

**DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER**

**Session d'avril 2008 – Soutenance le 09 avril 2008**

**Travail de fin d'études écrit et personnel**

---

# **L**a **C**ontention

# **DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER**

**Session d'avril 2008**

**Travail de fin d'études écrit et personnel**

---

## **La Contention**

**Stéphane Dupuis**

**Promotion février 2005-2008**

---

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
du Centre Hospitalier des Oudairies.

Institut de Formation aux Professions de  
Santé.

La Roche sur Yon

Je remercie toutes les personnes qui ont  
eu la patience de m'aider et de relire ce  
travail.

## Sommaire :

Sommaire :.....	3
Introduction.....	5
I. Questionnement.....	8
1- Situations d'appel.....	8
2- Questionnement initial.....	9
3- Premières approches.....	10
4- Question de départ.....	13
II- Le soin.....	15
1- Définition du soin et du prendre soin de.....	15
2- La dynamique de groupe.....	17
III- Les savoirs, les valeurs et les connaissances.....	19
1- L'humanité.....	19
2- Connaissances à priori.....	21
IV- Synthèse.....	24
Conclusion.....	27
-Bibliographie et sources.....	28

# **Introduction**

## Introduction

J'ai choisi d'aborder dans ce mémoire la problématique de la contention physique passive en milieu hospitalier.

Afin de rendre lisible et compréhensible la suite de ce travail, je pense qu'il est important de préciser de suite une définition.

*« La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »<sup>1</sup>*

Les moyens pour contenir une personne sont nombreux, je n'en cite ici que quelques uns à titre d'illustration: les barrières de lit, un adaptable posé devant la chaise, un drap noué, des fauteuils inclinés vers l'arrière.

Il est possible par exemple, d'établir un profil de la personne qui est susceptible d'être contenue: un âge élevé, présentant une désorientation et une dépendance fonctionnelle. A cela il convient d'ajouter un risque de chute identifié par le soignant. A titre d'illustration, en service de court séjour, la prévalence est estimée entre 7,4 et 17%<sup>2</sup>. Elle est de 18 à 22% chez les personnes de plus de 65 ans<sup>3</sup>. En long séjour, elle varie de 19 à 84,6%<sup>4</sup>.

Les études menées jusqu'à ce jour confirment ces chiffres (72.7%, Vanhoucke en 2003, 70.7%, Vedel en 2004, 80%, Ghironi en 2005<sup>5</sup>). La décision de poser une contention physique par un soignant est motivée par la peur de la chute à 82%, par la constatation de troubles comportementaux à 50% et pour faciliter les soins à 8%<sup>6</sup>. Les rapports de Tinetti en 1992 et de Tan en 2004 concluent cependant à une augmentation du nombre de chutes graves chez les patients contenus. Entendre par chute grave: *« responsable d'une fracture, d'une blessure, nécessitant un recours à un médecin, ou entraînant un repos au lit de plus de 2 jours »<sup>7</sup>*

Des publications mettent également en évidence un risque d'étouffement lors de l'utilisation des barrières de lit. Pour le soignant, si la contention est vécue comme à un soin à 54%, elle est également chargée d'affects négatifs: culpabilisatrice à 40%, violente à 39%, torture à 38% et punition à 37% (enquête auprès de 253 soignants)<sup>8</sup>.

Ces valeurs procentuelles sont affectées individuellement pour chaque critère observé.

---

<sup>1</sup> Haute Autorité de Santé (page consultée le 14 mai 2007). Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, octobre 2000, p.10

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

<sup>2</sup> Ibid. p.12.

<sup>3</sup> Loc. Cit.

<sup>4</sup> Loc. Cit.

<sup>5</sup> Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales sud est, Hôpital Henri Gabrielle 69 230 Saint Genis Laval (page consultée le 05 mai 2007), p.12/

[http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/journees/Geriatrie/CR\\_Geriatrie\\_06/Dorey.pdf](http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/journees/Geriatrie/CR_Geriatrie_06/Dorey.pdf).

<sup>6</sup> Loc. Cit.

<sup>7</sup> Haute Autorité de Santé. Op. Cit. p.13.

<sup>8</sup> GIRTANNER, 2001 cité dans Op. Cit. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales sud est p.22.

Je pense qu'il est important, toujours dans l'esprit de clarifier ce travail, de s'intéresser aux conséquences de la pose d'une contention.

Des analyses démontrent que la contention est responsable:

- de l'apparition d'infections nosocomiales et d'escarres.
- de chutes graves.
- de l'apparition ou de l'aggravation d'une confusion ou d'une agitation.
- de l'apparition d'un syndrome d'immobilisation
- d'une augmentation de la dépendance, de la durée d'hospitalisation.
- de conséquences psychologiques (altération de l'image de soi, vécu traumatique<sup>9</sup>).

La Haute Autorité de Santé a émis un guide de bonne pratique pour la pose d'une contention dans son rapport déjà cité datant d'octobre 2000. Elle doit être mise en place suite à une prescription médicale motivée (qui peut être anticipée) et limitée à 24 heures. Elle peut être prolongée ensuite mais après une évaluation clinique qui doit être au minimum journalière. Le matériel doit être adapté, une surveillance mise en place et programmée.

L'entourage doit être informé et la concordance recherchée. Je pense que l'intérêt de ce travail réside dans le fait qu'en tant que futur professionnel infirmier, la question de la contention se posera à de nombreuses reprises. Le fait d'y avoir réfléchi avant peut m'apporter des outils supplémentaires.

Mon plan va se présenter ainsi:

I- Questionnement.

- 1- Situations d'appel.
- 2- Questionnement initial.
- 3- Premières approches.
- 4- Question de départ.

II- Le Soin.

- 1- définition du soin et du prendre soin de.
- 2- la dynamique de groupe.

III- Les soins, les valeurs et les connaissances.

- 1- L'humanité.
- 2- Connaissances à priori.

IV- Synthèse.

Conclusion.

---

<sup>9</sup> Ibid p.9 et Haute Autorité de Santé Op. Cit. p.13

# **Questionnement**

# I. Questionnement.

## 1- *Situations d'appel.*

J'ai effectué durant ma formation un stage dans un service de long séjour accueillant des personnes âgées présentant différentes pathologies.

Les situations d'appel que je vais décrire concernent pour la première une femme de 79 ans présentant un cancer, un syndrome dépressif, une fibromyalgie, un repli sur soi et un diabète insulino-dépendant. La deuxième personne est également une femme de 97 ans, présentant une démence sénile et un diabète insulino-dépendant. La caractéristique de ces deux situations est le recours à la contention.

La dame de 79 ans restait dans sa chambre alitée. Les barrières de lit étaient posées en permanence, il n'existait pas de prescription médicale écrite. Cette contention était par ailleurs posée à la demande de la personne puisque les soignants demandaient systématiquement si elle souhaitait que la contention soit levée. Les soins d'hygiène étaient fait au lit par deux soignants, elle recevait une aide pour les repas.

Un protocole de prévention d'escarre existait.

La dame de 97 ans recevait ses soins d'hygiène au lit le matin. Les soignants l'installaient ensuite dans un fauteuil roulant. Les repas étaient servis dans un petit salon. Cette dame est très active, logorrhéique. Elle passe la matinée dans le petit salon, dans un fauteuil roulant. Un adaptable est positionné devant le fauteuil pour éviter tout risque de chute. En début d'après midi, elle rejoint sa chambre et est installée devant sa table toujours en prévention d'un risque de chute. Parfois, un drap est noué autour de sa taille. Elle n'est pas à ce moment sous surveillance et parvient souvent à pousser soit son fauteuil en s'agrippant au lit, soit sa table en la poussant avec les mains ou les pieds. Pour la nuit, les barrières de lit sont mises. Elle est fréquemment retrouvée le matin avec un bras ou une jambe passant au travers des barrières et la tête reposant le long des traverses métalliques. Elle demande à chaque passage d'un soignant en journée que la table qui se trouve devant elle soit retirée. Elle se trouve parfois dans des positions l'exposant particulièrement à un risque de chute du fait de son agitation et de sa volonté à retirer cette contention. Il n'existe pas non plus de prescription médicale écrite pour la pose d'une contention.

L'équipe menait au moment où je réalisai mon stage une réflexion autour de la pratique soignante de la contention physique passive.

L'Infirmière cadre de service m'a proposé d'assister à une réunion présentant les résultats d'une enquête distribuée aux soignants ainsi que les préconisations pour la pose d'une contention.

Ces dernières s'inspirant pour beaucoup des recommandations de la Haute Autorité de santé<sup>10</sup>. Les résultats concernant l'enquête distribuée aux soignants montrent que la décision de la pose de contention physique est prise dans le but de protéger le patient d'une chute. Tous les soignants expriment également un sentiment de culpabilité après cette décision.

Durant la réunion, ils expliquent ce sentiment par le fait d'une part qu'ils ne sont pas certains de l'efficacité de ce soin, que pour certains ce soin est violent mais qu'il s'agit d'une réponse pour réaliser le soin dans l'intérêt du patient.

Après cette réunion, je me suis aperçu qu'aucune prescription médicale de contention n'existait dans le dossier. Ayant eu moi même à prendre en charge l'une de ces personnes, j'ai été amené à m'interroger sur mes propres pratiques.

## **2- Questionnement initial.**

La première question que je me suis posée consistait à savoir si l'enseignement en Institut en Soins Infirmiers abordait suffisamment ce thème.

Pour le savoir, je me suis adressé par le biais d'un forum spécialisé sur le réseau Internet à plusieurs étudiants(es) infirmiers(es). La question était posée en ces termes: avez vous suffisamment abordé le sujet de la contention physique durant vos études? J'ai reçu 37 réponses, 70% m'ont répondu non et 30% oui<sup>11</sup>. Il est intéressant de noter que ces réponses proviennent d'étudiants situés dans différentes régions de la France. C'est d'ailleurs dans cet objectif que j'ai décidé de mener ce sondage sur le réseau Internet. Les réponses obtenues ne sont pas dépendantes d'une spécificité d'enseignement d'un Institut en Soins Infirmiers.

En détaillant les réponses que j'ai obtenu, j'ai pu constater de nouveau que la pose de la contention est décidée en réponse à un comportement du patient qui est estimé dangereux pour la bonne tenue des soins, qu'elle est posée dans la recherche de son intérêt.

Deux idées principales en sont ressorties: la première étant qu'il faut toujours se méfier du postulat selon lequel nous savons ce qui est bien pour notre patient en tant que soignant. La deuxième étant l'expression d'un sentiment de culpabilité.

Pour constater de l'intérêt professionnel de mon travail, j'ai décidé de voir si ce sujet était abordé dans la presse spécialisée du domaine soignant. J'ai trouvé de nombreux articles qui en traitaient tant en services de soins généraux qu'en services de soins psychiatriques.

---

<sup>10</sup> Haute Autorité de Santé. Op. Cit. p.19.

<sup>11</sup> Infirmiers.com : le site de la profession infirmière, Paris (page consultée le 28 septembre 2007)  
« <http://www.infirmiers.com/frm/ftopic65179> »

J'ai pu à ce moment identifier une distinction qui a plus orienté mon travail sur la problématique de la contention en services de soins généraux. Plusieurs auteurs admettent la nécessité de l'utilisation de la contention en psychiatrie dans le but de répondre à une manifestation de violence du patient. « *Cette mesure coercitive demeure une nécessité, en particulier dans le cadre des urgences psychiatriques* »<sup>12</sup>.

### **3- Premières approches.**

J'ai ensuite consulté plusieurs dictionnaires pour trouver une définition du mot contention.

Il s'agit d'un mot plutôt récent, apparu au XVIII<sup>ème</sup> siècle, « *dérivé de contenir, sur le radical du participe passé latin contentus de continere [...] pour immobiliser un forcené, un animal* »<sup>13</sup>, J'ai également cherché le sens de contenir: « *retenir, renfermer dans certaines limites* »<sup>14</sup>. Ce mot, d'apparition nettement plus ancienne à savoir au XI<sup>ème</sup> siècle provient « *du latin continere, maintenir, uni, renfermer, réprimer* »<sup>15</sup>.

Il m'est apparu important de spécifier ces définitions dans mon travail conjointement à celle de la Haute Autorité de Santé (qui est mentionnée dans la partie introductive de mon document). Elles expriment toutes une notion de contrainte et d'immobilisme forcé. Celle de la haute Autorité de Santé complète ces définitions et apporte plusieurs autres notions sur lesquelles il me semble important de réfléchir: « *les capacités de mobilisation volontaire de tout un d'une partie du corps* »<sup>16</sup>.

Nous pouvons lire que l'acte de contenir constitue un obstacle à l'expression de la volonté de la personne contenue mais que l'utilisation même du terme volontaire permet d'appliquer spécifiquement cette technique à l'homme. La volonté étant une faculté de déterminer librement ses actes en fonction de motifs rationnels.

Il nous est dit également que la contention ne peut être posée que pour « *garantir de la sécurité à une personne* »<sup>17</sup>.

---

12 ARDON P. et FOUGERE D. Revue Soins n°695, mai 2005, p.33-35.

13 Dictionnaire de l'Académie Française, Analyse et traitement informatique de la langue Française et Académie Française (pages consultées le 14 juillet 2007).  
<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/generic/cherche.exe?15;s=3943972035;;>  
<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/generic/cherche.exe?15;s=3943972035;;>

14 Loc. Cit.

15 Loc. Cit.

16 Op. Cit. Haute Autorité de Santé. p.10.

17 Loc. Cit.

Thomas Hobbes (1588-1679) disait que les hommes sont enclins à une guerre de chacun contre chacun du fait que dans un état de nature ils sont tous égaux, ils ont tous les mêmes droits, les mêmes désirs et les mêmes moyens pour parvenir à ce qu'ils désirent. Afin d'éviter d'entrer en conflit, un contrat social est établi. Les hommes abandonnent l'usage de la force à un pouvoir souverain qui a pour tâche de garantir la paix civile et la sécurité. La définition de la Haute Autorité de Santé propose de fait un contrat à la différence que l'infirmier(e) qui pose la contention agit pour sécuriser la personne soignée.

L'une des premières interrogations qui peut survenir est de se demander si nous ne sommes pas mal traitants lors de l'usage de la contention?

Il convient je pense dès lors de réfléchir à ce que veut dire être maltraitant pour un soignant afin de continuer la réflexion sur la problématique de la contention physique passive. Quels sont les actes que nous pouvons exécuter en tant que soignants et qui peuvent être difficilement perçus par les personnes soignées? Quelle peut être la raison pour laquelle ces soins sont difficilement perçus? Qu'est ce qui peut nous entraîner à être mal traitants? Il est très délicat de répondre à ces questions hormis dans le cas de violences physiques manifestes.

J'ai eu l'occasion dans mon parcours de stage d'aller dans un service de gériatrie psychiatrie où le personnel était très sensible à cette question. Peu de temps avant mon arrivée, l'équipe avait reçu une formation sur l'accompagnement de fin de vie. Je venais d'apprendre les techniques de soin pour la toilette et la nécessité de porter des gants pour la petite toilette. A ma surprise, lors de la prise en charge des soins d'hygiène d'une personne âgée dépendante, l'équipe n'utilisait pas de gants pour la petite toilette. En retour à mon questionnement, les soignants m'ont expliqué l'importance qu'ils mettaient dans le toucher lors des soins. Ils estimaient que le gant en plastique était une barrière au toucher et dans ce sens l'expression d'un soin qu'ils estimaient être mal traitant. Cette expérience m'a montré combien il est difficile de définir exactement ce qui est un bon soin et un mauvais soin.

L'appréciation de la qualité du soin, en dehors d'un savoir pratique et théorique, dépend pour partie de notre conception personnelle et de la culture de la personne soignée. L'utilisation du gant dans le cas que j'ai décrit peut être pour certains soignants un moyen de protection et pour d'autres un obstacle au soin. En ce qui concerne l'utilisation de la contention la même difficulté peut apparaître. Si je reprends une nouvelle fois la définition de la Haute Autorité de Santé, il y est indiqué « *dans le seul but d'assurer de la sécurité* »<sup>18</sup>. Que veut dire dans ce cas assurer de la sécurité?

---

18

Loc. Cit.

Dans un des mes autres stages, en milieu hospitalier, un jeune enfant (7 ans) est venu consulter en service d'ophtalmologie. Pour exécuter le soin la décision a été prise d'immobiliser l'enfant. Je n'étais présent à ce moment qu'en qualité d'observateur, le jugement que je peux porter sur ce que j'ai vu est empreint de cette spécificité. Les soignants qui ont contenu l'enfant l'ont fait dans son intérêt, ou du moins pour exécuter un soin qui leur semblait nécessaire de faire à ce moment là. Malgré la violence du soin, je ne pense pas que ces personnes avaient l'intention d'être mal traitantes envers l'enfant. Cela évoque d'une part la question du respect du choix du patient, de plus lorsque cette voix est celle d'un enfant, et d'autre part la nécessité d'exécuter un soin. Quelles sont les ressources à disponibilité des soignants en milieu hospitalier lorsqu' ils sont en difficulté?

*« Face à une situation à haut risque, le soignant ne doit pas être seul, mais s'appuyer sur un ensemble de règles, de connaissances, de procédures, tout un univers cohérent, connu et admis par tous. Les équipes soignantes ont subi un fort renouvellement: ce qui était acquis pour les plus anciens est le plus souvent inconnu pour les nouveaux. »<sup>19</sup>*

---

<sup>19</sup> E. GANDER. Malaise dans l'institution. Soins psychiatrie n°222, septembre octobre 2002, p.23-28.

#### **4- Question de départ.**

Assurer de la sécurité, est ce simplement empêcher une personne de tomber ou peut on y entendre par extension délivrer un soin? *«Il n'a jamais été fait la preuve de son efficacité »*<sup>20</sup> pour prévenir les chutes. C'est le premier motif de pose d'une contention, *« aucune étude n'a encore démontrée que la sécurité du résident sous contention était supérieure à celle du résident non contenu. »*<sup>21</sup>. C'est l'expression d'une première difficulté, l'impossibilité de pouvoir expliquer clairement en quoi la pose d'une contention peut apporter de la sécurité. A l'opposé, est ce exposer notre patient à des dangers si il n'est pas contenu ?

Lors d'un autre stage réalisé en service de psychiatrie, nous avons reçu une jeune fille qui résidait dans des appartements thérapeutiques. Elle était connue du service depuis de nombreuses années et avait eu une enfance difficile (parents divorcés, père incestueux). Elle a tenté de se suicider par pendaison le soir de son arrivée dans le service. Les soignants sont intervenus assez tôt. Pour le reste de la nuit, il a été décidé de la contenir en chambre (chambre fermée et pose de bracelets de contention). Elle présentait des antécédents de phlébotomie, d'autolyse par toxiques, de pratiques de scarifications. A plusieurs reprises, cette jeune fille venait dans la salle de soin nous faire part de ses projets suicidaires. Elle a notamment tenté de se taillader les veines avec une lame de rasoir, elle s'est également enfuie plusieurs fois pour s'alcooliser. Face à ces problèmes à répétition, il a été décidé de poser une contention tous les soirs (l'angoisse était majorée à la tombée de la nuit). Si la contention était ôtée, de nouveau une prise de risque apparaissait. J'ai discuté de cette situation qui m'interpellait avec le médecin psychiatre du service, il m'a dit que la pose de la contention devait être pour la jeune fille une mise en scène de l'abus sexuel. Il existait un contrat de soin dans lequel cette contention était stipulée. Le but de la pose de la contention était donc clairement établi, la recherche de sécurité était ici évidente Ne peut on pas considérer la réponse par la contention comme l'expression de l'impossibilité du soignant à apporter une réponse soignante?

En sachant que 40% des soignants expriment de la culpabilité après la pose d'une contention et que 54% la jugent comme un soin<sup>22</sup>, j'ai décidé de poser la question de départ suivante: comment expliquer le sentiment de culpabilité qu'exprime le soignant après la pose d'une contention physique passive bien que pour la majorité il s'agisse d'un soin?

---

<sup>20</sup> Op. Cit. Haute Autorité de Santé, p.27.

<sup>21</sup> Ibid. p.32.

<sup>22</sup> GIRTANNER, 2001 cité Op. Cit Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales sud est, p.22

# **Problématique**

## II- Le soin.

Pour aborder cette problématique, j'ai pensé nécessaire de m'intéresser au concept du soin et du prendre soin de. Une sous partie est également consacrée au rôle de l'équipe dans la prise de décision car cela à une influence sur la qualité de prise en charge et donc du prendre soin de.

### 1- Définition du soin et du prendre soin de.

Que veut dire prendre soin de quelqu'un?

C'est peut être lui apporter une aide et un soutien qui passe par une écoute, par des échanges, par la communication, par un regard. D. Winnicott (1897-1971) parlait dans les relations mère enfant du holding (manière dont la mère porte l'enfant), du handling (la manière dont elle le soigne) et du objet presenting (la manière dont elle présente les nouveaux objets à l'enfant). Il insistait également sur le fait que ces soins devaient présenter un caractère de continuité, de fiabilité et d'adaptation progressive aux besoins de l'enfant.

Si nous rajoutons une autre dimension soignante à cette définition, nous pouvons proposer celle de Mme Virginia Henderson (1897-1996): les soins infirmiers ont pour but d'«*aider au maintien ou au recouvrement de la santé par l'accomplissement de tâches dont l'individu s'acquitterait lui-même si il en avait la force, la volonté... l'aider à reconquérir son autonomie le plus rapidement possible* »<sup>23</sup>

Mme S. Nightingale disait que les soins infirmiers doivent faire en sorte de « *mettre le malade dans les meilleures conditions possibles pour favoriser l'action de la nature* »<sup>24</sup>. Ces deux définitions, émises par des fondatrices des soins infirmiers, mettent en évidence un rôle d'accompagnement.

Plus proche de nous, le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 au travers des articles R4311-1 à R4311-5 nous dit que « *relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. [...]* »

---

<sup>23</sup> HENDERSON V. citée par PERMUTIER L., QUEVAUVILLIERS J., PERLMUTER G., [et al]. Nouveaux cahiers de l'infirmière. Soins Infirmiers I : concepts et théories, démarche de soins. Masson, 3<sup>ème</sup> édition, 2003. p. 154.

<sup>24</sup> HENDERSON V., COLLIERE M. F. La nature des soins infirmiers. Lonrai : InterEditions, 1994. p.27

*Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. »<sup>25</sup>*

De ces définitions et du décret ressortent trois notions principales: assister (dans le sens pallier à un déficit), accompagner, compenser. Ce sont peut être là trois mots qui permettent d'approcher une définition du rôle infirmier.

Une autre dimension très importante apparaît dans la notion du prendre soin de. J'ai réalisé un micro trottoir au cours de ma formation pour découvrir les attentes des usagers face au rôle infirmier. Un fait m'a interpellé : la majorité des personnes interrogées a insisté sur l'obligation d'écoute du soignant. Je pense qu'il faut voir au travers de cette capacité d'écoute la disponibilité dont doit faire preuve le soignant. Il ressortait auprès de ces personnes qu'il ne peut y avoir de bons soignants sans cette qualité. Ceci met également en valeur la prise en charge globale du patient et non la seule prise en charge du membre malade. Ce qui introduit de mieux connaître le patient, d'établir avec lui une relation.

On peut penser qu'il ne peut y avoir de relation sans confiance, et qu'il ne doit donc pas exister d'entraves à cette confiance. Au cours de nos études, nous apprenons à élaborer des démarches individualisées de soin qui ont justement une grande utilité quant à la connaissance du patient.

Cette connaissance permet de mettre en place une prise en charge de qualité qui correspond aux besoins spécifiques du soigné. Elle sous entend également de permettre une communication de meilleure qualité de par la connaissance apportée. Notons que dans la vie courante, écouter c'est apprendre à connaître. Ce qui est également vrai dans le monde des soins. Mais l'écoute introduit également de connaître les choix du patient, la confiance s'établit notamment au moment où ces choix sont respectés.

La Charte du patient hospitalisé reconnaît le droit au patient d'être informé de façon libre et éclairée et l'obligation pour le professionnel de n'agir qu'avec le consentement de la personne. Le respect des choix de la personne malade est donc une obligation instituée par la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette notion s'applique à tous les professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier. Il ne s'agit pas d'une spécificité de l'infirmier(e) mais d'une compétence partagée avec les autres intervenants.

---

<sup>25</sup> Legifrance (03 juin 2007), Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.  
« <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANP0422530D> »

Il est coutume de constater dans les services que l'aide soignante est souvent la plus proche de la personne malade. Le travail en collaboration permet d'enrichir la connaissance de l'équipe au sujet du patient.

## **2- La dynamique de groupe.**

Force est de constater que de par son organisation et sa composition, une équipe d'un service de soin forme un groupe. On peut entendre par groupe, « *une réunion d'individu ou chacun à une relation directe et personnelle avec les autres membres* »<sup>26</sup>. L'hôpital forme un groupe secondaire ou une organisation: « *système social qui fonctionne selon des institutions, [...], à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale* »<sup>27</sup>.

Des caractéristiques significatives sont à noter:

- un nombre restreint de membres (groupe restreint).
- la poursuite d'un but commun.
- forte interdépendance des membres et sentiments de solidarité.
- différenciation des rôles.
- présence d'un langage et d'un code de groupe.

L'appartenance même à un service situé dans un hôpital précis et voir même dans une région à une incidence sur les comportements de chaque soignant. Le service possède ses propres protocoles pour répondre à une situation donnée et / ou répétitive, le médecin a souvent rédigé des prescriptions médicales anticipées. L'hôpital possède son propre projet de soin porté à la connaissance de tous les salariés, accepté par tous. La région, de par son histoire, a son propre code ce qui entraîne une prise en charge spécifique. Toutes ces composantes agissent sur le fonctionnement du groupe et modèlent le comportement des personnes qui le composent.

Dans une équipe des éléments leaders vont apparaître ce qui va sensiblement influencer les décisions qui peuvent être prises.

Le groupe peut fonctionner de façon démocratique, ce qui semble être la meilleure solution pour un fonctionnement optimal et pour une meilleure intégration des membres. A l'inverse d'un fonctionnement autocratique dans lequel les décisions sont centralisées par une seule personne et qui a terme est soumis à de telles contraintes qu'il disparaît. Les différents jeux de rôles organisés durant ma formation m'ont permis de voir brièvement le fonctionnement d'une équipe. Trois critères peuvent être retenus: les négociations, les leaders, l'acceptation. Pour qu'une

---

<sup>26</sup> M CHEVALIER. Cours sur la dynamique de groupe. Janvier 2007.

<sup>27</sup> D. ANZIEU et J. Y. MARTIN. La dynamique des groupes restreints. Paris : Quadrige, Presses Universitaires de France, 2006. p.40.

décision soit correctement appliquée elle doit être acceptée et comprise par tous, ou réponde à un besoin spécifique exprimé. Pour Condorcet, en 1785, les opinions des individus qui constituent un groupe sont différentes et il est impossible de ce fait d'adopter une opinion qui soit commune. Il parle de la « *nature non transitive des opinions individuelles* »<sup>28</sup>.

M Mayo à la suite d'une expérience menée aux ateliers Hawthorne de la Western Electric Company Chicago conclut que « [...] *l'individu réagit aux conditions pratiques du milieu non pas telles qu'elles sont, mais telles qu'il les ressent et que la manière dont il les ressent dépend en grande partie des normes et du climat du groupe dans lequel il travaille ou vit, et de son degré d'appartenance à ce groupe* »<sup>29</sup>.

Cette étude montre l'importance de l'environnement, du vécu, du système de valeur pour apprécier une situation et y répondre. Nous pouvons en déduire qu'une réaction ne se constitue pas seulement à partir de connaissances mais également sous la contrainte d'éléments extérieurs et de notre propre analyse.

Pour Maier, en 1963, il distingue deux critères dans une décision: sa qualité et l'adhésion qu'elle remporte. Il en ressort trois situations: une décision ou la recherche d'adhésion n'est pas le critère recherché, une seconde où l'adhésion est importante et une troisième qui exprime un souci de grande qualité et de forte adhésion. Il apparaît qu'une réponse adaptée n'est pas une réponse qui convienne à un seul membre, elle présente d'ailleurs le risque de faire éclater le groupe de par les tensions internes qu'elle met en place.

Il est possible de parler de consensus qui est pour J. Muller en 1956 un « *consentement composé d'acceptation active de soi et d'autrui, et des relations soi-autrui* »<sup>30</sup>. Toute élaboration de décision comporte une phase conflictuelle. L'émergence même du questionnement trouve son expression dans une inadéquation entre une attente et une réalité.

---

28 Loc. Cit. p.187.

29 Loc. Cit. p.73.

30 Loc. Cit. p.180.

### III- Les savoirs, les valeurs et les connaissances.

Dans cette seconde partie, je traite de certaines valeurs propres à la profession infirmière. Dans la seconde sous partie, je débats de l'influence des jugements, des connaissances et de l'expérience.

#### 1- L'humanité.

*« Il y a être homme, se sentir homme et percevoir l'autre comme homme »<sup>31</sup>.*

Ces distinctions ont une importance sur la prise en charge, notamment des hommes vieux.

La communication fait partie intégrante du soin: elle peut se présenter sous sa forme habituelle mais aussi se servir de médiateurs tels que le toucher ou le regard. Communiquer c'est continuer de mettre en humanité. La communication peut passer par la parole, mais également par le toucher ou le regard.

Quelle signification l'âge a-t-il aujourd'hui dans notre société? La personne âgée était celle dans le passé qui avait travaillé, à qui on reconnaissait de l'expérience et une certaine expertise. Elle était douée de savoir. Qu'en est-il aujourd'hui dans une société qui prône la jeunesse?

La personne âgée est plutôt celle qui ne sait plus, qui vit recluse dans un foyer pour personnes âgées. Celle à qui on reconnaît plus facilement des défauts que des capacités.

*« L'humanité, c'est ce trésor de compréhensions, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor d'humanité déjà accumulé et de continuer à l'enrichir »<sup>32</sup>.* En d'autres termes, cette notion existe et se développe lors de nos contacts avec nos semblables. Et disparaît si nos relations cessent.

Quelles peuvent en être les conséquences sur la prise en charge soignante? Je vais exposer ci-dessous l'exemple d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer pour illustrer mes propos. Le patient souffre d'amnésie antérograde. Aucune nouvelle information ne peut être enregistrée. Si nous ne connaissons pas l'histoire de vie d'un patient, quel sens peut-on donner à ce qu'il nous raconte? Quelle réponse apporter si il nous parle au présent d'une période de sa vie passée? C'est justement de par les contacts fréquents avec le soigné, avec sa famille que nous pourrions

---

<sup>31</sup> Y GINESTE et J. PLISSIER. Humanité. Paris : Armand Colin, 2007. p.36

<sup>32</sup> Albert Jacquard. Cité par Loc. Cit. p.277.

y trouver une signification. C'est également de cette manière qu'il sera possible de continuer à communiquer.

L'humanité fait partie du prendre soin de et est un concept enrichissant pour le soignant. Elle est porteuse de nombreuses valeurs qui placent la personne au centre du soin. Elle s'accompagne d'un savoir théorique qui peut provenir de la formation initiale, de la formation continue, de l'expérience, de l'enrichissement mutuel au sein d'un service.

Lorsque la mémoire s'altère, celle concernant des situations émotionnelles et affectives importantes est conservée. Dans les années 1950, un médecin Américain a tenté une expérience qu'il n'est plus possible de faire aujourd'hui pour des raisons éthiques. *« Il plaça un jour dans sa paume une petite pointe: lorsqu'ils se serrèrent la main, la pointe piqua sa patiente. Lorsqu'il revint le lendemain, elle ne le reconnut pas plus [...] elle refusa de la (la main) serrer. »*<sup>33</sup>

Cette connaissance permet de mieux comprendre des comportements qui peuvent sembler être perturbateurs voir dangereux pour le soignant. Des actes qui nous semblent anodins tels qu'une prise de sang, le fait de faire prendre une douche, de rentrer dans une salle ou tout autre événement de soin peuvent être traumatisants. Si une empreinte affective importante et désagréable existe, la personne va se débattre, va crier, pourra montrer de la violence envers le soignant. Le soin risque dès lors d'être fait plus rapidement, avec recours à une forme de contrainte. Si le soignant estime que son soin vise au bien être et à la conservation de la sécurité, il n'a aucune raison pour l'interrompre.

*« Tous les matins, deux ou trois soignants étaient nécessaires pour mettre le dentier d'un monsieur qui se débattait en hurlant [...] « ne me mettez pas ce cendrier dans la bouche! . L'intervention du neuropsychologue [...] a conduit [...] à renoncer à mettre le dentier et adapter en conséquence les repas. »*<sup>34</sup>

Soigner c'est donc aussi connaître et comprendre l'autre. L'humanité, de par ses valeurs de considérer tout homme (entendre sous homme également femme) comme un être humain, permet d'adopter un comportement soignant adapté et éthique. Trois mots me semblent essentiels: compréhension, émotion, exigence.

Compréhension parce qu'il est nécessaire pour réaliser un soin de qualité de comprendre l'autre ou en d'autres termes de l'écouter et de satisfaire les besoins exprimés.

Émotion parce que tout soin génère de l'émotion que ce soit chez le soignant ou chez le soigné. L'empreinte mnésique peut être importante ensuite et avoir un effet sur le soin et à ce titre être prise en compte.

---

<sup>33</sup> Loc. Cit. p.132.

<sup>34</sup> Loc. Cit. p.125.

Exigence parce que tout être humain a le droit à un niveau d'exigence. Que ce soit une exigence de qualité du soin ou l'exigence d'être considéré pour ce qu'il est.

Pour compléter l'approche de la définition du rôle infirmier présenté dans la première partie, il est utile de rappeler maintenant les principaux termes : accompagner, assister, compenser.

## **2- Connaissances à priori.**

Il est judicieux de se demander pourquoi la réponse à l'agitation consiste pour partie à poser une contention physique passive. Quelles sont les conditions qui font que nous posons une contention en tant que soignant? Comment expliquer qu'un soignant sur deux estime qu'il s'agisse d'un soin?

Kant définit dans son ouvrage critique de la raison pure deux types de connaissances. Il pose comme postulat que *«toute notre connaissance s'amorce avec l'expérience, il n'en résulte pas pour autant qu'elle dérive dans sa totalité de l'expérience»*<sup>35</sup>. Il parle d'une connaissance empirique qui a sa source a posteriori (c'est à dire dans l'expérience) et une connaissance à priori (qui est indépendante de l'expérience). Il distingue également les connaissances à priori pures, c'est à dire celles qui n'ont rien d'empirique.

*« Si [...] un jugement est pensé selon une rigoureuse universalité [...] il n'est pas déduit de l'expérience, mais possède sa valeur absolument à priori. L'universalité empirique est [...] une intensification arbitraire de la validité. [...] quand une rigoureuse universalité appartient [...] à un jugement, elle est le signe que ce jugement procède d'une source particulière de connaissance [...] Nécessité et rigoureuse universalité sont des critères sûrs d'une connaissance a priori [...] ».*<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Kant. Critique de la raison pure. Paris, Flammarion, 2001. p 93.

<sup>36</sup> Ibid. p.95.

Certaines de nos réponses ne dépendent pas de savoirs mais de jugements. Un jugement peut avoir à sa base des connaissances mais ces dernières ne permettent pas l'universalité de la réponse.

Nous revenons ici une nouvelle fois à l'adaptation du soin au patient et donc à la personnalisation de la réponse soignante. Il n'existe pas une seule réponse à une situation donnée, elle doit dépendre de l'environnement, des connaissances que le soignant et l'équipe possèdent. On voit ici l'intérêt de la formation continue qui incite le personnel soignant à compléter ses savoirs.

En suivant des formations, il peut développer des acquis qu'il va relier à son expérience ce qui participe à enrichir sa pratique.

Au cours d'un de mes stages effectué en service de long séjour (qui a été présenté dans la partie introductive du document), l'équipe suivait une formation sur la contention. Cela a eu pour effet dans un premier temps d'interroger les professionnels sur leurs pratiques. Dans un second temps, je pense que cela a permis de faire évoluer les pratiques. Seule l'expérience peut être limitante mais un apport de connaissances seul ne peut suffire.

Le nouveau diplômé a des représentations qui ne correspondent pas toujours à la réalité de la pratique. Nous avons en début de carrière des connaissances à priori qui vont se transformer lors de notre confrontation avec le monde professionnel en connaissances empiriques. En tant qu'infirmier(e), nous allons aussi bénéficier d'autres sources de savoirs: contacts avec nos collègues, lectures professionnelles, sentiments éprouvés durant les soins. Il s'agira donc à nouveau de connaissances a priori.

Quelles réactions et quelles actions pourrions nous mettre en oeuvre sans avoir ces apports ?

Nous savons que la mémorisation d'affects émotionnels est possible postérieurement à l'installation d'un trouble mnésique dû à l'âge (voir page 24 notes 29 et 30). Il nous sera impossible d'avoir une réaction soignante adaptée si nous n'avons pas ce savoir.

# **Synthèse**

## IV- Synthèse.

Je reviens maintenant sur la question de départ. Comment expliquer le sentiment de culpabilité qu'exprime le soignant après la pose d'une contention physique passive alors que pour la majorité il s'agit d'un soin ?

Dans un premier temps, pour cibler mes recherches, j'ai décidé de poser trois hypothèses pour clarifier cette notion de culpabilité:

- la pose de la contention est liée à un manque de connaissance.
- elle est contraire aux valeurs de soin.
- elle fait suite à une décision prise sous la pression du groupe.

L'axe principal de mes recherches a porté ensuite sur le soin: le soin pris dans sa totalité (le soin, le rôle infirmier, l'équipe infirmière, la prise de décision). J'ai ensuite dégagé plusieurs concepts: le soin, la dynamique de groupe, l'humanité, les connaissances.

J'ai tenté d'élaborer une définition du rôle infirmier qui me soit personnelle. Je me suis rendu compte que cette dernière était également celle que j'aurai donné pour le soin. J'ai ainsi défini les mots clés suivants: compréhension, émotion, exigence et accompagner, assister, compenser.

Une fois que ce premier travail a été fait, j'ai décidé de traiter de la dynamique de groupe et plus précisément de l'importance du groupe et de l'environnement dans la prise de décision. La moitié des soignants qui posent une contention ne sont pas satisfait par leur soin. On peut s'interroger sur la question de savoir si cette insatisfaction ne provient pas d'une frustration. La pression du groupe pouvant entraîner des prises de décisions qui ne correspondent pas à des conceptions de soin individuelles. Se rappeler à ce sujet de Condorcet qui a émis la possibilité d'une « nature non transitive des opinions individuelles » au sein d'un groupe.

Pour tenter d'approfondir le sujet, je me suis intéressé à une technique de soin développée au contact de personnes âgées: l'humanité. Il s'agit là d'une partie qui m'a été personnellement très profitable et qui m'a permis d'éclaircir mon sujet. Plusieurs notions importantes y ont été développées: celle de la nécessité de toujours s'adresser à l'autre comme tel qu'il est, c'est à dire comme un être humain. L'importance du contact est mise en valeur dans cette théorie. Au delà de la communication orale, c'est un ensemble de moyens qui permettent de conserver une relation qui sont présentés.

Le prendre soin de revêt ici toute son importance et est placé au centre du soin. Les auteurs reconnaissent la contention mais nous disent que « *la non-contention apparaît donc aujourd'hui comme une règle essentielle du prendre-soin.* »<sup>37</sup>

Un autre point important a été abordé, celle d'un savoir théorique. J'ai choisi pour illustrer mon propos l'exemple de la prise en charge des troubles mnésiques au travers de l'exemple du médecin Américain. Il est apparu que la prise en charge des comportements paraissant inadaptés ou perturbateurs nécessitent des connaissances ou des savoirs (qui peuvent provenir de la formation initiale mais également se développer au contact de ses collègues). Je rejoins ici ce que j'avais indiqué dans mon questionnaire *initial* « *Les équipes soignantes ont subi un fort renouvellement: ce qui était acquis pour les plus anciens est le plus souvent inconnu pour les nouveaux.* »<sup>38</sup>

En dernier lieu, j'ai traité des savoirs et j'ai décidé de baser ma réflexion sur un postulat que Kant avait émis sur la connaissance. En partant de cette hypothèse, j'ai fait la différence entre des jugements et des savoirs, voir comment un jugement peut avec l'expérience se transformer en savoirs. Je suis parvenu à découvrir que seules et indépendamment l'expérience ou les connaissances ne peuvent suffire pour assurer une prise en charge de qualité.

---

<sup>37</sup>

Y. Gineste, J. Pellissier. Humanitude Paris : Armand Colin, 2007. p. 202.

<sup>38</sup>

E. Gander. Malaise dans l'institution. Soins psychiatrie n° 222, septembre octobre 2002, p.23-28.

# **Conclusion**

## Conclusion

En développant cette réflexion je me suis rendu compte qu'il m'était impossible de donner une réponse définitive à la question de la contention initialement posée.

La culpabilité renvoie à l'expression d'un affect et à l'analyse d'une situation précise. Au cours de l'élaboration de mon travail, j'ai mis en valeur que nos conceptions de soins sont personnelles. Chacun de nous partage des valeurs professionnelles avec ses semblables mais peut porter plus d'importance à certaines d'entre elles. C'est ici je pense l'une des explications pour laquelle tous les soignants ne considèrent pas que cet acte soit source de culpabilité.

La même raison peut expliquer que la moitié des infirmiers ne considèrent pas qu'il s'agisse d'un soin. Nous partageons tous une conception du soin, mais chacun de nous accorde une valeur plus grande à certains de ces aspects.

Concernant la prise de décision de la pose d'une contention, il est apparu primordial le rôle joué par les connaissances et les savoirs.

Ne pouvant traiter également ce sujet du seul point de vue individuel, j'ai décidé de m'intéresser à la dynamique de groupe. J'ai pu constater l'importance de l'influence du groupe sur les décisions personnelles.

J'ai pu valider mes hypothèses initiales à savoir que cette culpabilité peut naître d'un manque de connaissance, être la conséquence de la pression du groupe et peut être contraire à nos valeurs personnelles de soin.

Une autre piste de recherche peut naître de l'interrogation que se font certains soignants assimilant un soin à la torture ?

## -Bibliographie et sources.

### Livres :

ANZIEU D., MARTIN J-Y . **La dynamique des groupes restreints**. Paris : Quadrige, Presses Universitaires de France, 2006. 397 p.

GINESTE Y., PELLISSIER J. **Humanitude**. Paris : Armand Colin, 2007. 319 p.

KANT E. **Critique de la raison pure**. Paris, Flammarion, 2001. 749 p.

HOBBS T. **Le citoyen ou les fondements de la politique**. Flammarion, 1982. 408 p.

HANUS M., MARCHAL V. **Psychiatrie et soins infirmiers**. Paris, Maloine, 2002. 339 p.

M. F. COLLIÈRE, V. HENDERSON. **La nature des soins Infirmiers**. Lonrai : InterEditions, 1994. 237 p.

PERMUTIER L., QUEVAUVILLIERS J., [et al.]. **Nouveaux cahiers de l'Infirmière. Soins Infirmiers I Concepts et Théories, démarche de soins**. Paris : Masson, 3<sup>ème</sup> édition, 2003. 249 p.

### Revue :

ARDON P., FOUGERE D. in **Soins**, mai 2005, N°695. pp 33-35.

GANDER E. « Malaise dans l'institution » in **Psychiatrie**, septembre octobre 2002, N°222. pp 23-28.

### Sites internet :

Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales sud est, Hôpital Henri Gabrielle 69 230 Saint Genis Laval (page consultée le 05 mai 2007)

[http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/journees/Geriatrie/CR\\_Geriatrie\\_06/Dorey.pdf](http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/journees/Geriatrie/CR_Geriatrie_06/Dorey.pdf)

Dictionnaire de l'Académie Française, Analyse et traitement informatique de la langue Française et Académie Française (pages consultées le 14 juillet 2007).

<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/generic/cherche.exe?15;s=3943972035::>

<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/generic/cherche.exe?15;s=3943972035::>

Haute Autorité de Santé (page consultée le 14 mai 2007).

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

Legifrance, le service public de la diffusion du droit (page consultée le 03 juin 2007).

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANP0422530D>

Infirmiers.com : le site de la profession infirmière, Paris (page consultée le 28 septembre 2007)

<http://www.infirmiers.com/frm/ftopic65179>

### Documents non publiés :

CHEVALIER M. **Dynamique de groupe** : module sciences humaines, promotion 2005-2008. La Roche sur Yon : IFSI du CHD, janvier 2007.

Titre :

**La Contention.**

Résumé :

Mon travail de fin d'étude aborde la problématique de la contention physique passive en service de soin dans le sens où le soignant éprouve de la culpabilité après en avoir usé. Je propose au début de ce document un état des lieux (constats, définition de la contention avec ses conséquences).

J'ai traité ce sujet en proposant trois hypothèses:

- l'usage de la contention peut être liée à un manque de connaissance.
- elle peut être contraire aux valeurs de soin.
- elle peut être liée à la pression du groupe.

Je me suis posé la question de savoir ce que peut être un soin, quelle peut être le rôle du groupe dans la prise de décision et de savoir comment se construit un jugement ou un savoir. J'aborde également le rôle de l'expérience dans la prise de décision.

Mots clés :

Statistiques, haute autorité de santé, dynamique de groupe, humanité, le soin.