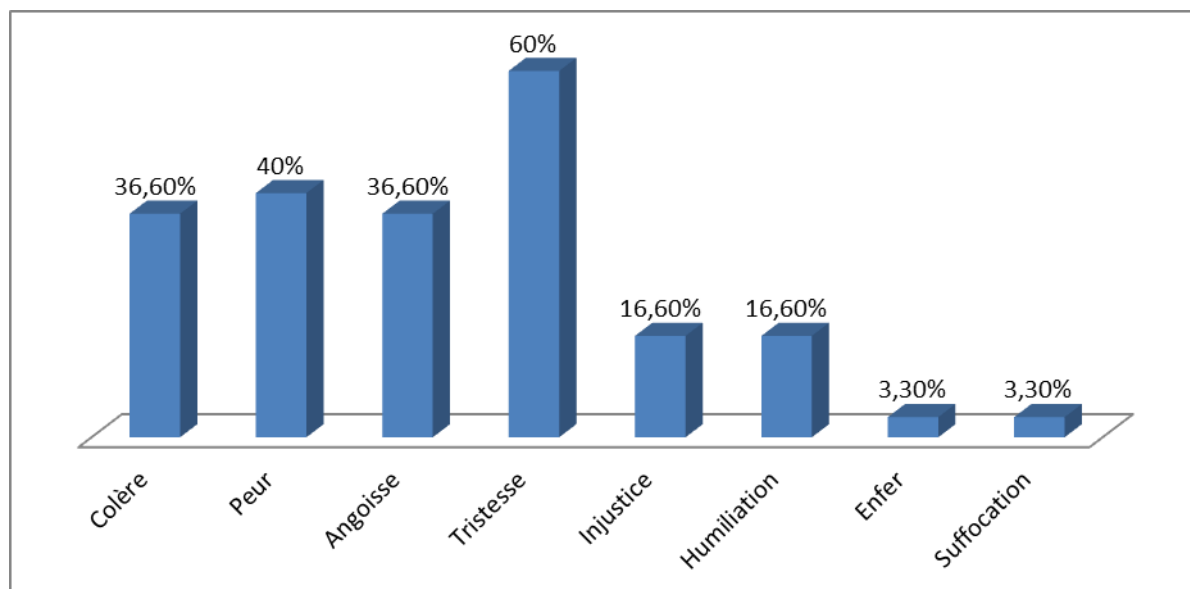
**Figure 19 : Répartition des patients selon la réception du traitement par voie IM.**

## IV. Ressentis des patients à propos de la contention

### 1) Ressentis au cours de la contention

#### a. Émotions et pensées au cours de la contention

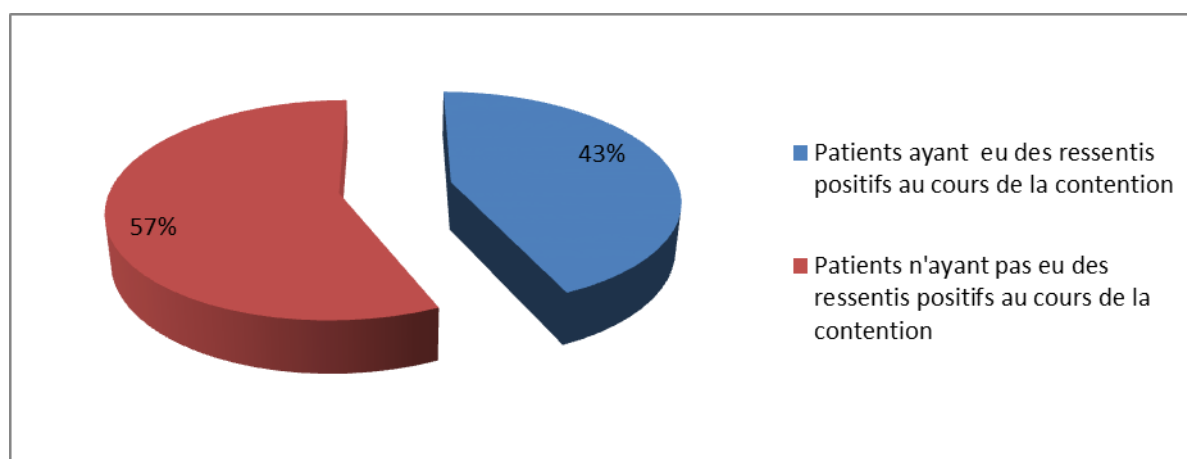
Plus de la moitié des patients étudiés avaient un sentiment de tristesse (60%), 40% avaient senti la peur, et 36,6% étaient angoissés. (Figure 20).



**Figure 20 : Répartition des patients selon les émotions ressenties au cours de la contention.**

#### b. Ressentis positifs au cours de la contention

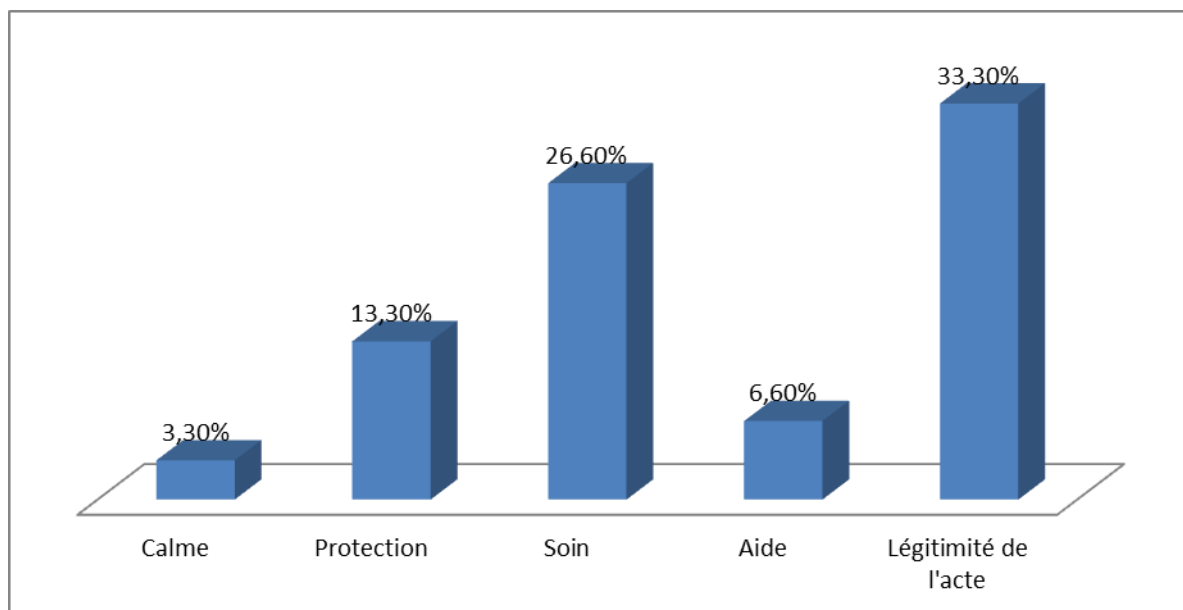
Plus de la moitié de nos patients n'ont pas eu de ressentis positifs au cours de la contention (57%). (Figure 21).



**Figure 21 : Répartition des patients selon les ressentis positifs au cours de la contention.**

**b'. Types de ressentis positifs**

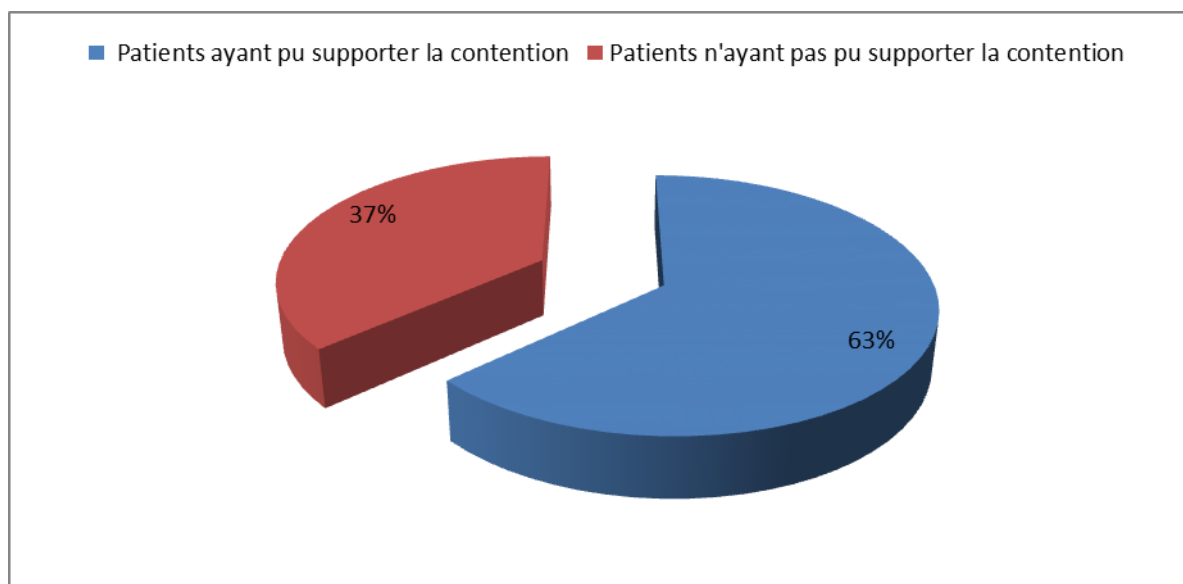
Le tiers des patients de notre échantillon (33,3%) disaient que l'acte était légitime. (Figure 22).



**Figure 22 : Répartition des ressentis positifs au cours de la contention.**

**c. Capacité de supporter la contention**

Presque les deux tiers des patients de notre échantillon ont dit que la contention physique était supportable (63%). (Figure 23).

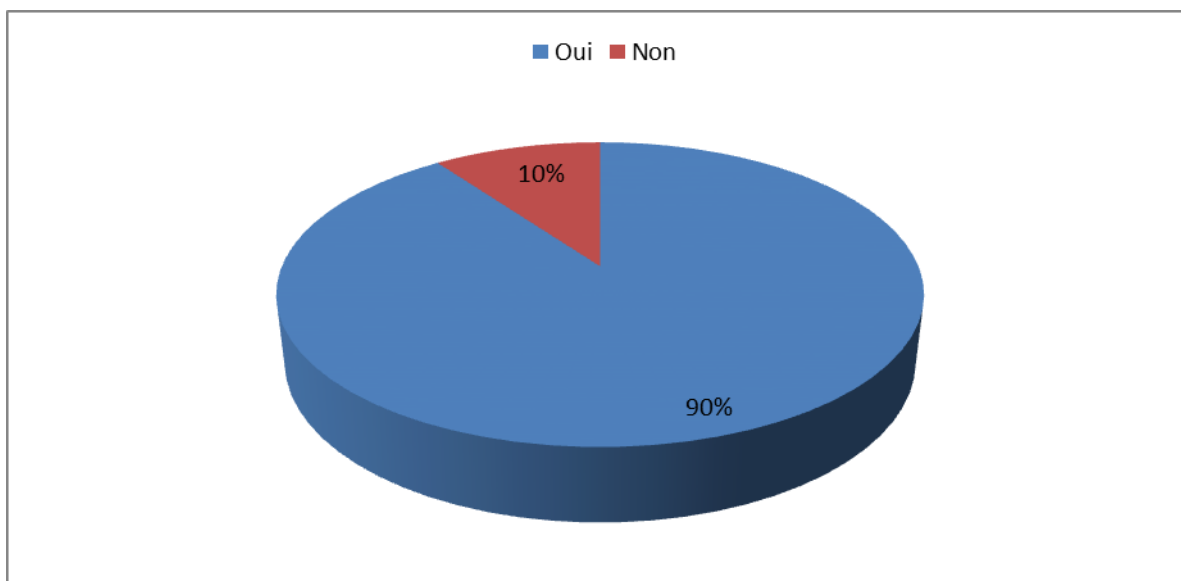


**Figure 23 : Répartition des patients selon la capacité de supporter la contention.**

**d. Sentiment d'impuissance**

La majorité (90%) de nos patients se sont senti impuissants au cours de la contention.

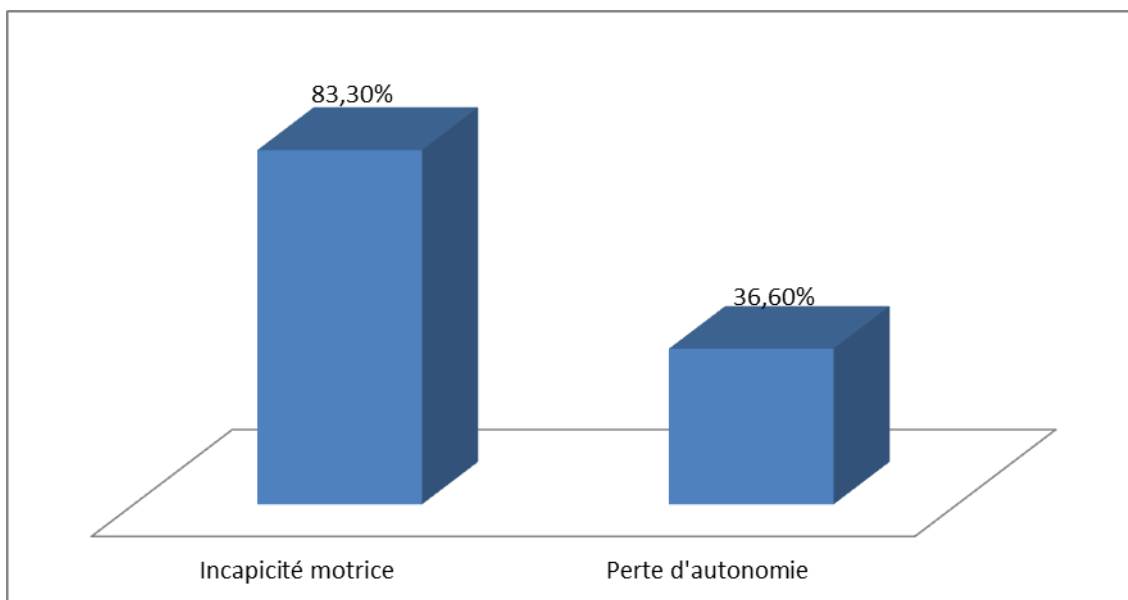
(Figure 24).



**Figure 24 : Répartition des patients selon le sentiment d'impuissance au cours de la contention.**

**d'. Type de sentiment d'impuissance**

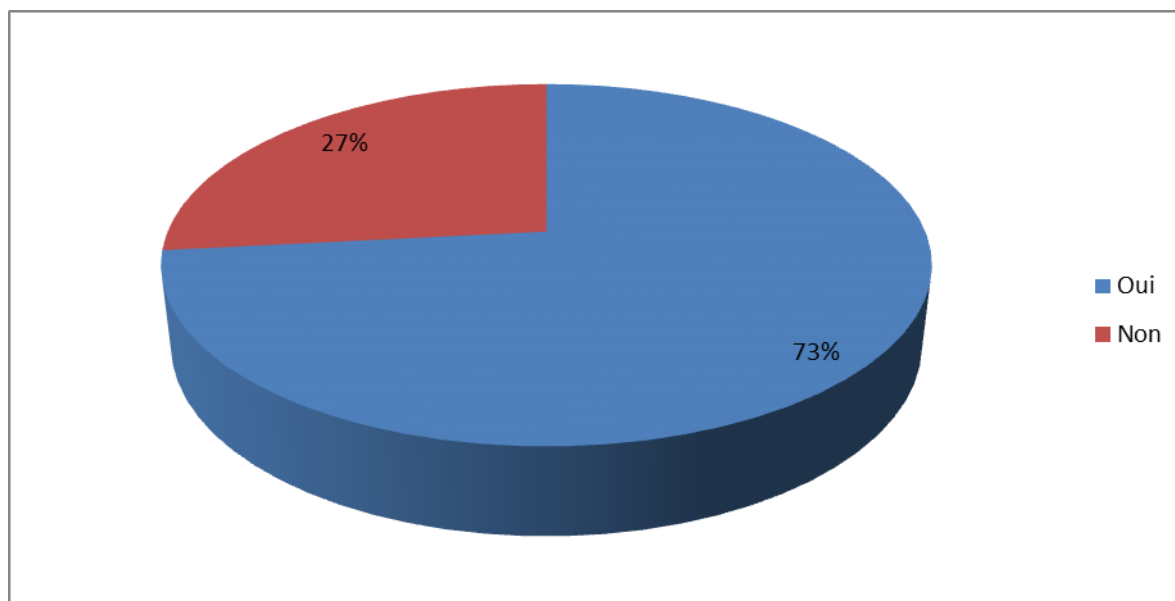
La majorité de nos patients (83,3%) ont dit que l'impuissance était en rapport avec l'incapacité motrice. (Figure 25).



**Figure 25 : Répartition des patients selon le type de sentiment d'impuissance.**

**e. Sentiment de solitude**

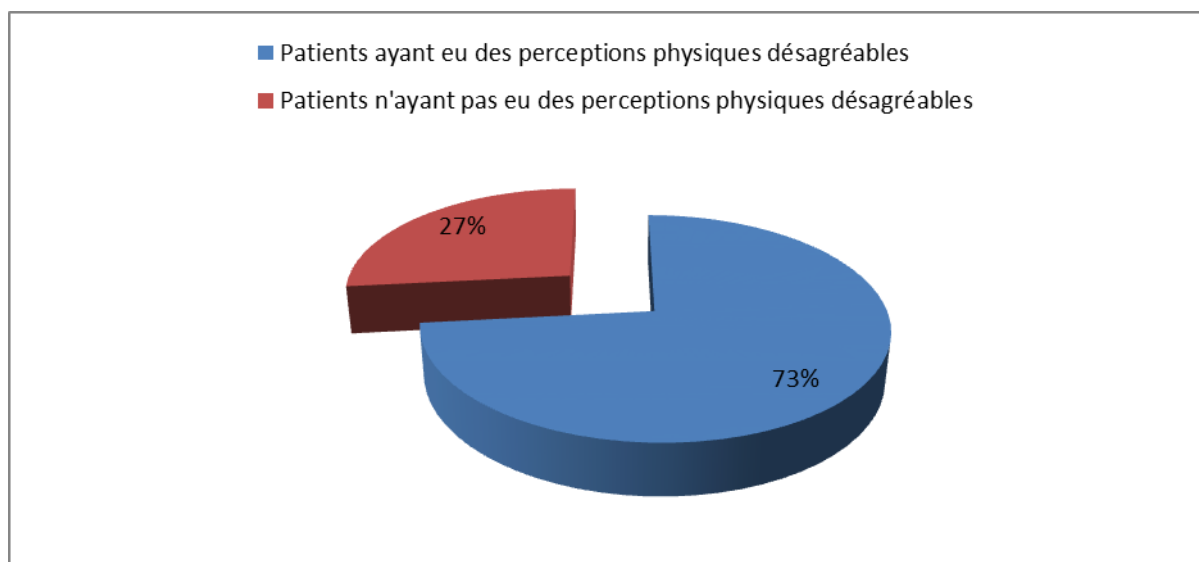
Plus des deux tiers de nos patients se sont senti seuls au cours de la contention. (Figure 26).



**Figure 26 : Répartition des patients selon le sentiment de solitude au cours de la contention.**

**f. Perceptions physiques désagréables**

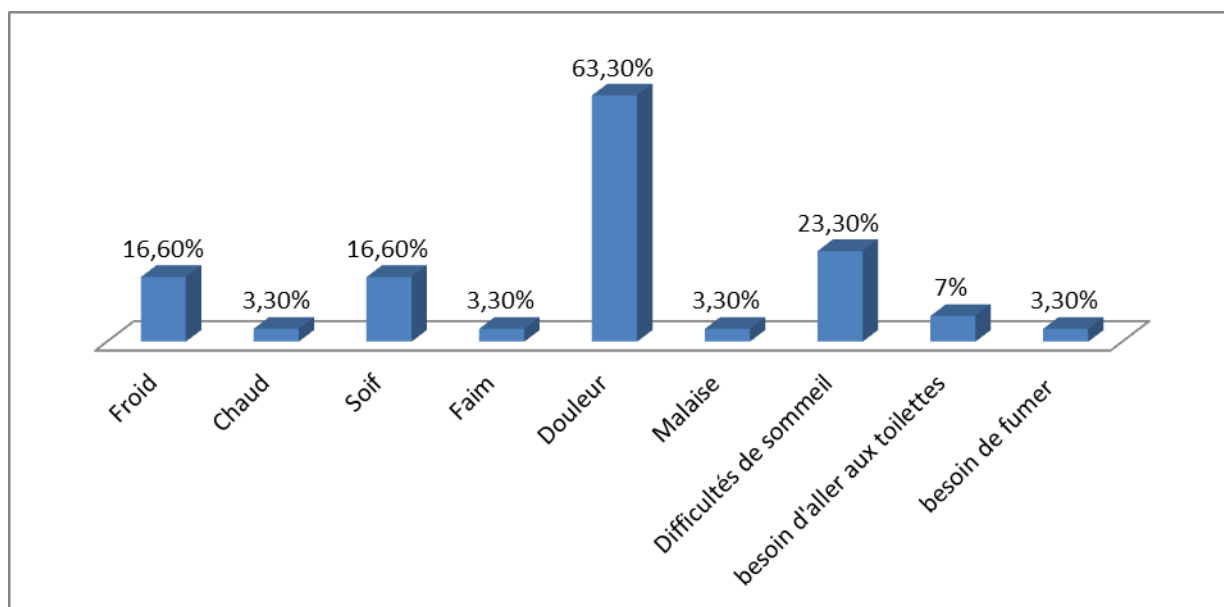
Presque les trois quarts (73%) des patients étudiés ont eu des perceptions physiques désagréables au cours de la contention. (Figure 27).



**Figure 27 : Répartition des patients selon les perceptions physiques désagréables au cours de la contention.**

### **f'. Types de perceptions physiques désagréables**

Presque les deux tiers des patients (63,3%) ont senti la douleur au cours de la contention, 5 patients (16,6%) ont eu froid, 5 patients ont eu soif, 7 patients (23,3%) avaient des difficultés de sommeil, un patient avait chaud, un autre avait faim, 2 patients avaient besoin d'aller aux toilettes, et un autre avait besoin de fumer. (Figure 28).

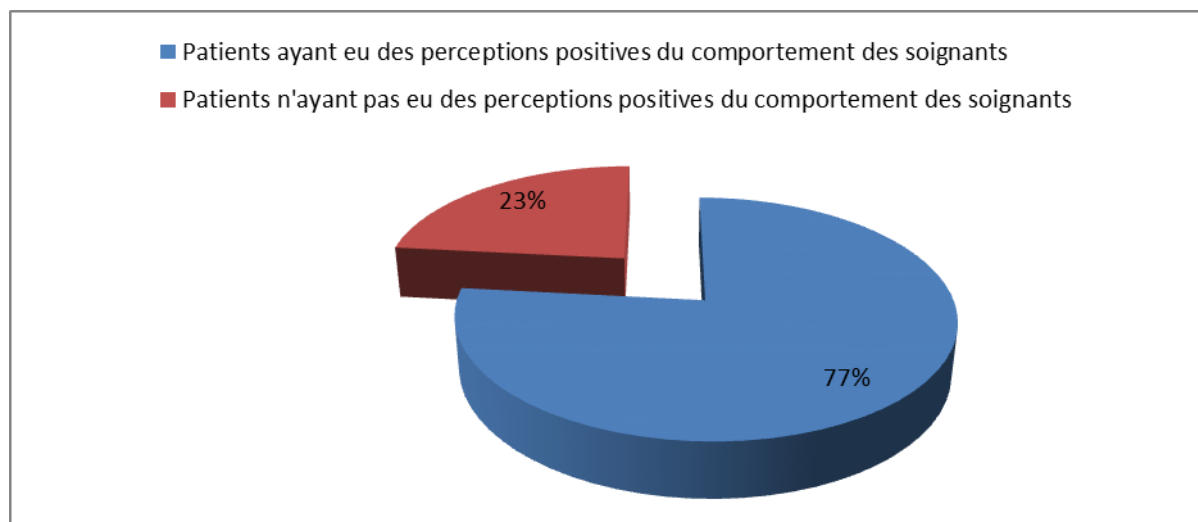


**Figure 28 : Répartition des perceptions physiques senties au cours de la contention.**

## **2) Perception du comportement des soignants**

### **a. Comportement positif**

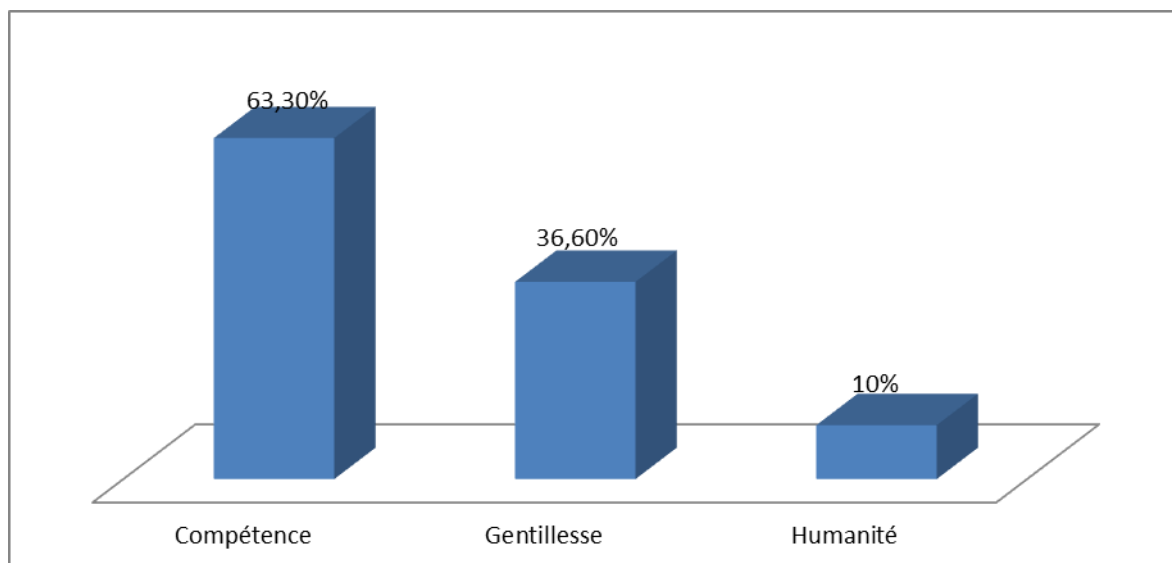
Plus de trois quarts des patients de notre échantillon ont eu une perception positive du comportement des soignants (77%). (Figure 29).



**Figure 29 : Répartition des patients selon la perception positive du comportement des soignants.**

**a'. Types de perceptions positives**

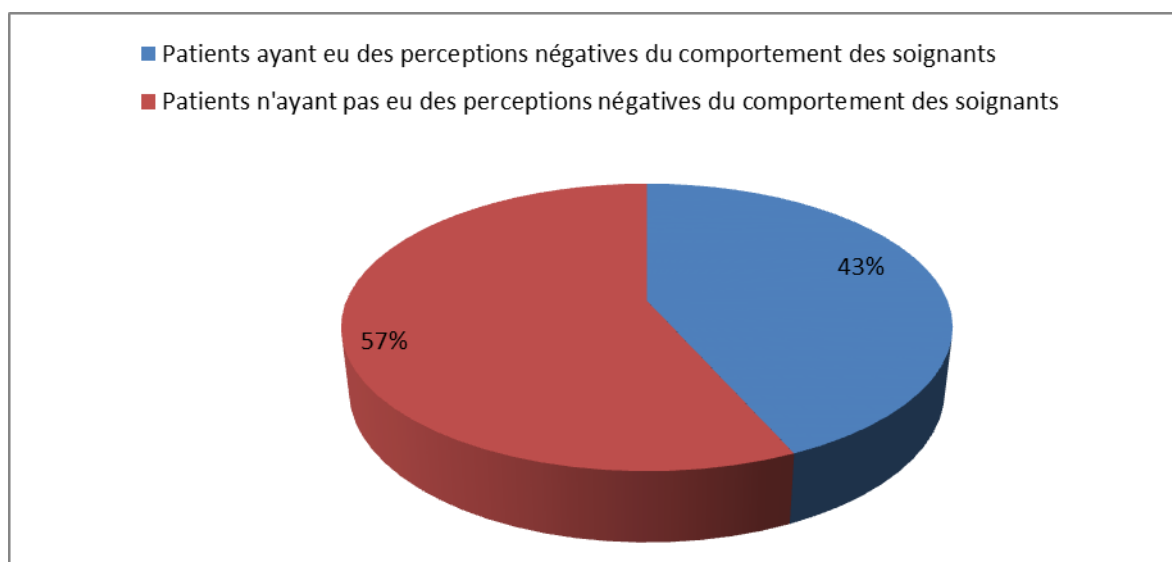
Presque les deux tiers des patients de notre série ont dit que les soignants étaient compétents (63,3%). (Figure 30).



**Figure 30 : Répartition des perceptions positives du comportement des soignants.**

**b. Comportement négatif**

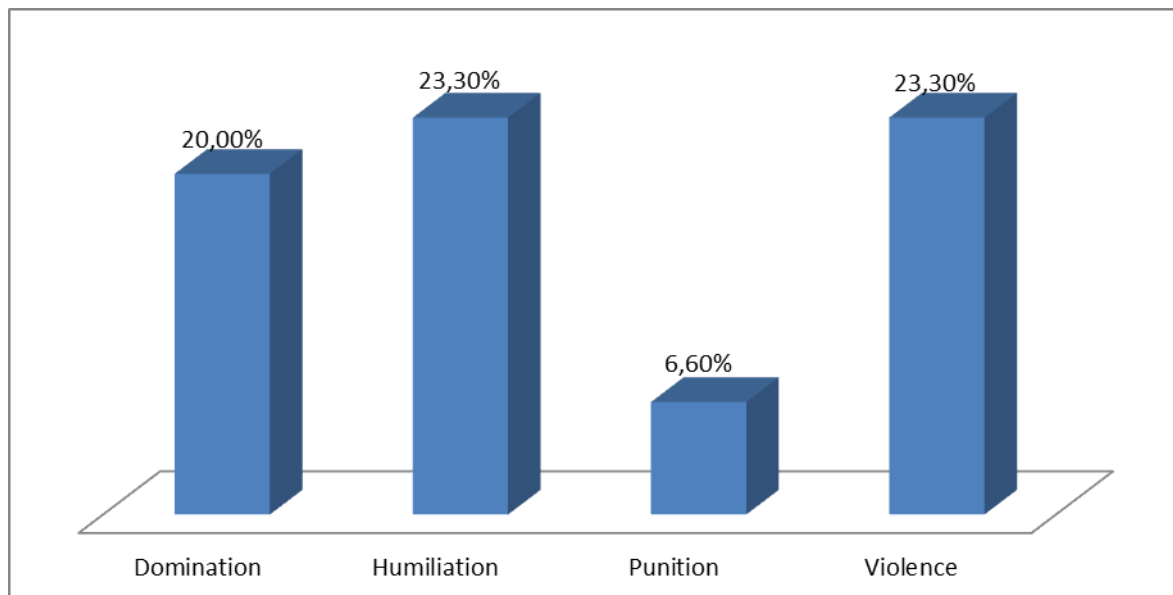
Seulement 43% des patients ont eu une perception négative du comportement des soignants. (Figure 31).



**Figure 31 : Répartition des patients selon la perception négative du comportement des soignants.**

**b'. Types de perceptions négatives**

Selon 23,3% des patients de notre échantillon, les soignants avaient un comportement violent, un comportement humiliant dans 23,3% des cas, et dominant dans 20%. (Figure 32).

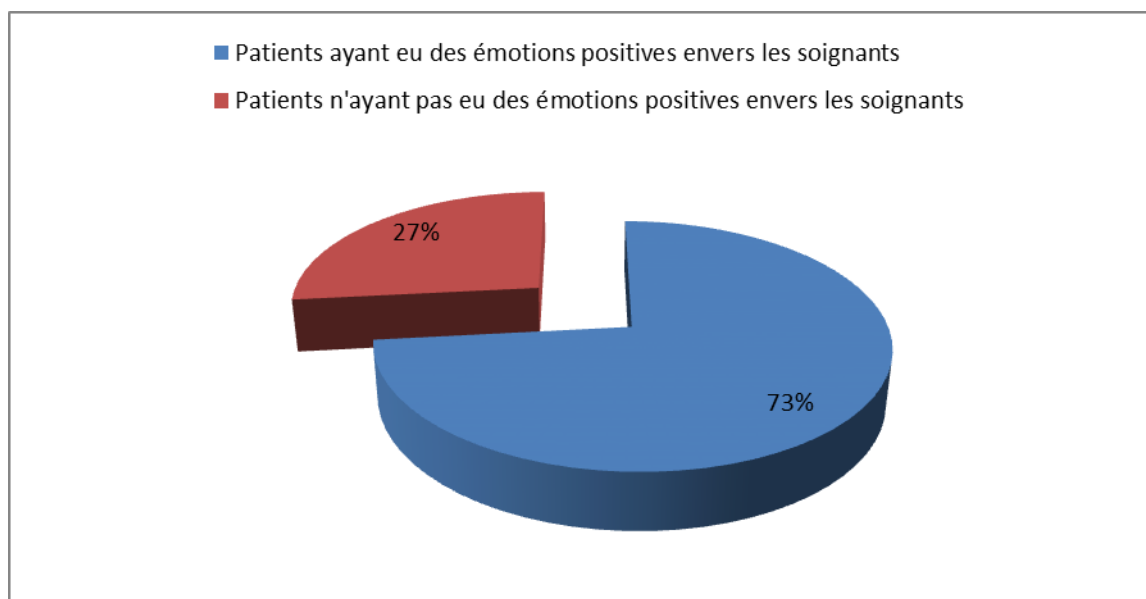


**Figure 32 : Répartition des patients selon les perceptions négatives du comportement des soignants.**

**3) Emotions et pensées envers les soignants**

**a. Emotions positives**

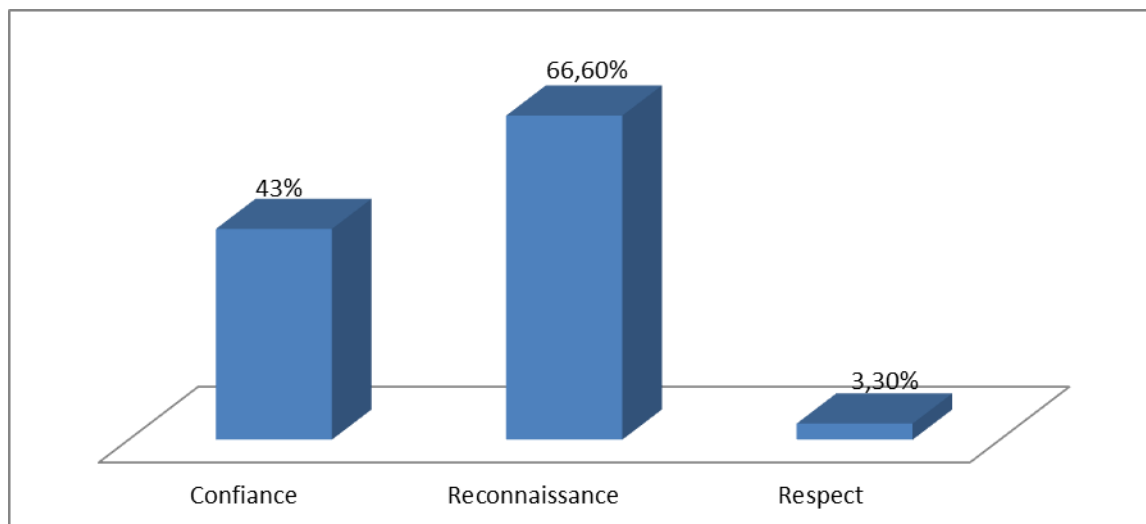
Presque les trois quarts des patients de notre série (73%) avaient des émotions positives envers les soignants. (Figure 33).



**Figure 33 : Répartition des patients selon le sentiment d'émotions positives envers les soignants.**

**a'. Types d'émotions positives**

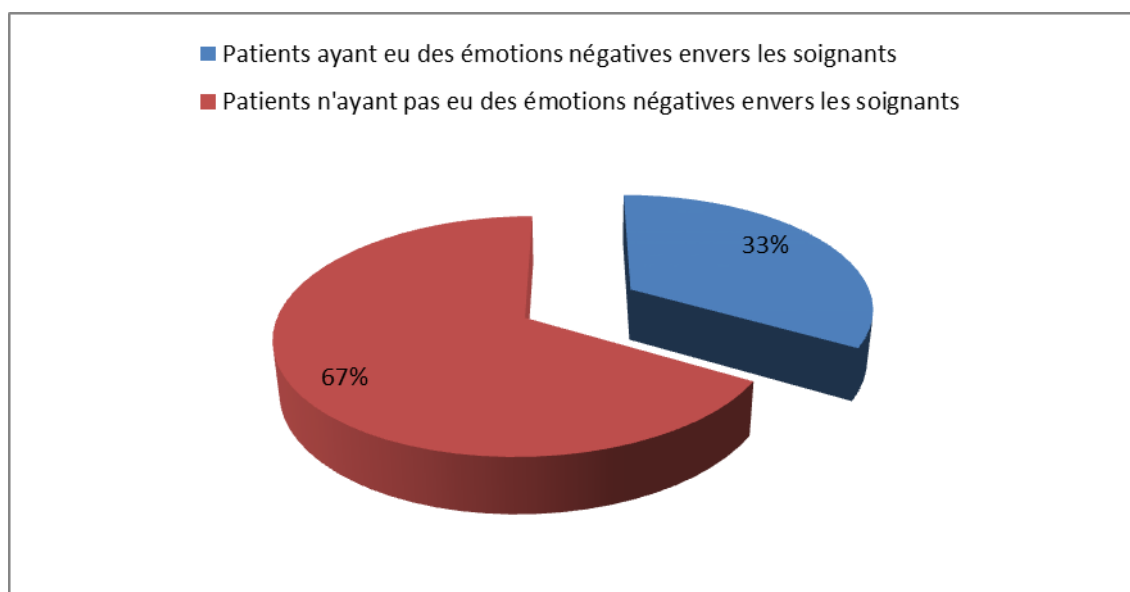
Les émotions positives étaient représentées dans notre échantillon par la reconnaissance dans 66,6% des cas, la confiance dans 43% des cas et le respect dans 3,3% des cas. (Figure 34).



**Figure 34 : Répartition des patients selon les émotions positives ressenties envers les soignants.**

**b. Émotions négatives**

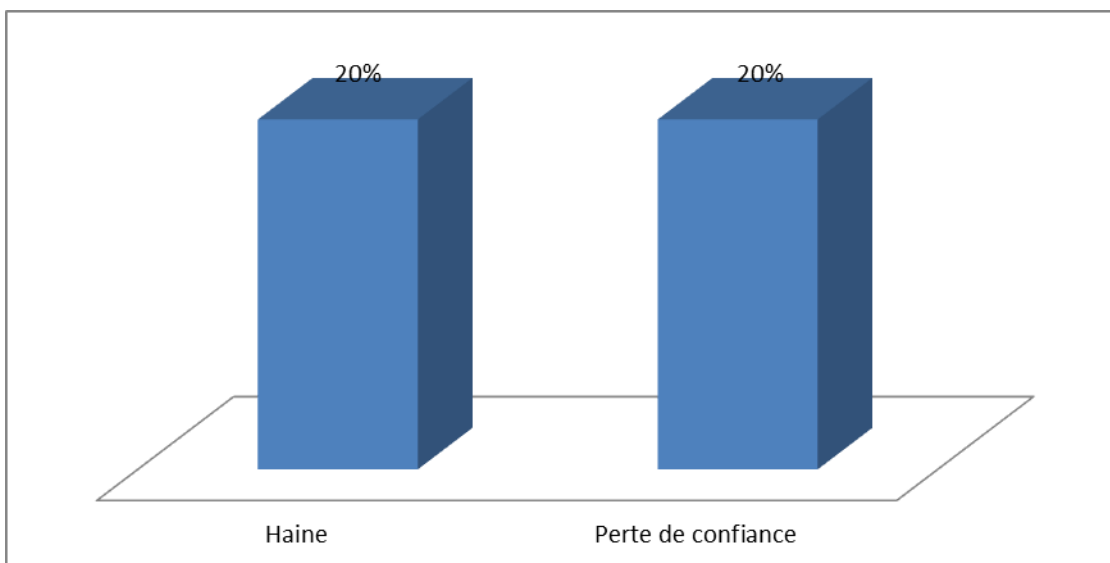
Le tiers des patients de notre série (33%) avaient des émotions négatives envers les soignants. (Figure 35).



**Figure 35 : Répartition des patients selon le sentiment d'émotions négatives envers les soignants.**

**b'. Types d'émotions négatives**

Les émotions négatives dans notre échantillon étaient représentées par la haine dans 20% des cas, et par la perte de confiance dans 20% également. (Figure 36).



**Figure 36 : Répartition des patients selon les émotions négatives ressenties envers les soignants.**

**Tableau récapitulatif III :** Les ressentis des patients au cours de la contention dans la population étudiée

| Les ressentis             | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|----------|-------------|
| <b>Ressentis négatifs</b> |          |             |
| 32. Impuissance           | 27       | 90%         |
| 33. Solitude              | 22       | 73%         |
| 34. Incapacité motrice    | 25       | 83,3%       |
| 35. Tristesse             | 18       | 60%         |
| 36. Peur                  | 12       | 40%         |
| 37. Colère                | 11       | 36,6%       |
| 38. Angoisse              | 11       | 36,6%       |
| 39. Perte d'autonomie     | 11       | 36,6%       |
| 40. Injustice             | 5        | 16,6%       |
| 41. Humiliation           | 5        | 16,6%       |
| 42. Suffocation           | 1        | 3,3%        |
| <b>Ressentis positifs</b> |          |             |
| 43. Légitimité de l'acte  | 10       | 33,3%       |
| 44. Soin                  | 8        | 26,6%       |
| 45. Protection            | 4        | 13,3%       |
| 46. Aide                  | 2        | 6,6%        |
| 47. Calme                 | 1        | 3,3%        |

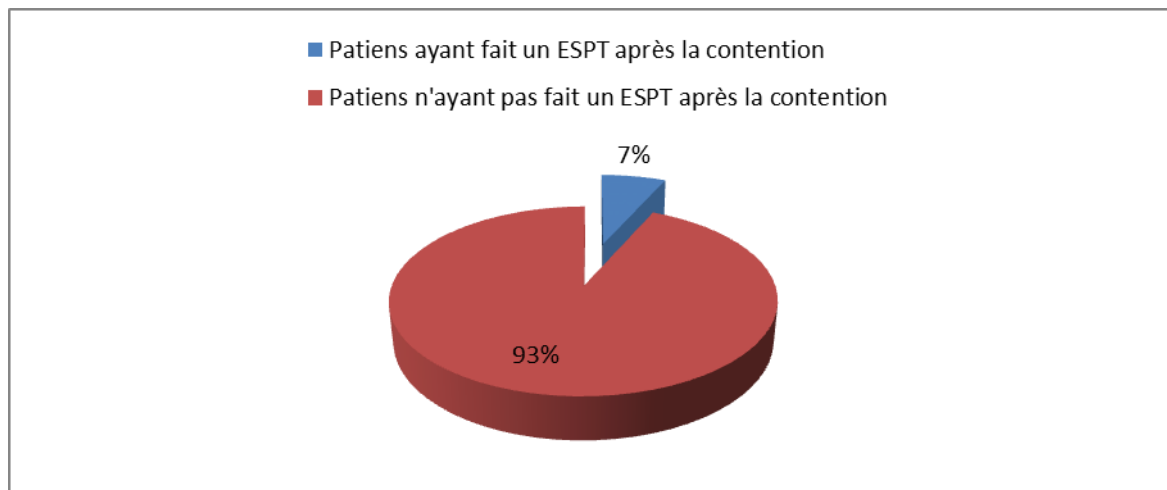
**Tableau récapitulatif IV** : les perceptions du comportement et les sentiments envers les soignants dans la population étudiée

| Les perceptions et les sentiments                       | Effectif | Pourcentage |
|---|----------|-------------|
| Les perceptions positives du comportement des soignants |          |             |
| 48. Compétence  | 19       | 63,3%       |
| 49. Gentillesse   | 11       | 36,6%       |
| 50. Humanité  | 3        | 10%         |
| 51.   |          |             |
| Les sentiments positifs envers les soignants            |          |             |
| 52. Reconnaissance                                      | 20       | 66,6%       |
| 53. Confiance   | 13       | 43%         |
| 54. Respect   | 1        | 3,3%        |
| Les perceptions négatives du comportement des soignants |          |             |
| 55. Humiliation   | 7        | 23,3%       |
| 56. Violence  | 7        | 23,3%       |
| 57. Domination  | 6        | 20%         |
| 58. Puntion   | 2        | 6,6%        |
| Les sentiments négatifs envers les soignants            |          |             |
| 59. Haine   | 6        | 20%         |
| 60. Perte de confiance                                  | 6        | 20%         |

## V. Vécu traumatique des patients par rapport à la contention.

### 1) Echelle PCLS

Le score PCLS moyen dans notre étude était de 24,2 avec des extrêmes allant de 17 à 52. Dans notre échantillon de 30 malades, seulement 2 d'entre eux (7%) ont eu un seuil positif de l'état de stress post traumatique. (Figure 37).

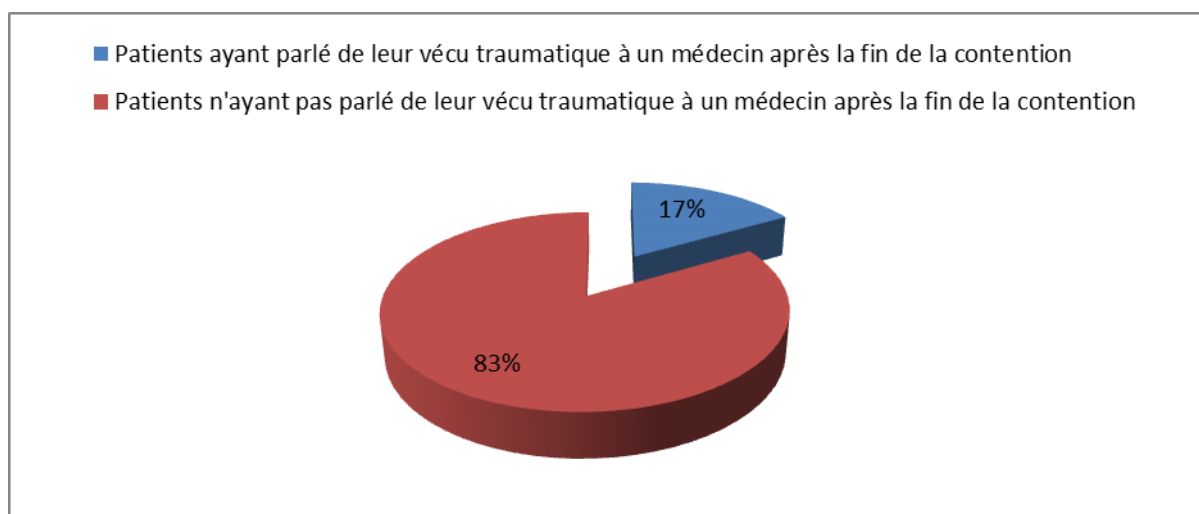


**Figure 37 : Répartition des patients selon l'ESPT après la contention.**

### 2) Parler du vécu traumatique au médecin traitant

#### a. Après la fin de la contention

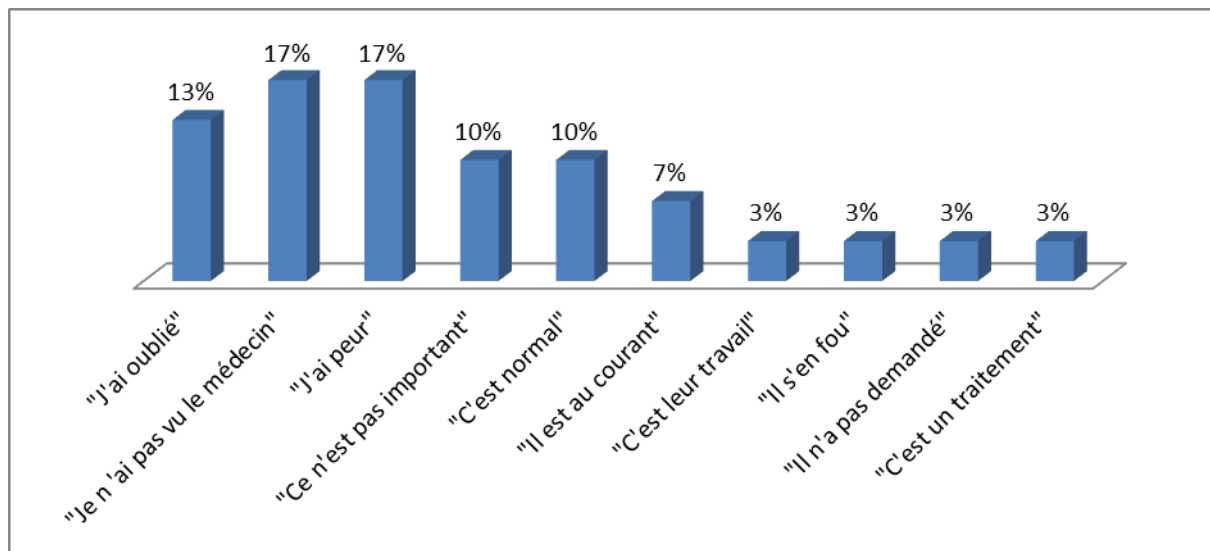
Seulement 5 patients de notre série (17%) ont pu parler de leur vécu traumatique avec leur médecin après la fin de la contention. (Figure 38).



**Figure 38 : Répartition des patients selon la capacité de parler du vécu traumatique au médecin après la fin de la contention.**

**a'. Les raisons de ne pas parler au médecin après la fin de la contention**

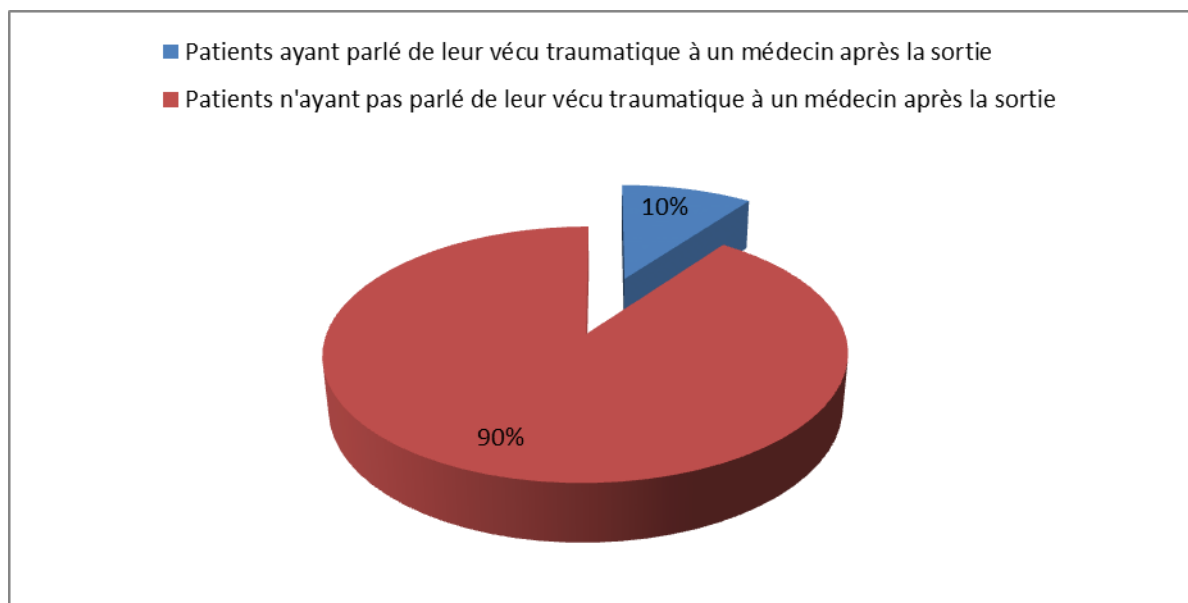
Les raisons les plus fréquemment citées étaient : « J'ai peur » (17%), « Je n'ai pas vu le médecin » (17%). (Figure 39).



**Figure 39 : Répartition des patients selon les raisons de ne pas parler au médecin après la fin de la contention.**

**b. Après la sortie**

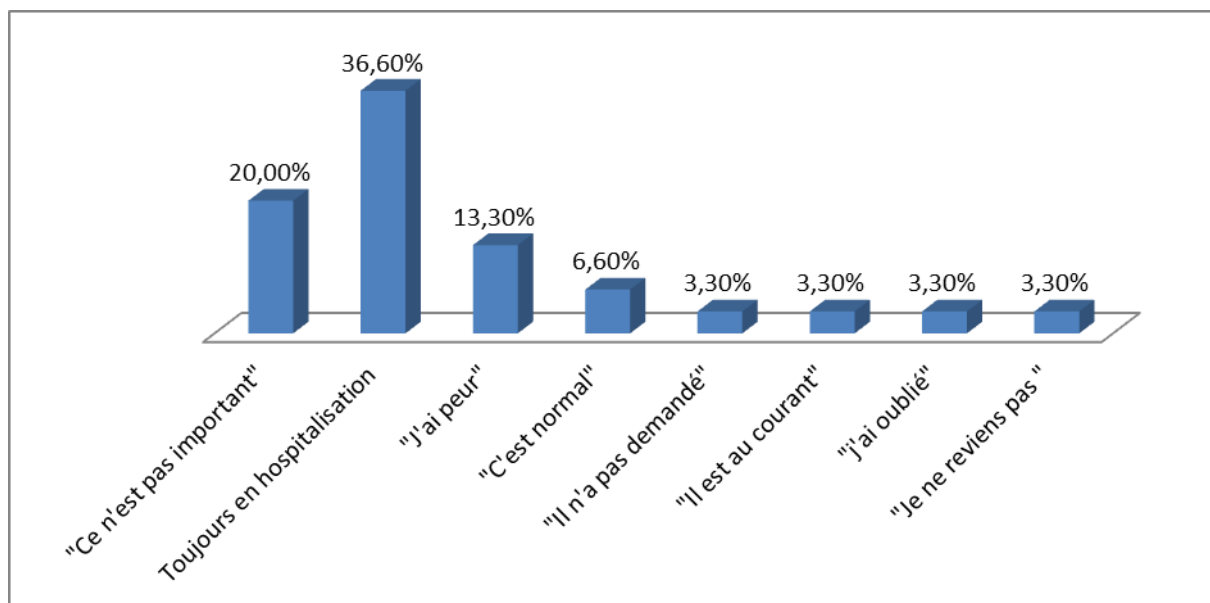
Dans notre échantillon de 30 malades, seulement 3 d'entre eux (10%) ont pu parler de leur vécu traumatique à leur médecin après la sortie de l'hôpital. (Figure 40).



**Figure 40 : Répartition des patients selon la capacité de parler du vécu traumatique au médecin après la sortie.**

**b'. Les raisons de ne pas parler au médecin après la sortie**

Dans notre échantillon, 36,6% des patients étaient toujours en hospitalisation, 20% disaient que ce n'était pas important pour en parler après la sortie. (Figure 41).



**Figure 41 : Répartition des patients selon les raisons de ne pas parler du vécu traumatique au médecin après la sortie.**



*DISCUSSION*

Il convient de rappeler la spécificité majeure de la prise en charge thérapeutique de la population des malades mentaux qui est la méconnaissance des troubles et le refus de soins occasionné par celle-ci. Ces éléments rendent souvent impossible, dans un premier temps, l'établissement d'une relation médecin malade standard, médiée par l'adhésion libre aux soins, le consentement éclairé et l'alliance thérapeutique.

L'utilisation de la contention en psychiatrie implique nécessairement une composante de subordination du malade à son médecin dans la relation médecin/malade. Cette subordination entraîne la transformation inévitable de la relation d'alliance thérapeutique en une relation d'observance contrainte des prescriptions médicales par le malade. Cette subordination amène donc nécessairement à la question fondamentale qui se pose à tout professionnel de santé mentale dans sa pratique quotidienne : L'utilisation de la contention en psychiatrie est-elle éthique? [1]

## **I. Définitions**

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physique et mécanique.

-Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.

-Contention mécanique : 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 [2].

Un consensus par la méthode de Delphi sur la définition de la contention physique en 2016 retient la définition suivante :

Toute action ou procédure qui empêche le mouvement du corps libre à un poste de choix et / ou d'accès normal à son corps par l'utilisation de toute méthode, attachée ou adjacente au corps d'une personne, qu'il / elle ne peut pas contrôler ou enlever facilement [3].

J. Palazzolo à son tour, dans « *isolement, contention et contrainte en psychiatrie* », propose comme définition : « *Restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux* » [4].

L'auteur suggère également qu'il existe plusieurs types de contention :

- La contention physique : méthodes qui permettent, par une opposition physique à la mobilité du patient, de restreindre son périmètre d'action. La contention physique inclut la contention manuelle par des soignants et la contention mécanique réalisée grâce à des sangles de cuir ou de tissu.
- La contention psychologique : l'utilisation de toute technique de soins qui entraîne chez le patient une dépendance à l'égard du corps médical dans ce qui est des divers domaines de décisions.
- La contention légale : les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement.
- La contention chimique : l'administration d'un traitement médicamenteux, souvent sédatif, réalisé par voie orale si la situation le permet ou par voie injectable intramusculaire sinon, dans le but de contrôler un état pathologique.

## **II. Historique**

Le recours à la contention physique comme moyen de maîtrise des malades mentaux agités et violents existe depuis l'origine du traitement des maladies mentales.

### **1. La contention dans l'Antiquité**

Dès l'Antiquité, des écrits font allusion à la nécessité «d'exercer un contrôle sur les personnes agitées» [5]. Ainsi, Célius Aurelianus, préconise pendant les périodes de crise tout d'abord un isolement du malade dans sa chambre et la réduction de stimulations sensorielles [6].

En cas d'agitation, il préconise le recours à une contention douce pour protéger le malade et les autres : « *Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après.* » [6].

En outre, Caelius propose l'utilisation de moyens moraux au cours de la crise, caractérisés par l'alternance d'une écoute bienveillante et de raisonnements avec l'utilisation de l'autorité [7].

Par contre, Celse estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie, donc recommandant la contention physique comme un moyen de soin [8].

## 2. La contention au moyen âge

Jusqu'à la fin du moyen âge, la contention ne semble présenter qu'un moyen de protection et non pas de soin. Elle traduit donc la sollicitude des proches qui veillent à protéger le fou de lui-même tout en préservant la sécurité de chacun. Les moyens de contention permettent alors non pas d'isoler mais de maintenir le malade dans sa famille ou dans sa communauté [9].

Tandis que la maladie mentale en Europe continue à représenter une manifestation du péché et une punition divine traitée par l'isolement, la contention et par les prêtres, la médecine Arabo-Musulmane et en particulier Maghrébine avait déjà à l'époque une approche psychosomatique. Ainsi Avicenne, dans les « Généralités » du Canon, posait le principe que « les remèdes psychiques doivent toujours aider la thérapeutique médicamenteuse et la compléter en accroissant la capacité de résistance du malade »... « Nous devons, considérer que l'un des meilleurs traitements, l'un des plus efficaces, consiste à accroître les forces mentales et psychiques du patient, à l'encourager à la lutte, à créer autour de lui une ambiance agréable, à lui faire écouter de la bonne musique, à le mettre en contact avec les personnes qui lui agréent, qu'il respecte et en qui il a confiance. ». Le persan Errazi (Rhazès), aussi, le plus grand médecin d'expression arabe, semble avoir introduit le premier le terme de « El Ilaj Ennafsani » ou psychothérapie [10].

Cependant, la contention et l'enfermement étaient de règle devant les états d'agitation et de violence. Avicenne préconise une utilisation de la contrainte comme mesure de protection, mais aussi comme outil de soins, suivant également les méthodes héritées de Celse [7].

### 3. La contention après la renaissance

Au début de la renaissance, la Réforme du XVIème siècle va entraîner une laïcisation de la prise en charge de la maladie mentale ce qui va résulter en une transformation des représentations populaires de celle-ci.

En effet, Descartes va décrire les passions comme des mouvements de l'âme et, par sa philosophie du doute et de la prédominance de la Raison, dépouiller la maladie mentale de son caractère mystique, pour reprendre certaines thèses de la doctrine stoïcienne sur la responsabilité de chacun quant à ses passions. Cette conception cartésienne de la maladie mentale comme déchainement des passions va donc rendre, dans l'imaginaire populaire, les malades mentaux responsables de leur état, en raison de leur immoralité supposée. [11].

Tout cela va donc provoquer la mise en place de mesures d'enfermement des malades mentaux dans un but répressif, comme en témoigne la procédure d'admission dans des structures sans nécessité d'avis médical. Les conditions de détention sont souvent rudes voire inhumaines, avec une fréquente maltraitance.

### 4. La contention au siècle des lumières

A partir du XVIIème siècle, on assiste à une modification de la conception de l'articulation entre l'âme et le corps. On observe alors à cette période une dissociation entre l'utilisation à but répressif de moyens de contrainte dans les Hôpitaux Généraux et la réflexion médicale sur la maladie mentale.

En 1785, paraît la circulaire Colombier-Doublet (*Instruction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asiles qui leur sont destinés*) qui fait le point sur les différentes thérapeutiques utilisables, et notamment sur l'utilisation de la contrainte comme outil de soin. Il s'agit alors de supprimer les maisons de force où les malades mentaux sont enfermés pour créer des asiles consacrés à leur guérison. [7]

## 5. La contention après la naissance de l'aliénisme

Philippe Pinel préconise, comme les médecins de l'Antiquité et les stoïciens, un traitement moral s'appuyant sur la raison. Il précise dans ses observations sur la manie, que l'utilisation de la contrainte est à but thérapeutique en psychiatrie [12].

Il précise également que le but thérapeutique de l'utilisation de la contrainte ne peut être atteint que si celle-ci a été réalisée de façon mesurée et légitime, et si elle peut être levée quand elle n'est plus nécessaire, afin de permettre une stabilisation durable du malade [13].

A partir du milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, la prise en charge des malades mentaux sera marquée par la remise en cause de la contention physique en Angleterre, notamment par Robert Gardiner Hill, puis par John Connoly, père du « *no restraint* ». En effet, Connoly supprime en 1839 tous les moyens de contention : camisole, fauteuils de force et liens divers. Connoly démontre ainsi l'efficacité d'un traitement sans contention [7].

## 6. La contention au XX<sup>ème</sup> siècle

Le début du XX<sup>ème</sup>, verra des évolutions majeures dans la conception et la prise en charge des maladies mentales. On note alors une diminution progressive des moyens de contrainte dont deux éléments majeurs en sont responsables :

-L'avènement de la psychanalyse au début du XX<sup>ème</sup> siècle va imprégner durablement le monde psychiatrique et son vocabulaire, modifier la vision de la maladie mentale et transformer la médecine des symptômes en médecine de la relation avec l'avènement de la psychothérapie. La contrainte physique n'a évidemment pas sa place dans ce dispositif [4].

-La révolution pharmacologique, avec l'apparition des médicaments neuroleptiques, puis des autres classes de psychotropes, va marquer durablement les pratiques médicales, en introduisant la possibilité d'une stabilisation des troubles mentaux par la correction des désordres biologiques sous-jacents et donc la possibilité d'une réinsertion des malades mentaux stabilisés au sein de la société.

### **III. Consensus et recommandations**

#### **1. Conférence de consensus : « agitation en urgence (petit enfant excepté) »**

La Société Francophone de Médecine d'Urgences a publié en 2002 la 9ème conférence de consensus concernant la prise en charge de l'agitation aux urgences, évoquant notamment la question de l'utilisation de la contention physique [14].

##### **a. Objectifs**

L'utilisation de la contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, et de prévenir la rupture thérapeutique. Son recours n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge et cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, en raison des problèmes médico-légaux possibles.

La contention physique devrait être une mesure d'exception et temporaire. Elle ne constitue pas en elle seule une mesure thérapeutique. Elle doit donc toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

##### **b. Indications**

1) Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.

2) Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.

3) Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

##### **c. Contre-indications**

Contre-indications non somatiques :

1) Utilisation à titre de punition.

2) Etat clinique ne nécessitant ces mesures.

3) Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort.

4) Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Contre-indications somatiques :

Affections organiques non stabilisées (diagnostic, pronostic, incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense)

- Insuffisance cardiaque
- Etat infectieux
- Trouble de la thermorégulation
- Trouble métabolique
- Atteinte orthopédique
- Atteinte neurologique

**d. Modalités de mise en œuvre**

• L'utilisation de la contention doit faire l'objet de protocoles préétablis et cependant adaptés au patient traité.

• Se faire sur prescription médicale écrite, horodatée et quasiment en temps réel, avec identification du prescripteur.

• Réalisation pratique de la contention : Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées. Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.

• Sédation médicamenteuse et poursuite de l'information du patient sur le déroulement de la prise en charge actuellement nécessaire. En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds du patient sont surélevés à leur tour, afin de diminuer l'amplitude des mouvements et le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce. Dans l'hypothèse d'un lit fixé au sol au milieu d'une pièce sécurisée, le patient et ses attaches sont glissés du brancard sur le lit.

- Prescription d'une programmation de soins et de surveillance intensive en raison des risques majeurs de complications somatiques.

- Vérification de la sécurité du patient : Les attaches sont bien fixées et verrouillées (s'assurer régulièrement qu'elles ne sont pas sur les articulations, ni trop serrées ni trop lâches), le brancard est bien fixé, ne risque pas de basculer.

- Accompagnement du patient : Pas de rupture dans la prise en charge relationnelle. La réévaluation de l'état clinique périodique doit permettre de lever partiellement, puis complètement au plus tôt cette contention.

#### **e. Les risques**

La décision et la prescription d'une contention nécessitent une étroite collaboration entre médecin et soignants pour concevoir le traitement dans ses différentes dimensions et assurer la gestion des risques :

- risques concernant le patient : atteinte physique, psychologique, à la liberté d'aller et de venir, prolongation inutile de la contention.

- risques concernant les soignants : atteinte physique, psychologique, risques médicaux légaux.

#### **f. Surveillance**

Lors de la surveillance du patient sous contention dans un service d'urgence, l'objectif des membres de l'équipe soignante (médecin, infirmiers, aides-soignants, brancardiers) est d'assurer une qualité de soins en respectant l'intégrité physique et morale du patient. Le patient sous contention est un patient à risque, dépendant de l'entourage. Il ne doit en aucun cas être isolé et/ou enfermé. La surveillance d'un patient sous contention est spécifique (surveillance des sangles, hydratation, nourriture, besoins naturels). Le recours à la contention physique implique systématiquement l'ouverture d'une fiche de surveillance de mise en contention. Elle permet de répertorier différents éléments dont le déroulement de la mise en contention (difficultés de pose, état cutané avant la mise sous contention, l'évolution clinique du patient).

Les soignants doivent assurer :

- Les soins de base : hygiène et confort répondant aux besoins fondamentaux.

- La surveillance clinique : prise régulière des paramètres vitaux.

- La vérification des sangles et de l'état cutané tous les quarts d'heure, en surveillant l'apparition d'un effet garrot, le patient ne doit pas pouvoir se détacher.

– Les horaires du début et de la levée de la contention doivent être relevés.

La relation verbale avec le patient est maintenue au cours de l'installation de la contention. Il est important de lui expliquer la finalité du recours à la contention, lui donner des repères temporo–spatiaux, et d'évaluer son comportement.

La sédation obligatoire et immédiate de ces patients impose également une surveillance étroite dont les critères sont répertoriés sur une fiche de surveillance. Les médicaments, la posologie, la fréquence d'administration doivent apparaître. Le relevé des paramètres vitaux : pression artérielle, pouls, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire, score de Glasgow, est effectué toutes les demi–heures au minimum et doit apparaître dans la fiche de surveillance. Les fiches de surveillance de contention et de sédation font partie du dossier médical. Un examen clinique à la recherche d'éventuelles complications s'effectue au terme de la surveillance hospitalière et précède la sortie du patient.

## **2. Recommandation de bonne pratique : « Isolement et contention en psychiatrie générale »**

La HAS a publié en 2017 une recommandation de bonne pratique qui vise à déterminer la place de l'isolement et de la contention en psychiatrie, dans les services de psychiatrie générale, et ainsi permettre aux professionnels de santé amenés à recourir éventuellement à ces mesures d'améliorer et harmoniser leurs pratiques tout en répondant aux exigences cliniques, légales, éthiques et organisationnelles [2]. Parmi les recommandations :

–Il est recommandé qu'un entretien et un examen médical soient réalisés au moment de l'isolement ou de la mise sous contention mécanique.

–Il est recommandé que le médecin soit préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.

–Il est recommandé qu'une fiche particulière de prescription du suivi de la décision soit présente dans le dossier du patient.

-À l'initiation de la mesure, il est recommandé que l'indication soit limitée à 12 heures pour l'isolement et 6 heures maximum pour la contention mécanique. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures pour l'isolement et 6 heures pour la contention mécanique. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les isolements de plus de 48 heures et les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnels.

-Il est recommandé que le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.

#### **IV. Efficacité de la contention physique en psychiatrie**

La revue de littérature Cochrane réalisée en 2000 et réévaluée en 2012 a évalué l'efficacité de la contention physique et de l'isolement pour les patients souffrant de maladie mentale. Celle-ci a conclu que :

-Aucune étude contrôlée n'évalue la valeur de l'isolement ou de la contention chez les patients atteints de troubles mentaux graves.

-Des effets indésirables graves associés à ces techniques ont été documentés dans des revues qualitatives. Des méthodes alternatives de prise en charge des comportements indésirables ou dangereux doivent être développées.

-L'utilisation continue de l'isolement ou de la contention doit donc être remise en question sur la base d'essais randomisés bien planifiés et documentés pouvant être généralisés à la pratique courante [15].

Une seconde revue de la littérature réalisée par Nelstrop en 2006 en vient aux mêmes conclusions, ne retrouvant que des études de faible puissance, avec un échantillon de petite taille, comportant de nombreux biais ou présentant un manque de clarté sur la manière dont les contentions sont utilisées [16].

En 2013, Georgieva réalise à son tour une étude comparative avec un échantillon comportant 125 patients. Ceux-ci ont été répartis en deux groupes : le groupe 1 où le traitement médicamenteux sans consentement était le premier choix devant l'agitation, et le groupe 2 où l'isolement y été de première intention.

L'étude ne montre pas de différence significative quant à l'efficacité d'une mesure par rapport à une autre. Néanmoins, elle met en évidence que le groupe isolement et contention mécanique par rapport aux autres groupes comporte davantage de facteur humiliation, de facteur effets indésirables et de facteur solitude. Ainsi, les auteurs recommandent d'utiliser préférentiellement la mesure la moins restrictive possible devant l'absence de mise en évidence d'une différence significative quant à l'efficacité d'une mesure par rapport à une autre [17].

## **V. Morbidité et mortalité liées à la contention**

L'utilisation de moyens de contention est liée à de nombreux risques rapportés dans la littérature :

En 2013, une étude japonaise prospective a recherché chez des patients sous contention physique une augmentation des D-dimères, marqueur biologique de maladie thromboembolique veineuse. Si celles-ci étaient augmentées, un écho-doppler veineux des membres inférieurs était systématiquement réalisé. Parmi les 181 patients contenus durant la période d'inclusion, une thrombose veineuse profonde a été retrouvée chez 21 d'entre eux, soit 11,6% de l'échantillon. Tous les patients avaient reçu un traitement préventif par bas de contention et héparinothérapie. Les facteurs qui ont été significativement mis en évidence chez ces 21 patients étaient une durée de contention supérieure à 72h, une sédation médicamenteuse plus importante et une hospitalisation médicale récente. [18].

En 1998, une série d'articles est publiée par des journalistes d'investigation dans le journal américain *Hartford Courant* dénonçant 142 décès de patients atteints de pathologie mentale en lien avec l'utilisation de la contention physique entre 1988 et 1998. La cause de décès étant des complications respiratoires et cardiaques, des intoxications et interactions médicamenteuses, des hématomes d'origine traumatique, des strangulations, des inhalations de fumée et des incendies. [19].

Une large étude rétrospective a été menée par Berzlanovitch en 2012 et recherchait les causes de tous les décès sous contention survenus à Munich entre 1997 et 2010. Les auteurs ont retrouvés 26 décès. 22 étaient directement imputables aux contentions mécaniques. 11 des patients seraient décédés d'asphyxie et 8 de compression thoracique causée par une contention ventrale. [20].

D'autres causes de décès en lien avec la contention mécanique sont citées par différentes études :

- Syndrome confusionnel [21].
- Rhabdomyolyse [22].
- Traumatismes physiques : certaines publications [23].
- Déshydratation [24].

## VI. Aperçu législatif

Des textes législatifs précis encadrent l'utilisation de la contention dans de nombreux pays : en Grande-Bretagne, en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada, en Belgique, aux Pays-Bas et en Russie.

En Islande, la contention et l'isolement sont absents des pratiques en psychiatrie. Cela est dû au taux de soignant par service le plus important d'Europe : un soignant pour un patient. [25].

En Allemagne, l'attachement des patients est réglementé par la loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985. Le paragraphe 29 considère les mesures dites de « sécurité particulière » : elles ne sont à mettre en pratique que s'il existe dans l'immédiat un risque considérable que le patient placé se tue ou se blesse sérieusement, ou qu'il quitte sans autorisation l'établissement de soins, et que si ce risque ne peut être réduit d'une autre manière. Ces mesures de sécurité sont la réduction de la liberté de déplacement, la confiscation d'objets, la séparation dans une chambre spéciale, l'attachement. Chacune de ces mesures de sécurité doit être immédiatement levée dès que les conditions de sa mise en vigueur ont disparu. La mise en place d'une telle mesure, ainsi que sa levée doivent être documentées. L'avocat du patient doit être prévenu sans délai. Ce sont des mesures de sécurité particulière nécessaires et non des mesures thérapeutiques. [26].

Il en va de même au Canada, où la contention est définie comme une intervention de protection, elle « *constitue un moyen de contrôle physique pour empêcher une personne sur qui on n'a plus de contrôle de se blesser ou de blesser d'autres personnes, de l'empêcher de provoquer des dégâts autour d'elle.* » [7]

Au Québec, la loi 118-1 est encore plus claire : « *La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier ; doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise et le maintien de cette mesure.* » [27].

Au Maroc, on trouve des textes législatifs de base en matière de prévention, traitement, protection et responsabilité civile des malades mentaux dans le Dahir n° 1-58-295 du 30 avril 1959 et le Dahir n° 1-73-282 du 21 mai 1974 ; mais sans précision concernant la mise en chambre d'isolement ou la contention physique. Cependant, *Le 2 mai 2016, le ministre de la santé a présenté un nouveau projet de loi intitulé « Projet de loi n° 71-13 relative à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles » qui a été adopté, le 2 juillet 2015, par le conseil du gouvernement. Dans l'article n° 73 est cité le suivant :*

Le patient ne peut faire l'objet d'une contention ou d'un isolement que : dans un établissement hospitalier de santé mentale ; sur prescription du médecin traitant lorsque ces mesures sont indispensables pour protéger la santé et la sécurité du patient ou celles d'autrui ; dans le respect de la dignité du patient ; pour une durée qui ne doit pas s'étendre au-delà du temps nécessaire à cet effet ; sous la surveillance régulière et étroite de l'équipe soignante. Chaque mesure doit être inscrite sur un registre spécial de contention et d'isolement dont le modèle est fixé par voie réglementaire, ainsi que dans le dossier médical du patient, avec mention des raisons qui la justifient, de sa durée et du traitement médical qui l'a accompagnée. En aucun cas, il ne peut y avoir recours à la contention ou à l'isolement comme mesure de sanction à l'encontre du patient. [28].

## VII. Aperçu éthique

Selon le dictionnaire Larousse, la notion d'éthique désigne la partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale et l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. Le Larousse individualise de cette notion l'éthique médicale : ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients. [29]

L'éthique vient du mot grec « ETHOS » qui signifie manière d'être et de se comporter selon les mœurs. Elle s'apparente à la morale et pourrait se traduire par la moralité d'un comportement par rapport à une relation donnée. Dans sa définition la plus simple, l'éthique est l'étude de la moralité, une réflexion et une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux, passés, présents ou futurs. [30].

Il convient d'appréhender la réflexion éthique de l'utilisation de la contention en psychiatrie de deux manières, la démarche collective et la démarche individuelle. Ces deux démarches sont à rapprocher de la distinction que réalise Max Weber entre éthique de conviction et l'éthique de responsabilité. [31].

### 1. **Ethique de conviction**

La démarche collective, à rapprocher de l'éthique de conviction de Max Weber, consiste à se référer à des textes de référence afin d'interroger l'utilisation de la contention à l'intérieur d'une collectivité, que cela soit un service de soins, un établissement hospitalier ou même un pays. Cette réflexion éthique amène un groupe de personnes à poser des questions essentielles sur la pertinence et la mise en œuvre de l'utilisation de la contention au sein de cette collectivité. [32]. Cette approche repose sur la consultation de documents de référence qui interrogent l'utilisation de la contention dans notre société en général, à travers des recommandations d'organismes internationaux. [7]

## 2. Ethique de responsabilité

La deuxième approche, celle de l'éthique de responsabilité selon Max Weber, se réalise individuellement. Il s'agit de réfléchir, à l'échelle d'un individu, voire d'une équipe soignante, sur l'utilisation de la contention dans une situation clinique singulière. Certes, cette réflexion implique de se référer aux textes théoriques de la collectivité – textes législatifs, conférences de consensus, protocole de l'établissement hospitalier – cependant la confrontation à l'impératif de réalité se heurte parfois au cadre théorique de référence. L'approche individuelle implique alors pour le soignant qui se trouve face à cette situation singulière d'être en accord avec l'acte qu'il est amené à effectuer. [33].

Beauchamps et Childress ont proposé en 1978 au sein de la *North American Bioethics* une approche basée sur le respect de quatre principes : les principes d'autonomie, de bienveillance, de non-malveillance et d'équité sociale. [34] [35] Ainsi, un acte est éthiquement acceptable si ces quatre principes sont respectés. Dans le cas de la contention physique, le principe de bienveillance est recherché si la contention est considérée par le soignant comme un acte thérapeutique et/ou comme une mesure de protection pour le patient lui-même. Il y a violation de ce principe en cas d'utilisation à but punitif. Le principe d'équité sociale est également respecté, et recherché si le patient met en danger autrui. Le respect de ces deux principes est toutefois en conflit direct avec le principe d'autonomie par la privation de la liberté de mouvement que la contention entraîne par définition.

Les auteurs à l'origine de ces principes de bioéthique ont proposé une grille à laquelle se référer en cas de conflit entre ces principes et lorsque la violation d'un ou de plusieurs principes est justifiée. [7]

Ainsi la violation d'un principe peut être envisagée si :

- L'objectif qui justifie la violation du/des principes a une probabilité réaliste d'être accompli ;
- La violation du principe est nécessaire dans le contexte, sans qu'une autre alternative éthiquement préférable ne soit valable ;
- La violation du principe n'a que peu d'importance dans l'accomplissement de l'objectif ;
- L'agent tente de minimiser les effets de la violation du principe. [7]

## VIII. Discussion de nos résultats

### 1. Caractéristiques socio démographiques

#### 1.1. Le sexe

Une large revue de la littérature réalisée en 2013 répertorie de 49 études réalisées entre 1990 et 2010 portant sur la contention en psychiatrie, révèle que le sexe masculin est un facteur qui influence la fréquence des mesures de contention physique. [36].

De même dans notre étude, une nette prédominance masculine a été observée, avec un pourcentage de 80% d'hommes contre 20% de femmes.

**Tableau V** : comparaison du pourcentage du sexe masculin dans les différentes séries.

| Auteur                   | Pays / Année                      | Sexe masculin |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Spinzy et al. [37]       | Israël / 2018                     | 67%           |
| Guzman-Parra et al. [38] | Espagne / 2016                    | 71,3%         |
| An et al. [39]           | Chine / 2016                      | 33,7          |
| Tlji [5]                 | Maroc<br>Fès / 2014               | 75%           |
| Knutzen et al. [40]      | Norvège / 2014                    | 55,5%         |
| Carre [7]                | France / 2014                     | 75,8%         |
| Noda et al. [41]         | Japon / 2013                      | 52%           |
| <b>Notre étude</b>       | <b>Maroc<br/>Marrakech / 2018</b> | <b>80%</b>    |

## 1.2. L'âge

La même revue citée dans le paragraphe précédent, identifie l'âge adulte jeune comme facteur influençant la fréquence des mesures de contention physique. [36]

La série de Spinzy et al [37] a révélé un âge moyen de 35 ans, tandis de celui trouvé dans l'étude de Tliji [5] était de 31,36 ans.

Par contre, la série de Noda et al [41] a trouvé un âge moyen de 45,8 ans.

Notre étude indique que 40% des patients avaient un âge compris entre 31 et 40 ans avec un âge moyen de 36,2 ans, ce qui rejoint les données de la littérature.

**Tableau VI** : comparaison de la moyenne d'âge dans les différentes séries.

| Auteur                   | Pays / Année                      | Moyenne d'âge   |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| Spinzy et al. [37]       | Israël / 2018                     | 35 ans          |
| Guzman-Parra et al. [38] | Espagne / 2016                    | 38.57 ans       |
| An et al. [39]           | Chine / 2016                      | 33,7 ans        |
| Tliji [5]                | Maroc<br>Fès / 2014               | 31,36 ans       |
| Noda et al. [41]         | Japon / 2013                      | 45,8 ans        |
| <b>Notre étude</b>       | <b>Maroc<br/>Marrakech / 2018</b> | <b>36,2 ans</b> |

### 1.3. Le niveau d'éducation

Le niveau d'éducation le plus représenté dans notre étude était le niveau secondaire (collège et lycée) avec un pourcentage de 63%, alors que les patients analphabètes représentaient 14% de notre échantillon.

L'étude de Tliji [5] montre des résultats plus ou moins proches des nôtres : 38% des patients avaient un niveau secondaire, tandis que 30% d'entre eux n'ont jamais été scolarisés.

Par contre, l'étude de Carre [7] faite en France a montré des résultats différents.

**Tableau VII** : comparaison du niveau d'éducation dans les différentes séries.

| Auteur             | Pays / Année                      | Niveau d'éducation  |
|--------------------|-----------------------------------|---|
| Tliji [5]          | Maroc<br>Fès / 2014               | Niveau primaire : 24%<br>Niveau secondaire : 38%<br>Niveau universitaire : 9%<br>Analphabètes : 30%                             |
| Carre [7]          | France / 2014                     | Niveau primaire : 3,4%<br>Niveau secondaire : 68,9%<br>Niveau universitaire : 27,6%<br>Analphabètes : 0%                        |
| <b>Notre étude</b> | <b>Maroc<br/>Marrakech / 2018</b> | <b>Niveau primaire : 20%</b><br><b>Niveau secondaire : 63%</b><br><b>Niveau universitaire : 3%</b><br><b>Analphabètes : 14%</b> |

### 1.4. Statut professionnel

Dans notre étude, 79,9% des patients avaient un emploi (indépendants ou salariés du secteur privé). Le reste (20%) était sans emploi.

La série de Tliji [5] note que seulement 56,4% des patients avaient un emploi, contre 43,6% sans profession.

Concernant l'étude de Carre [7], 31% était le pourcentage des patients sans emploi, 44,8% était celui des Invalidités ou perception de l'Allocation Adultes Handicapés. Le pourcentage des salariés était de 17,2%, alors que 6,9% des patients étaient des étudiants.

**Tableau VIII** : comparaison du statut professionnel dans les différentes séries.

| Auteur             | Pays / Année            | Statut professionnel           |
|--------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Tlaji [5]          | Maroc                   | Avec profession : 56,4%        |
|                    | Fès / 2014              | Sans profession : 43,6%        |
| Carre [7]          | France / 2014           | Avec profession : 17,2%        |
|                    |                         | Sans profession : 82,7%        |
| <b>Notre étude</b> | <b>Maroc</b>            | <b>Avec profession : 79,9%</b> |
|                    | <b>Marrakech / 2018</b> | <b>Sans profession : 20%</b>   |

### 1.5. Statut marital

Nous avons trouvé que 73,3% de nos patients étaient célibataires, ce qui rejoint les résultats de l'étude de Carre [7]. Celle-ci a trouvé un pourcentage des célibataires de 75,9%. 20% de nos patients étaient mariés, et 7% étaient veufs.

**Tableau IX** : comparaison du statut marital dans les différentes séries.

| Auteur             | Pays / Année            | Statut marital            |
|--------------------|-------------------------|---------------------------|
| Carre [7]          | France / 2014           | Célibataires : 75,9%      |
|                    |                         | Mariés : 6,9%             |
|                    |                         | Divorcés : 6,9%           |
|                    |                         | Concubinage : 10,3%       |
| <b>Notre étude</b> | <b>Maroc</b>            | <b>Célibataires : 73%</b> |
|                    | <b>Marrakech / 2018</b> | <b>Mariés : 20%</b>       |
|                    |                         | <b>Veufs : 7%</b>         |

## 2. Caractéristiques cliniques

### 2.1. Diagnostic

La même revue de littérature répertoriant 49 études portant sur la contention entre 1990 et 2010 montre que les patients avec un diagnostic de schizophrénie ont davantage de contentions que les patients avec un diagnostic de trouble anxieux, de trouble de la personnalité, de trouble de l'humeur ou de troubles dus à l'abus d'alcool ou à d'autres substances. Cela est mis en évidence dans 11 études sur 22, traitant de la question des caractéristiques diagnostiques. [36] Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, en montrant un pourcentage de 57% des patients souffrant de schizophrénie.

**Tableau X** : comparaison du pourcentage de schizophrénie dans les différentes séries.

| Auteur                   | Pays / Année                      | Schizophrénie |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Spinzy et al. [37]       | Israël / 2018                     | 65%           |
| Guzman-Parra et al. [38] | Espagne / 2016                    | 24,1%         |
| An et al. [39]           | Chine / 2016                      | 38,2%         |
| Tlaji [5]                | Maroc<br>Fès / 2014               | 57,7%         |
| Knutzen et al. [40]      | Norvège / 2014                    | 37,1%         |
| Carre [7]                | France / 2014                     | 72,4 %        |
| Noda et al. [41]         | Japon / 2013                      | 58,6%         |
| <b>Notre étude</b>       | <b>Maroc<br/>Marrakech / 2018</b> | <b>57%</b>    |

## 2.2. Motif de la contention

Les motifs d'utilisation des contentions les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont les conduites agressives envers autrui. [36]

Dans notre étude, le motif de contention le plus fréquent était l'agitation avec un pourcentage de 60%, suivi par l'hétéro-agressivité dans 40% des cas. Le reste des patients avaient l'auto-agressivité dans 6,6% des cas et un risque suicidaire aussi dans 6,6% des cas.

**Tableau XI** : comparaison des motifs de la contention physique dans les différentes séries.

| Auteur                   | Pays / Année                      | Motif de la contention  |
|--------------------------|-----------------------------------|---|
| Guzman-Parra et al. [38] | Espagne / 2016                    | Hétéro-agressivité : 81,82%<br>Auto-agressivité : 17,24%                                    |
| Tilji [5]                | Maroc<br>Fès / 2014               | Agitation : 84,90%<br>Hétéro-agressivité : 35%  |
| Knutzen et al. [40]      | Norvège / 2014                    | Hétéro-agressivité : 74%<br>Auto-agressivité : 18%  |
| Carre [7]                | France / 2014                     | Agitation : 13,8%<br>Hétéro-agressivité : 27,6%<br>Auto-agressivité : 3,4%                  |
| Noda et al. [41]         | Japon / 2013                      | Hétéro-agressivité : 37,9%<br>Auto-agressivité : 18,2%                                      |
| <b>Notre étude</b>       | <b>Maroc<br/>Marrakech / 2018</b> | <b>Agitation : 60%</b><br><b>Hétéro-agressivité : 40%</b><br><b>Auto-agressivité : 6,6%</b> |

### 3. Déroulement de la contention

#### 3.1. Mode d'hospitalisation

Notre étude montre que seulement 3% de nos malades ont été hospitalisés avec consentement, le reste était hospitalisé à la demande d'un tiers dans 64% des cas, ou bien après un placement judiciaire dans 33% des cas.

Nos résultats sont proches de ceux de Carre [7]. Dans son étude, les hospitalisations avec consentement présentaient 10,3%.

#### 3.2. Demande de la contention

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de la série de Guzman-Parra et al [38]. Chez nous, 7% des patients ont été demandeurs de la contention, tandis que l'étude de Guzman-Parra et al a trouvé un pourcentage de 2,82% des malades qui ont demandé de se faire contenir.

Dans la série de Tlji [5], 1,7% était le pourcentage des patients demandeurs de la contention physique.

**Tableau XII** : comparaison du pourcentage des patients demandeurs de la contention dans les différentes séries.

| Auteur                   | Pays / 2014                             | Demandeurs de la contention |
|--------------------------|---|-----------------------------|
| Guzman-Parra et al. [38] | Espagne / 2016                          | 2,82%                       |
| Tlji [5]                 | France / 2014                           | 1,7%                        |
| <b>Notre étude</b>       | <b>Maroc</b><br><b>Marrakech / 2018</b> | <b>7%</b>                   |

#### 3.3. Type de chambre

Nous avons trouvé que 63% de nos patients ont été contenus dans une chambre d'isolement, contre 37% d'entre eux ayant eu la contention physique dans une chambre normale.

Dans l'étude de Carre [7], un pourcentage proche du nôtre a été trouvé : 72% dans la chambre d'isolement versus 28% dans une chambre normale.

### 3.4. Durée de la contention

Une revue de la littérature réalisée en Allemagne en 2010 [42], constate une importante variation des données concernant la durée des mesures de contention :

Il est constaté des durées de contention faibles en Finlande : 11,1 h; Allemagne : 9,8 h; Norvège : 7,9 h. Les durées sont plus longues au Japon : 68 h; Suisse : 41,6 h et Pays-Bas : 1182 h.

Dans l'étude française réalisée par M.J. Guedj dans un service d'urgences psychiatriques [48], la durée des contentions était de 120 minutes en moyenne.

L'étude de Carre [7] révèle une durée moyenne de la contention de 69,5 h, avec des extrêmes d'une demi-heure à 30 jours. Tandis que notre étude retrouve une durée moyenne de 21,7 h, avec des extrêmes allant d'une heure à 90 h.

**Tableau XIII** : comparaison de la durée de contention dans les différentes séries.

| Auteur                    | Pays / Année        | Durée de la contention |
|---------------------------|---------------------|------------------------|
| Carre [7]                 | France / 2014       | 69,5 h                 |
| Keski-Valkama et al. [43] | Finlande / 2007     | 11,1 h                 |
| Steinert et al. [44]      | Allemagne / 2007    | 9,8 h                  |
| Pedersen et al. [45]      | Norvège / 2007      | 7,9 h                  |
| Martin et al. [46]        | Suisse / 2007       | 41,6 h                 |
| Abmat et al. [47]         | Pays-Bas / 2005     | 1182 h                 |
| Guedj et al. [48]         | France / 2004       | 2 h                    |
| Hatta et al. [49]         | Japon / 2003        | 68 h                   |
| <b>Notre étude</b>        | <b>Maroc / 2018</b> | <b>21,7 h</b>          |

### 3.5. Délai de la contention

Dans l'étude de Carre [7], l'expérience de contention décrite par les patients datait de deux jours à 20 ans auparavant. La moyenne était de 730 jours, soit environ deux années.

Dans notre étude, la moyenne était de 78,7 jours, avec un minimum d'un jour et un maximum de 2 ans.

### **3.6. Antécédent et témoignage de la contention**

L'étude de Carre [7] trouve un pourcentage de 48,2% de patients ayant des ATCD de contention physique. En revanche, 31% des patients étaient témoins de la contention d'un autre patient.

Les pourcentages dans notre étude sont encore plus élevés par rapport à l'étude précédente : 70% des patients avaient des ATCD de contention physique, et 90% d'entre eux avaient témoigné la contention des autres malades.

### **3.7. Administration des médicaments au cours de la contention**

Nous avons trouvé que 57% des patients avaient reçu des médicaments sédatifs au cours de la contentions physique, dont 33% par voie IM.

Dans l'étude de Carre [7], 75,8% des patients estimaient qu'on leur avait donné beaucoup de médicaments pendant la contention. 58,6% d'entre eux, celui-ci avait été administré par voie IM.

**Tableau XIV :** comparaison du pourcentage des patients ayant reçu des sédatifs au cours de la contention.

| Auteur             | Pays / Année        | Pourcentage                              |
|--------------------|---------------------|--|
| Carre [7]          | France / 2014       | Sédatifs : 75,8%<br>IM : 58,6%           |
| <b>Notre étude</b> | <b>Maroc / 2018</b> | <b>Sédatifs : 57%</b><br><b>IM : 33%</b> |

## 4. Ressentis au cours de la contention

### 4.1. Ressentis négatifs

Dans notre étude, les émotions les plus évoquées par les patients dans la situation de contention physique sont dans la grande majorité des émotions négatives : colère, haine, peur et angoisse, tristesse. Ce qui rejoint les données de la littérature.

**Tableau XV** : comparaison des ressentis négatifs au cours de la contention dans les différentes séries.

| Les ressentis      | Les auteurs          |             |              |              |
|--------------------|----------------------|-------------|--------------|--------------|
|                    | Spinzy et al<br>[37] | Tlji<br>[5] | Carre<br>[7] | Notre étude  |
| Tristesse          | –                    | 73,3%       | –            | <b>60%</b>   |
| Colère             | –                    | –           | 17,2%        | <b>36,6%</b> |
| Peur               | –                    | 61%         | –            | <b>40%</b>   |
| Angoisse           | –                    | –           | –            | <b>36,6%</b> |
| Injustice          | –                    | –           | –            | <b>16,6%</b> |
| Humiliation        | 78,5%                | –           | –            | <b>16,6%</b> |
| Enfer              | –                    | 2%          | –            | <b>3,3%</b>  |
| Suffocation        | –                    | –           | 24,1%        | <b>3,3%</b>  |
| Solitude           | 77,5%                | 58,5%       | 27,6%        | <b>73%</b>   |
| Perte d'autonomie  | 82,5%                | –           | 41,4%        | <b>36,6%</b> |
| Incapacité motrice | –                    | 81%         | –            | <b>83,3%</b> |
| Incompréhension    | –                    | 32%         | 3,4%         | –            |
| Impuissance        | 74,6%                | –           | 86,2%        | <b>90%</b>   |

#### 4.2. Ressentis positifs

Dans l'étude de Carre [7], des ressentis positifs en lien avec la contention physique ont été exprimés dans 31% des cas. Ceux-ci représentent 43% dans notre étude.

Le tableau suivant, montre les pourcentages de chaque ressenti positif au cours de la contention, en comparaison avec l'étude de Carre.

**Tableau XVI** : comparaison des ressentis positifs au cours de la contention avec l'étude de Carre.

|                    | Les ressentis        |              |              |             |             |
|--------------------|----------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Les auteurs        | Légitimité de l'acte | Soin         | Protection   | Aide        | Calme       |
| Carre              | 10,3%                | -            | -            | -           | 17,2%       |
| <b>Notre étude</b> | <b>33,3%</b>         | <b>26,6%</b> | <b>13,3%</b> | <b>6,6%</b> | <b>3,3%</b> |

#### 4.3. Perceptions physiques désagréables

Nous avons trouvé que 73% des patients ont évoqué des perceptions physiques désagréables, ce pourcentage est très proche de celui trouvé dans l'étude de Carre [7] : 72,4%.

Les perceptions physiques rapportées par les patients ont été principalement des difficultés de sommeil et des douleurs. Le tableau suivant compare nos résultats à ceux de l'étude de Carre.

**Tableau XVII** : comparaison des perceptions physiques désagréables au cours de la contention avec l'étude de Carre.

|                    | Les perceptions physiques désagréables |                        |             |              |              |             |             |
|--------------------|--|------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Les auteurs        | Douleur                                | Difficultés de sommeil | Chaud       | Froid        | Soif         | Faim        | Malaise     |
| Carre              | 20,7%                                  | 24,1%                  | 3,4%        | 7%           | 7%           | -           | 3,4%        |
| <b>Notre étude</b> | <b>63,3%</b>                           | <b>23,3%</b>           | <b>3,3%</b> | <b>16,6%</b> | <b>16,6%</b> | <b>3,3%</b> | <b>3,3%</b> |

## 5. Relation avec le personnel soignant

### 5.1. Vécu négatif

Notre étude indique que 43% des patients ont évoqué des perceptions négatives du comportement des soignants, et que 33% ont ressenti des émotions négatives envers eux.

En comparaison, dans l'étude de Carre [7], 37,9% des patients ont rapporté des émotions négatives envers le personnel soignant.

Le tableau suivant résume le vécu négatif des malades en rapport avec les soignants, en comparant nos résultats à ceux de deux séries.

**Tableau XVIII** : comparaison du vécu négatif avec les soignants dans les différentes séries.

| Le vécu négatif    | Les auteurs |       |              |
|--------------------|-------------|-------|--------------|
|                    | Tlji        | Carre | Notre étude  |
| Domination         | –           | 27,6% | <b>20%</b>   |
| Humiliation        | –           | 34,5% | <b>23,3%</b> |
| Punition           | –           | 24,1% | <b>6,6%</b>  |
| Violence           | 24%         | 24,1% | <b>23,3%</b> |
| Abandon            | –           | 31%   | –            |
| Non humanité       | –           | 38%   | –            |
| Haine              | 18%         | 34,5% | <b>20%</b>   |
| Perte de confiance | 28%         | 3,4%  | <b>20%</b>   |

## 5.2. Vécu positif

Etonnamment, dans notre étude, beaucoup de patients ont évoqué des perceptions positives du comportement des soignants et ont ressenti des émotions positives envers eux. Les pourcentages étaient respectivement 77% et 73%.

Dans l'étude de Tliji [5] également, 60% des patients ont gardé une bonne relation avec l'équipe soignante.

En revanche, l'étude de Carre [7] révèle des pourcentages plus faibles : 38% des patients évoquant des perceptions positives du comportement des soignants, et 17,2% ont ressenti des émotions positives.

## 6. Vécu traumatique des patients par rapport à la contention physique

### 6.1. Résultats de l'échelle PCLS

Le score PCLS moyen dans notre étude était de 24,2 avec des extrêmes allant de 17 à 52 ; ce résultat s'approche relativement de celui de la série de Carre [7], qui indique un score moyen de 31,8 avec des extrêmes s'étendant de 17 à 60.

**Tableau XIX :** comparaison de la moyenne du score PCLS avec l'étude de Carre.

| Auteur             | Pays / Année        | Moyenne PCLS |
|--------------------|---------------------|--------------|
| Carre              | France / 2014       | 31,8         |
| <b>Notre étude</b> | <b>Maroc / 2018</b> | <b>24,2</b>  |

Dans notre étude, seulement 7% des patients ont présenté un score PCLS > 44, compatible avec un ESPT, contrairement à l'étude de Carre, où ce pourcentage est encore élevé : 24,1%.

**Tableau XX :** comparaison du pourcentage des patients ayant fait un ESPT après la contention.

| Auteur             | Pays / Année        | ESPT      |
|--------------------|---------------------|-----------|
| Carre              | France / 2014       | 24,1%     |
| <b>Notre étude</b> | <b>Maroc / 2018</b> | <b>7%</b> |

## 7. Récapitulatif

Une étude faite au Royaume-Uni [51], rapporte une exploration des preuves disponibles concernant l'impact physique et psychologique de la contention. Cette étude a permis de dégager plusieurs ressentis en rapport avec la contention physique.

Le tableau suivant résume tous ces ressentis, en plus de ceux cités précédemment, y compris nos résultats.

**Tableau XXI** : comparaison des ressentis au cours de la contention des différentes séries.

| Auteur             | Pays / Année       | Ressentis   |
|--------------------|--------------------|---|
| Spinzy et al [37]  | Israël / 2018      | Solitude<br>Humiliation<br>Perte d'autonomie<br>Impuissance<br>Se sentir ignoré<br>L'expérience la plus pénible |
| Wilson et al [51]  | Royaume-Uni / 2017 | Peur<br>Violence<br>Déshumanisation<br>Détresse   |
| Brophy et al [52]  | Australie / 2016   | Traumatisme / revivre un traumatisme ancien<br>Des conditions inhumaines<br>Peur<br>Domination<br>Violence      |
| Knowles et al [53] | Royaume-Uni / 2015 | Violence<br>Déshumanisation<br>Traumatisme / traumatisme  |

|                     |                     |   |
|---------------------|---------------------|---|
| Carre [7]           | France / 2014       | <p>Domination</p> <p>Non humanité</p> <p>Violence</p> <p>Abandon</p> <p>Punition</p> <p>Humiliation</p> <p>Colère</p> <p>Solitude</p> <p>Impuissance</p>                                  |
| Haw et al [54]      | Royaume-Uni / 2011  | <p>Se sentir ignoré</p> <p>Détresse</p> <p>Déshumanisation</p> <p>Violence</p>  |
| Steinert et al [55] | Allemagne / 2007    | <p>Traumatisme / revivre un traumatisme ancien</p>  |
| Wynn [56]           | Norvège / 2004      | <p>Traumatisme / revivre un traumatisme ancien</p> <p>Détresse</p> <p>Peur</p> <p>Domination</p> <p>Calme</p>   |
| <b>Notre étude</b>  | <b>Maroc / 2018</b> | <p><b>Tristesse</b></p> <p><b>Injustice</b></p> <p><b>Humiliation</b></p> <p><b>Peur</b></p> <p><b>Colère</b></p> <p><b>Angoisse</b></p> <p><b>Impuissance</b></p> <p><b>Solitude</b></p> |

## **IX. Les limites de l'étude**

Nous avons mené une étude qui a pour but d'étudier le vécu des patients en postériori de la contention mécanique, en se focalisant sur la description de leurs ressentis.

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail :

- Notre étude est transversale portant sur la collecte des données lors d'un entretien selon un questionnaire conçu à cet effet. Cela nous a exposés à des biais en matière de recueil d'informations : les motifs et les durées de contention ne sont pas mentionnés ni sur les dossiers des malades ni sur le registre de contention, ce qui fait que ces données étaient une simple estimation des malades.
- Nous nous sommes limités à une étude descriptive, ceci nous a semblé important en premier temps, vu que l'étude est faite pour la première fois au Maroc.
- Le manque de statistiques dans notre pays, mais aussi la rareté des travaux dans le monde, rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature difficile.



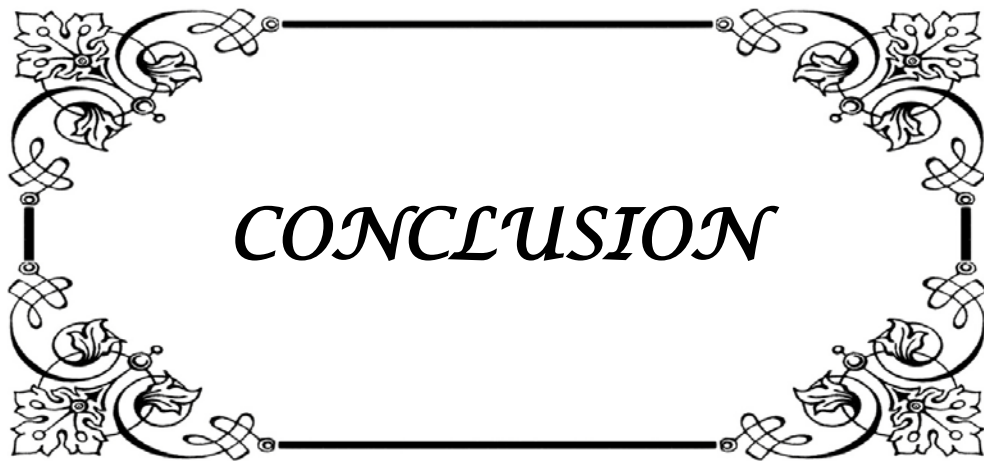
D'après les résultats de notre étude, ainsi que les données de la littérature, on constate que la contention physique a un impact aussi bien psychologique que physique, majoritairement négatif sur les malades qui ont en fait l'expérience.

La contention physique qui est considérée comme une mesure de protection mais aussi de soin, peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale des malades ; chez certains, elle représente un traumatisme psychologique important voire un ESPT.

Ceci peut donc être contre-productif et mener à un échec du processus thérapeutique, chose qui expose à des séjours plus longs à l'hôpital, à des taux de rémission réduits et à une mauvaise observance thérapeutique.

Au terme de ce travail, certaines suggestions peuvent être émises :

- L'activation et l'actualisation du projet de loi n° 71-13 relative à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles ; permettant une réglementation de cette pratique courante.
- La nécessité de lutter contre le manque du personnel dans les hôpitaux psychiatriques afin d'éviter l'utilisation excessive de la contention physique.
- L'utilisation brève et exceptionnelle de la contention physique, pour une indication bien précise.
- La nécessité de poser l'indication au cas par cas par le psychiatre et de ne pas laisser le choix à l'infirmier.
- La création d'une fiche de surveillance pour chaque malade mis sous contention, avec le motif de la contention et l'heure de la décision mentionnés, signée par le psychiatre.
- La réévaluation de l'état clinique du malade et le renouvellement de la décision et de la fiche de prescription dans les 6 heures.
- La saisie de toutes les données de la contention, notamment le motif, la durée et les ATCD dans un registre propre à la contention.



*CONCLUSION*

La contention physique est une pratique de la psychiatrie de tous les jours ; certes, elle représente un outil indispensable pour la prise en charge des malades agités, mais elle est aussi considérée, comme étant un soin en elle-même par quelques auteurs, notamment Avicenne en monde Musulman et Philippe Pinel en Europe.

Bien que la contention ait ses indications et ses bénéfices, elle a aussi des conséquences négatives sur la santé des malades mentaux ; ainsi, de nombreuses études ont démontré que l'utilisation de la contention physique entraîne des effets indésirables d'ordre psychique et somatique pouvant aller jusqu'au décès. Dans ce sens, notre étude vient confirmer les données de la littérature, en montrant un vécu globalement négatif des patients qui ont été soumis à la contention physique.

Dans un but d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins, et de veiller au respect des droits fondamentaux des patients ; la contention physique doit être une mesure temporaire et exceptionnelle. Son application doit se faire dans la dignité et la sécurité et doit faire l'objet d'un encadrement et d'une supervision attentive.



*RÉSUMÉS*

## Résumé

La contention physique est une pratique utilisée très souvent en psychiatrie, pour contrôler les malades agités et violents, dans un but d'assurer une protection du patient et d'autrui, après échec des mesures alternatives de prise en charge.

Notre étude descriptive transversale à propos de 30 patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU MOHAMED VI de Marrakech, qui ont été soumis à la contention physique, sur une durée de 6 mois ; avait comme objectif de décrire les ressentis et le vécu de ces patients en rapport avec cette expérience, et de déterminer les symptômes en lien avec celle-ci.

Une fiche d'exploitation préétablie a permis l'étude des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, le déroulement de la contention physique, les ressentis au cours de celle-ci, les émotions envers les soignants et le vécu traumatique après sa levée.

L'analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants : une prédominance masculine de 80%, la tranche d'âge la plus fréquente était entre 31 et 40 ans. 57% des patients étaient suivis pour schizophrénie, et le motif de contention le plus fréquent était l'agitation dans 60% des cas.

Nous avons trouvé que les patients ont eu essentiellement des ressentis négatifs durant la période de la contention, à type d'impuissance dans 90% des cas, de solitude dans 73% des cas, de tristesse dans 60% des cas, de peur dans 40% des cas, d'angoisse dans 36,6% des cas, de colère dans 36,6% des cas, d'humiliation dans 16,6% des cas et d'injustice dans 16,6% des cas.

Nous avons également mis en évidence des perceptions physiques désagréables pendant la contention, à type de douleur dans 63,3% des cas, de difficultés de sommeil dans 23,3% des cas, de froid dans 16,6% des cas, et de soif dans 16,6% des cas.

Notre analyse du vécu traumatique des patients après l'expérience de la contention, à travers l'échelle PCLS, a mis en évidence un pourcentage faible (7%) de patients ayant un score compatible avec l'ESPT. Ceci indique un effet moins traumatisant de la contention dans notre population par rapport à la population occidentale.

## Abstract

Physical restraint is used very often in psychiatry, as a means to control agitated and violent patients, in order to provide protection for the patient and others, after failure of alternative measures .

Our cross-sectional descriptive study of 30 patients hospitalized in the psychiatry department of the university hospital MOHAMED VI in Marrakech, who have undergone physical restraint, over a period of 6 months; intended to describe the feelings and experiences of these patients in relation to physical restraint, and to determine the symptoms related to it.

A pre-established questionnaire allowed the study of the socio-demographic and clinical characteristics of the patients, the course of the physical restraint, the feelings related to it, the emotions towards the caregivers and the traumatic experience afterwards.

The analysis of the results revealed the following: a male predominance at 80%, the most frequent age group was between 31 and 40 years old. 57% of patients were diagnosed with schizophrenia, and the most common reason for restraint was agitation at 60%.

We found that patients had mainly negative feelings during the period of restraint, with helplessness at 90%, loneliness at 73%, sadness at 60%, fear at 40%, anxiety at 36.6%, anger at 36.6%, humiliation at 16, 6% and injustice at 16.6%.

We also found unpleasant physical perceptions during restraint, with pain at 63.3%, sleep difficulties at 23.3%, cold at 16.6%, and thirst at 16.6%.

On the other hand , the analysis of the traumatic experience of patients after the physical restraint, through the PCLS scale, revealed a low percentage (7%) of patients with a score compatible with PTSD. This indicates a less traumatic effect of restraint in our population compared to the Western world.

## ملخص

يتم استخدام التقييد الجسدي في كثير من الأحيان في مصالحي الأمراض النفسية و العقلية ، كوسيلة للسيطرة على المرضى المهتاجين والعنفين، من أجل توفير الحماية للمريض و للآخرين، بعد فشل التدابير البديلة

قمنا بدراسة وصفية مستعرضة ل 30 مريضاً خضعوا للتقييد الجسدي في قسم الأمراض النفسية و العقلية في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش ، على مدى 6 أشهر. بهدف وصف مشاعر هؤلاء المرضى أثناء هذه التجربة، وتحديد الأعراض المرتبطة بها

عن طريق استبيان، قمنا بدراسة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريية للمرضى ، مسار التقييد الجسدي ، المشاعر المتعلقة به ، المشاعر تجاه العاملين بالمستشفى و كذا التجارب المؤلمة الناتجة عنه

كشفت النتائج على ما يلي: غلبة الذكور بنسبة 80 % ، الفئة العمرية الأكثر شيوعاً هي ما بين 31 و 40 سنة، 57 % من المرضى كانوا يعانون من الفصام ، وكان السبب الأكثر شيوعاً للتقييد الجسدي هو الاهتياج في 60 % من الحالات

وجدنا أن المرضى كانت لديهم بشكل أساسي مشاعر سلبية خلال فترة التقييد ، مع وجود عجز في 90% من الحالات ، شعور بالوحدة في 73% من الحالات ، حزن في 60% من الحالات ، خوف في 40 % من الحالات ، قلق في 36.6% من الحالات ، غضب في 36.6% من الحالات ، ذل في 16.6% من الحالات وظلم في 16.6% من الحالات

كما وجدنا أيضاً أحاسيس جسدية لدى المرضى أثناء التقييد الجسدي مع وجود ألم في 63.3% من الحالات، صعوبة في النوم في 23.3% من الحالات، برد في 16.6% من الحالات و عطش في 16.6% من الحالات

أظهر تحليلنا للتجارب المؤلمة للمرضى بعد التقييد الجسدي من خلال مقياس ، نسبة مئوية منخفضة (7%) من المرضى الذين لديهم درجة متوافقة مع اضطراب ما بعد الصدمة. هذا يشير إلى أن تأثير التقييد الجسدي عندنا أقل إبلاماً مقارنة مع الغربيين



*ANNEXES*

## Annexe 1 :

### Fiche d'exploitation

#### I- Données cliniques

Diagnostic : .....

#### II- Données sociodémographiques :

##### Age :

<18 ans

19-30 ans

31-40 ans

41-50 ans

51-60 ans

>61 ans

##### Sexe :

Masculin

Féminin

##### Niveau d'éducation :

Analphabète

Primaire

Secondaire (sans BAC)

Secondaire (avec Bac)

Diplôme universitaire

##### Statut professionnel :

Au chômage

Indépendant

Salarié du secteur public

Salarié du secteur privé

Retraité

##### Statut marital :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

##### Mode d'hospitalisation :

A la demande d'un tiers

Placement judiciaire

Hospitalisation libre

#### III- Avant la contention mécanique :

##### 1) Motif de la contention :

Agressivité envers les soignants

Auto agressivité

Risque de fugue

Etat d'agitation

Refus de traitement

Risque suicidaire

Autre : .....

##### 2) Circonstances de la contention :

Ambulance

Urgences

Admission

Service hospitalier

Autre : .....

#### IV- Déroulement de la contention mécanique

1) Vous a-t-on expliqué les raisons de cette contention mécanique ?

Oui  Non

2) Si oui : l'avez-vous comprise ?

Oui  Non

3) Vous avez été convaincu ?

Oui  Non

4) Avez-vous pu discuter cette décision avec un médecin ?

Oui  Non

5) Selon vous la décision a été prise par qui ?

Médecin  Infirmier  Famille  Police

Autre : .....

6) Avez-vous été demandeur de mise en contention ?

Oui  Non

7) Combien de temps a duré la contention mécanique ?

.....heurs

8) La contention mécanique a été mise en place Il y a combien du temps ?

.....jours

9) Dans quel type de chambre ?

Chambre d'isolement  Chambre normale  Autre : .....

10) Avez-vous déjà été contenu mécaniquement auparavant ?

Oui  Non

11) Avez-vous déjà été témoin de la mise en place de contentions mécaniques pour un autre patient ?

Oui  Non

12) Vous a-t-on donné beaucoup de médicaments pour vous faire dormir lors des contentions mécaniques ?

Oui  Non

13) Avez-vous reçu le traitement par voie intramusculaire ?

Oui  Non

## V- Ressentis des patients à propos de la contention mécanique

1) Quelles étaient vos émotions/pensées lors de la mise en contention ?

Colère  Peur  Angoisse  Tristesse

Autre : .....

2) Avez-vous eu des ressentis positifs lors de la contention ?

Oui  Non

3) Si oui, lesquels ?

Calme  Protection  Soin  Aide

Apaisement  Légitimité de l'acte

Autre : .....

4) Avez-vous pensé que la contention était supportable ?

Oui  Non

5) Vous êtes-vous senti Impuissant ?

Oui  Non

6) Si oui, comment ?

Incapacité motrice  Perte d'autonomie

Autre : .....

7) Vous êtes-vous senti seul ?

Oui  Non

8) Avez-vous eu des perceptions physiques désagréables ?

Oui  Non

9) Si oui, lesquelles ?

Froid  Chaud  Soif  Faim

Douleur  Malaise  Difficultés de sommeil

Autre : .....

10) Avez-vous eu des perceptions positives du comportement des soignants ?

Oui  Non

11) Si oui, lesquelles ?

Compétence  Gentillesse  Humanité

Autre : .....

12) Avez-vous eu des perceptions négatives du comportement des soignants ?

Oui  Non

13) Si oui, lesquelles ?

Domination  Humiliation  Punition

Rejet  Abandon  Violence

Autre : .....

14) Avez-vous eu des pensées/émotions positives envers les soignants ?

Oui  Non

15) Si oui, lesquelles ?

Confiance  Reconnaissance

Autre : .....

16) Avez-vous eu des pensées/émotions négatives envers les soignants ?

Oui  Non

17) Si oui, lesquelles ?

Haine  Mépris  Perte de confiance

Autre : .....

## VI- Vécu traumatique par rapport à la contention

|  | Pas du tout | Un peu | Parfois | Souvent | Très souvent |
|--|-------------|--------|---------|---------|--------------|
| 1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).                                   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant. | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.                          | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 15. Avoir des difficultés à vous concentrer.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |

Score total | \_ | \_ | \_ | \_ |

1) Score PCLS : .....

2) Avez-vous pu parler de votre vécu traumatique à un médecin après la fin de la contention ?

Oui  Non

3) Si non, pourquoi :

.....

4) Avez-vous pu parler de votre vécu traumatique à un médecin après la sortie ?

Oui  Non

5) Si non, pourquoi :

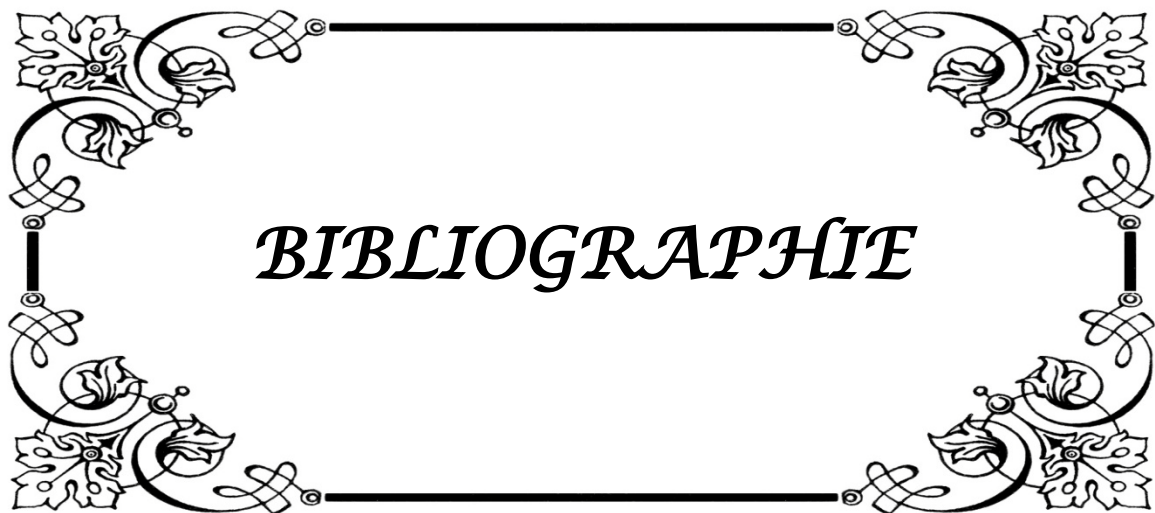
.....

## Annexe 2 :

### Echelle PCLS

|  | Pas du tout | Un peu | Parfois | Souvent | Très souvent |
|--|-------------|--------|---------|---------|--------------|
| 1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).                                   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant. | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.                          | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.  | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 15. Avoir des difficultés à vous concentrer.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |
| 17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.   | 1           | 2      | 3       | 4       | 5            |

Score total | \_ | \_ | \_ |



***BIBLIOGRAPHIE***

**1. Dubreug J.**

La contrainte, un outil de soins en psychiatrie ?

Thèse de médecine. Faculté de médecine de Grenoble. 2012.

**2. Haute Autorité de Santé.**

Recommandation de bonne pratique : Isolement et contention en psychiatrie générale. Février 2017.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement\\_et\\_contention\\_en\\_psychiatrie\\_generale\\_-\\_recommandations\\_2017-03-13\\_10-13-59\\_378.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf)

**3. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH.**

Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. International Physical Restraint Workgroup.

J Am Geriatr Soc. 2016; 64(11):2307-2310.

**4. Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes JP.**

Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie.

Rapport du CPNLF. Média Flash. Paris. 2000.

**5. Tliji A.**

Vécu des malades mentaux au sein de la chambre d'isolement (A propos de 120 cas).

Mémoire de médecine. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès. 2014.

**6. Caelius Aurelianus.**

Maladies aiguës, maladies chroniques.

Drabkin IE. Chicago U.P. 1950.

**7. Carre R.**

Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients.

Thèse de médecine. Facultés de médecine de Toulouse. 2014.

**8. Celse.**

De medicina.

trad Spencer WG. 3 vol. Loeb Classical Library. 1961.

**9. Friard D.**

« Attacher n'est pas contenir ».

In Santé mentale. 2004, n°86, Contenir... Paris : Acte presse. Pages 16–28.

**10. Ammar S.**

Histoire de la psychiatrie Maghrébine.

In Manuel de psychiatrie du praticien maghrébin. Paris : Masson. 1987.

**11. Pinel P.**

Mémoire sur la manie pour servir à l'histoire naturelle de l'homme.

1794 dans L'aliénation mentale ou la manie. L'Harmattan. Paris. 2006.

**12. Pinel P.**

Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie.

Paris. Caille et Ravier. 1800. rééd L'Harmattan. 2006.

**13. Quézel C.**

Histoire de la Folie.

Paris. Tallandier. 2009.

**14. Société francophone de médecine d'urgence.**

9ème conférence de consensus : agitation en urgence (Petit enfant excepté).

Décembre 2002.

[http://www.sfmou.org/upload/consensus/cc\\_agitation\\_long.pdf](http://www.sfmou.org/upload/consensus/cc_agitation_long.pdf)

**15. Sailas E, Fenton M.**

Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses.

Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001163.

- 16. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al.**  
A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments.  
Worldviews Evid-Based Nurs Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs. 2006;3(1):8-18.
- 17. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E.**  
Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial.  
Psychiatry Res. 2013;205(1-2):48-53.
- 18. Ishida T, Katagiri T, Uchida H, Takeuchi H, Sakurai H, Watanabe K, et al.**  
Incidence of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients.  
Psychosomatics. 2014;55(1):69-75.
- 19. Weiss EM, et al.**  
Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report.  
Hartford Courant 1998;11-15.
- 20. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W.**  
Deaths due to physical restraint.  
Dtsch Arztebl Int. 2012;109(3):27-32.
- 21. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L.**  
Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study.  
Crit Care Lond Engl. 2009;13(3):R77.
- 22. Greenland P, Southwick WH.**  
Hyperthermia associated with chlorpromazine and full-sheet restraint.  
Am J Psychiatry. 1978;135(10):1234-1235.
- 23. Moylan LB, Cullinan M.**  
Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain.  
J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18(6):526-534.

**24. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T.**

Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature.

Psychiatr Q. 2013;84(4):499–512.

**25. Snorrason J, Grímsdóttir GU, Sigurdsson JF.**

[Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali–University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff].

Læknablaðið. 2007;93(12):833–839.

**26. Loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985.**

**27. Article 118–1 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux.**

**28. *Projet de loi n° 71–13 relative à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles.***

<http://www.sgg.gov.ma>

**29. Collectif.**

Le Petit Larousse 2015. Paris: Larousse; 2014. 2048 p.

**30. Association médicale mondiale.**

Manuel d'éthique médicale 2<sup>ème</sup> édition.

<http://www.espace-ethique-poitoucharentes.org>

**31. Weber, M.**

Le savant et le politique.

Préface, traduction et notes de Catherine Colliot-Thélène. La Découverte, 2003.

**32. Touzet, P.**

« Pour une éthique de la contention ».

In Santé mentale. Mars 2004, n°86, Conténir... Paris : Acte presse. Pages 54–56.

**33. Nathalie F. Jean–Jacques Wunenburger.**

Questions d'éthique.

Rev Philos Louvain. 1994;92(4):624–626.

**34. Beauchamp TL, Childress JF.**

Principles of Biomedical Ethics.

Édition : 6. New York: OUP USA; 2008. 432 p.

**35. Petrini C.**

Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry.

Ann Dell'Istituto Super Sanità. 2013;49(3):281–285.

**36. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM.**

Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review.

Riv Psichiatr. 2013;48(1):10–22.

**37. Spinzy Y, Maree S, Segev A, Cohen–Rappaport G.**

Listening to the Patient Perspective: Psychiatric Inpatients' Attitudes Towards Physical Restraint.

Psychiatr Q. 2018.

**38. Guzman–Parra J, Guzik J, Garcia–Sanchez JA, Pino–Benitez I, Aguilera–Serrano C, Mayoral–Cleries F.**

Characteristics of psychiatric hospitalizations with multiple mechanical restraint episodes versus hospitalization with a single mechanical restraint episode.

Psychiatry Res. 2016;244:210–3.

**39. An FR, Sha S, Zhang QE, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HF, Wu PP, Jin X, Zhou JS, Tang YL, Xiang YT.**

Physical restraint for psychiatric patients and its associations with clinical characteristics and the National Mental Health Law in China.

Psychiatry Res. 2016;241:154–8.

- 40. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, Sandvik L, Friis S.**  
Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards.  
Psychiatry Res. 2014;215(1):127–33.
- 41. Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, Kontio R, Joffe G.**  
Influence of patient characteristics on duration of seclusion/ restrain in acute psychiatric settings in Japan.  
Psychiatry Clin Neurosci. 2013;67(6):405–11.
- 42. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al.**  
Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends.  
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(9):889–897.
- 43. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R.**  
A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint.  
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(9):747–752.
- 44. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, et al.**  
Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics.  
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(2):140–145.
- 45. Pedersen PB, Hatling T, Røhme K.**  
Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons—og avdelingsforskjeller? SINTEF Helse rapport A686 (Norwegian)  
Soc Psychiat Epidemiol. 2007;45:889–897.
- 46. Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R, Steinert T.**  
[The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland].  
Psychiatr Prax. 2007;34 Suppl 2:S212–217.

**47. Abma T, Widdershoven G, Lendemeijer B.**

Restraint in psychiatric hospitals. The quality of interventions restricting patient's freedom.

Lemma (Dutch), Utrecht. 2005

**48. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D.**

[The practice of restraint in a psychiatric emergency unit].

L'Encéphale. 2004;30(1):32–39.

**49. Hatta K, Nogi W, Igarashi Y, Kon H, Sawa Y, Seki K, et al.**

[The review of seclusion and restraint in psychiatric practice].

Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003;105(2):252–273.

**50. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J.**

An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings.

Int J Ment Health Nurs. 2018;27(3):1162–1176.

**51. Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M.**

Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint.

Int J Ment Health Nurs. 2017;26(5):500–512.

**52. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM.**

Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups.

Int J Ment Health Syst. 2016;10:6.

**53. Knowles SF, Hearne J, Smith I.**

Physical restraint and the therapeutic relationship.

Forensic Journal of Psychiatry and Psychology. 2015;26(4),461–475.

**54. Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I.**

Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences.

The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2011;22(4),564-585.

**55. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP.**

Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biological correlates.

Journal of Nervous & Mental Disease. 2007;27(6),492-496.

**56. Wynn R.**

Psychiatric inpatients' experiences with restraint.

Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2004;15(1),124-144.

# قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 122

سنة 2018

# التقييد الجسدي: مقارنة أخلاقية، تشريعية و تجربة المرضى

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/06/05

من طرف

الآنسة **شيماء صبار**

المزداة في 04 يونيو 1992 بمكناس

لنيل شهادة الدكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية :

اضطراب نفسي - التقييد الجسدي - أخلاق - قانون - تأثير نفسي

اللجنة

الرئيس

المشرفة

الحكام

السيد **س. أيت بنعلي**

أستاذ في جراحة المخ و الدماغ

السيدة **ف. منودي**

أستاذة في الطب النفسي

السيدة **ف. عصري**

أستاذة في الطب النفسي

السيد **ع. بنعلي**

أستاذ في الطب النفسي

السيدة **إ. عدلي**

أستاذة في الطب النفسي

