

Christian COUPRIT
Promotion 2010 – 2013

Madame Martine LANGEARD
Conseiller de mémoire

REACTIONS DES SOIGNANTS VIS A VIS D'UN PATIENT PORTEUR DE CONTENTIONS PHYSIQUES

Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier
Session Juillet 2013

**Institut de formation en soins infirmier
Route de lion sur Mer
14033 CAEN**

*« L'intérêt que l'on porte aux plus faibles,
aux plus démunis, témoigne du niveau de
démocratie et de développement d'une
société »*

Winston Churchill



A Frédo et Claire...

Remerciements

⇒ A Madame Langeard pour m'avoir guidé et conseillé dans mon travail de fin d'études.

⇒ A tous les formateurs de l'IFSI et intervenants extérieurs pour la qualité de la formation.

⇒ Aux infirmiers et infirmières des différents services pour leur aide, leurs conseils et leur disponibilité.

⇒ A Mme Pétrissant et M. Lepreux, du Centre de Documentation et d'Information pour leur aide et leurs conseils dans ma recherche documentaire.

⇒ A ma femme et mes enfants pour m'avoir encouragé tout au long de cette formation.

Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Présentation du thème	1
1.2	Motivations	1
1.3	Situation de thème de recherche dans l'actualité.....	2
2	Constats :	2
2.1	Constat N°1 :	2
2.2	Constat N° 2.....	3
2.3	Analyse des constats :	4
3	Question de départ	6
4	Exploration.....	7
4.1	Exploration théorique du problème de recherche	7
4.1.1	Définitions.....	7
4.1.1.1	Contention:.....	7
4.1.1.2	Sentiment:	9
4.1.1.3	Frustration:	9
4.1.1.4	Malaise:	9
4.1.1.5	Le soin:.....	10
4.1.2	Législation :	10
4.1.3	Mise sous contention physique : Risques et responsabilité infirmier(e)s	12
4.1.4	Formation des infirmier(e)s	13
4.1.5	Impact de la mise sous contention physique sur le plan éthique	14
4.1.6	Impact de la mise sous contention physique sur la relation soignant / soigné.....	15
4.2	Exploration pratique du problème de recherche	16
4.2.1	Méthodologie suivie.....	16

4.2.2	Exploitation des données de l'exploration pratique.....	17
4.2.3	Synthèse de l'exploration pratique.....	20
5	Problématique	21
6	Conclusion	23
7	Bibliographie	
8	Annexes	

1 Introduction

1.1 Présentation du thème

Durant ma formation d'infirmier, j'ai été plusieurs fois confronté au port de contentions physiques chez des personnes soignées. Je me suis aperçu au cours d'un de mes stages en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D) qu'environ 30% à 40% des résidents devaient avoir les barrières de lit relevées pour la nuit. Cette pratique, chez les personnes âgées « *s'est développée de façon importante presque insidieusement, au fil du temps* »¹. J'ai aussi appris qu'il était du rôle du médecin de les prescrire ou non.

Avant d'intégrer la formation, je n'avais qu'une idée floue de ce que pouvait être la mise sous contention d'une personne. Je pensais qu'elle n'était réservée qu'aux patients violents en service de psychiatrie ou pour éviter les chutes des personnes âgées. Au fil de mes stages, je me suis aperçu que mettre sous contention une personne pouvait engendrer des difficultés à la fois pour elle même mais aussi pour l'infirmier(e). Poser une contention peut poser problème et induire un stress et une anxiété supplémentaires aussi bien pour le malade que pour le personnel soignant.

1.2 Motivations

Au regard de plusieurs situations qui m'ont interpellé lors de mes stages, j'ai été amené à me poser un certain nombre de questions : Tout d'abord sur le plan humain, je me suis demandé si ces situations étaient en phase avec mes valeurs personnelles, et comment je pouvais établir une relation d'empathie avec des patients porteurs de contention. Sur le plan professionnel, je me suis posé la question de savoir comment un infirmier pouvait réagir face à un patient qui les refuse et s'il n'y avait pas d'autres moyens, d'autres solutions de ne pas y recourir. De même sur un plan éthique, comment savoir quel est notre droit d'imposer la contention et quel est le droit du malade à la refuser. Sommes-nous dans la bienveillance ou dans la maltraitance ?

Ce sont toutes ces questions autour de la mise sous contention en secteur de soins généraux qui ont déterminé le choix du thème de mon travail de fin d'études : « *Réaction des soignants face*

¹ HAS (ANAES), « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée », P. 3, Octobre 2000.

à un patient porteur de contentions ». Mais c'est aussi surtout de savoir comment en tant que futur professionnel je dois me positionner et réagir face à un patient refusant la mise sous contention.

1.3 Situation de thème de recherche dans l'actualité

Au cours de recherches pendant ma formation, en lisant des revues professionnelles comme « L'infirmière magazine », « Soins » ou « La revue de l'infirmière » j'ai pu constater que ces questions sont de plus en plus souvent d'actualité. Les réflexions, les enquêtes au sein d'établissements hospitaliers et les rapports sur le sujet se développent de plus en plus : « *Ces dernières années, la contention a fait l'objet de nombreux travaux de réflexion dans les équipes de soins [...] Ces pratiques sont courantes, mais ne sont pas sans conséquences néfastes pour le patient* »². On sent une volonté des professionnels de santé et des pouvoirs publics (Rapport ANAES, octobre 2000) à réduire la mise sous contention et à trouver d'autres solutions afin que ces dernières ne soient utilisées qu'en ultime recours.

2 Constats :

2.1 Constat N°1 :

Mon premier constat se déroule lors de mon 3^{ème} stage, au semestre 2, en service de neurologie.

Mme B, âgée d'environ 70 ans, est hospitalisée depuis environ 3 semaines pour troubles neurologiques : confusion, troubles de la marche et périodes d'agitation. Son état de santé s'améliore, mais la prescription de la mise en place des deux barrières de lit pour risque de chute est encore en cours : Mme B ne peut pas encore se lever et marcher seule et n'est pas encore capable de solliciter un soignant pour se lever.

Au moment du repas du soir, alors que je m'apprête à l'installer pour qu'elle puisse manger (plateau sur l'adaptable et mise en position assise au lit), elle me dit : « Je ne veux pas manger, j'en ai marre ». Le ton de Mme B est ferme et je sens de l'angoisse dans sa voix saccadée et sa respiration rapide. Je lui demande donc pourquoi elle refuse de manger. Elle me répond qu'elle ne veut pas de barrières, qu'elle se sent enfermée. Je lui explique donc qu'on ne peut pas les lui retirer et que c'est le médecin qui prescrit cette contention à cause du risque de chute. L'agitation et

² P THIBAUT, « Le recours à la contention », Infirmière magazine N° 281, 15 juin 2011, P 38

l'angoisse de Mme B montent crescendo, elle manifeste son mécontentement de plus en plus fort, ce qui fait intervenir l'aide soignante présente dans la chambre ainsi que l'infirmière qui se trouvait dans le couloir. Cette dernière lui répète ce que j'avais pu lui dire et lui demande de bien vouloir manger. Elle lui signifie que le problème sera discuté avec le médecin le lendemain.

Mme B devient de plus en plus agressive. En se tournant vers moi, elle me dit : « J'avais confiance en vous, pourquoi vous me faites ça ? ». Elle veut que j'intervienne et que je réponde à sa demande. (Ayant souvent Mme B en charge pour ses soins personnels, nous avons souvent l'occasion de discuter, une relation d'empathie s'est installée, elle m'apprécie et me fait confiance, elle m'appelle par mon prénom et me sollicite plus particulièrement). Elle dit en « avoir assez » : Elle me demande de lui donner le couteau du plateau, puis dit : « Si c'est comme ça !! » tout en mimant le fait de « s'égorger » avec le pouce. Ne sachant que faire, je suis alors de plus en plus déconcerté, car il faut bien l'avis médical pour retirer la contention, et nous n'arrivons pas à la calmer ni à la raisonner.

L'infirmière décide donc alors de retirer une barrière de lit. Ce compromis est considéré comme acceptable par Mme B car elle se calme, sa voix devient plus fluide et sa respiration plus lente et plus ample. Son angoisse ainsi apaisée, elle accepte donc de manger. Le lendemain, après la visite du médecin, la prescription médicale a été modifiée et une seule barrière est restée relevée.

2.2 Constat N° 2

Mon deuxième constat se déroule lors de mon 4^{ème} stage en semestre 3, de nuit, en service de réanimation-chirurgie.

M. O Claude, âgé de 74 ans, est muté du service de chirurgie digestive et générale, le 31 octobre 2011 pour détresse respiratoire. Il est aussitôt mis sous Ventilation Respiratoire Contrôlé (VAC). Nous sommes à J 14 de son arrivée dans le service de réanimation. Intubé, ventilé et sédaté, M. O ne peut pas parler. Il est peu conscient, endormi et réagit uniquement aux ordres simples : Son niveau de sédation se situe entre 3 et 4 sur le score de Ramsay. M. O est alimenté par une sonde naso-gastrique. Pour éviter l'extubation, ses mains ont été maintenues au lit par des sangles.

Cette nuit, M. O semble inquiet et désorienté : à chaque fois que nous passons, il ne dort toujours pas malgré l'IMOVANE® (Hypnotique utilisé dans le traitement des insomnies) prescrit par le médecin et administré à 22 h par la sonde naso-gastrique. Avec l'infirmière présente cette

nuit, nous lui demandons ce qui « ne va pas » et pourquoi il est troublé et ne trouve pas le sommeil. Il lève légèrement et péniblement la tête. Du regard, il nous désigne sa main droite sanglée puis bouge ses mains pour essayer de les extraire. Nous lui disons que ce n'est pas possible et que les sangles sont mises pour sa sécurité. Nous lui expliquons que l'intubation étant difficile à supporter, il risque de vouloir s'extuber avec des conséquences graves sur le plan respiratoire.

M. O se fait insistant et son regard devient de plus en plus suppliant. Il ne semble pas comprendre notre refus. On le sent très perturbé et souffrant psychologiquement de l'immobilisation forcée de ses mains mais aussi de ne pas pouvoir nous parler. Ne pouvant pas répondre aux attentes de M. O, nous sommes donc sortis impuissants du box. Chaque fois que nous nous rendons dans son box, il ne dort pas (ou peu) et chaque fois que nous lui posons la question de savoir ce qui ne va pas et pourquoi il ne dort pas. Il lève la tête, s'agite, bouge ses mains en tirant sur les sangles. A chaque visite, la réponse et les signes suppliants qu'il nous fait, sont toujours les mêmes, et nous sortons du box toujours impuissants, frustrés et mal à l'aise de le laisser ainsi.

Le lendemain soir aux transmissions, j'apprends que M. O avait réussi dans la journée à retirer une main de la sangle, qu'il avait extrait sa sonde d'intubation et que celle-ci avait du être remise en urgence.

2.3 Analyse des constats :

Dans les deux situations, nous sommes en présence de patients avec une prescription médicale de mise sous contention. Ces personnes ne les supportent plus et nous demandent de bien vouloir les retirer. L'angoisse et l'agitation montent. Au regard de ces constats, j'ai tout d'abord été interpellé sur le plan personnel : Face à ces situations, quelle réaction adopter et comment établir une relation adéquate avec le patient ? J'ai ressenti un sentiment de frustration, de malaise par rapport à la demande des patients. Je me sentais gêné et frustré de ne pouvoir répondre à leurs attentes. Face à ces demandes insistantes, suppliantes et la situation anxiogène du patient, je me sentais impuissant.

Puis sur le plan professionnel, j'ai pu observer les réactions de l'infirmière : dans le premier cas, elle commence par la discussion et la négociation, elle explique le pourquoi des barrières de lit. Ne parvenant pas à rassurer et calmer la patiente, elle décide alors de retirer une des barrières. Mais avant de prendre cette décision, elle a analysé la situation et mesuré le rapport bénéfices / risques. Connaissant Mme B, l'infirmière savait que l'agitation allait encore s'accroître et qu'il faudrait à terme renforcer la contention, alors que le risque de chute était moindre. Dans la deuxième situation

après avoir suivi le même raisonnement que précédemment, l'infirmière ne peut pas répondre à la demande du patient, le risque d'extubation et les conséquences associées sont bien trop importantes. De ce fait, elle agit contre la volonté de la personne, et ressort du box avec un sentiment de malaise et de frustration.

3 Question de départ

Suite à ces situations, j'ai donc été amené à réfléchir sur la position de l'infirmier(e) : Comment devons-nous réagir face à de telles situations ? Devons-nous respecter scrupuleusement la prescription médicale et laisser monter l'anxiété et l'agitation de la personne soignée?

Retirer, poser des contentions : Comment faire face à ce dilemme entre la prescription médicale et le rôle infirmier consistant à calmer l'anxiété ? Quel doit être notre position face à ce stress et cette angoisse qu'ont les patients d'être contenus, d'être privés de liberté de mouvement, et la sensation d'être emprisonnés ?

De plus sur un plan éthique, quel est notre droit d'obliger la contention et quel est le droit du malade à les refuser ? Comment pouvons nous réagir face à cet acte de soin, qui dans certains cas peut faire penser à de la maltraitance ?

Ces situations qui se gèrent au cas par cas, sans réponse évidente, l'infirmier(e) doit y faire face et pas toujours sereinement. Face à ces dilemmes, comment peut-il réagir, en tant que professionnel, mais aussi quel peut être son sentiment en tant qu'être humain ?

Ce sont toutes ces interrogations, qui m'ont amené à ma question de départ :

« En quoi la mise sous contention de la personne soignée peut elle générer un sentiment de frustration, de malaise pour l'infirmier(e) ? »

4 Exploration

4.1 Exploration théorique du problème de recherche

Comme précisé dans l'introduction du rapport de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Haute Autorité de la Santé - HAS - depuis le 13 août 2004) d'octobre 2000 « *L'utilisation de la contention représente un exemple de dilemmes qui peuvent subvenir dans les situations de soins* »³ et par conséquent avoir des répercussions sur les soignants : « *Si les conséquences de la contention physique concerne d'abord la personne « contenue », certains auteurs rapportent un ressenti pénible des équipes de soins* »³. Pour développer l'argumentation de ma question de départ, je me suis centré sur les soignants des établissements de soins généraux et des résidences pour personnes âgées. J'ai volontairement écarté les services de psychiatrie car la mise sous contention en chambre d'isolement est de contenir physiquement mais aussi psychologiquement la personne : sujet qui pourrait, à lui seul, faire l'objet d'un mémoire.

Dans cette exploration théorique du problème de recherche, je vais tout d'abord définir les termes principaux de ma question de départ et aborder l'aspect législatif se rapportant à la contention physique. Ensuite je vais chercher pourquoi une personne est mise sous contention, quels en sont les risques et quelle est la responsabilité de l'infirmier(e), j'aborderai ensuite la question de la formation des infirmier(e)s à propos de la mise sous contention d'un patient. Je finirai en développant l'impact que la contention physique peut avoir sur le soignant, tant au niveau éthique que sur le plan relationnel avec la personne soignée.

4.1.1 Définitions

Dans un premier temps, afin de bien cerner ma question de départ, il me semble important de définir ce que l'on entend par « contention » et de donner une définition des termes principaux qui composent cette question.

4.1.1.1 Contention:

Le dictionnaire « le petit Robert » donne deux définitions : Dans le domaine chirurgical : « *Action de maintenir, par des moyens artificiels, des organes accidentellement déplacés* » puis plus ancien « *Immobilisation (des malades mentaux) par divers moyens (camisole,*

³ HAS (ANAES), op. cit. P. 9 & P. 14.

ceinture, etc.»⁴ alors que le dictionnaire « Larousse » donne une définition plus générale : « *Appareil ou procédé destiné à immobiliser [...] une partie ou totalité du corps humain dans un but thérapeutique.* »⁵. Je me suis ensuite tourné vers les dictionnaires médicaux, où l'on ne trouve pas vraiment de définition de la contention telle que développée dans ce mémoire : « Le dictionnaire de médecine Flammarion » reprend les significations précédentes : « *Ensemble de moyens orthopédiques ou chirurgicaux destiné à immobiliser un membre ou segment de membre.* »⁶, alors que le « Dictionnaire des termes de médecine », prend la racine latine du mot « *contendere* », qui signifie « *lutter* », pour en donner une signification plus large : « *Immobilisation forcée (patient agité, foyer de fracture)* »⁷.

On peut distinguer deux types de contention : « *La contention chimique par prescription de psychotropes et de curares* »⁸ et la contention physique qui fait l'objet de ce mémoire. Dans le rapport intitulé « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », rendu en 2000, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation pour la Santé (ANAES), aujourd'hui la Haute Autorité de Santé (HAS) définit trois sortes de contention physique : La contention dite posturale « *qui participe au maintien d'une attitude corrigée dans le cadre d'un traitement rééducatif* »⁸, la contention dite active « *réalisée le plus souvent par un masseur-kinésithérapeute qui prépare à la verticalisation après une période d'alitement prolongée* »⁸, puis La contention physique passive qui « *se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* »⁹.

Cette définition nous éclaire aussi sur le but premier qui est la sécurité de la personne. Ce rapport précise qu'il existe une grande diversité de moyens et de techniques de contentions et que les plus connus et utilisés sont : « *Les gilets, sangles thoraciques et ceintures. Les attaches de poignets et de chevilles. Les sièges gériatriques et les sièges avec adaptable fixé. Les barrières de lit.*

⁴ « Le petit Robert, dictionnaire de la langue Française », édition juin 2000

⁵ « Le petit Larousse illustré », Edition 2000

⁶ S.KERNBAUM, « Dictionnaire de médecine Flammarion », 7^{ème} édition, 2001, chez Flammarion

⁷ GARNIER DELAMARE, « Dictionnaire de termes de médecine », 29^{ème} édition, 2006, ed Maloine

⁸ MF. BERNARD, F BOULE, « Soins », N° 656, P. 18, juin 2001

⁹ HAS (ANAES), op. cit. P. 10.

Il faut considérer tout matériel détourné de son usage, souvent un drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps »⁹.

4.1.1.2 Sentiment:

J'ai repéré plusieurs définitions dans le dictionnaire « Le Robert » dont voici les plus proches du sens que je veux lui attribuer dans ce mémoire : « 1) *Le fait ou la possibilité de sentir, de percevoir (sens, sensation) [...] 2) Conscience plus ou moins claire [...] et qui comporte des éléments affectifs et intuitifs (impression) [...] 3) Capacité d'apprécier un ordre des choses, une valeur morale, etc [...] 4) Tendence affective assez stable, moins violente que l'émotion ou la passion (sensibilité) »¹⁰. C'est pour cette dernière définition que « le Robert » expose comme exemple les sentiments de gêne, de honte, de malaise [...].*

4.1.1.3 Frustration:

Pour définir ce mot, qui est « *Action de frustrer* », le dictionnaire « le petit Robert » nous renvoie aux définitions de frustrer : « 1) *Priver d'un bien, d'un avantage escompté, promis ou attendu. 2) Priver d'une satisfaction. 3) Ne pas répondre à un espoir, une attente* »³ et « le petit Larousse » définit frustration comme une « *Tension psychologique engendrée par un obstacle qui empêche le sujet d'atteindre un but ou de réaliser un désir* »¹¹.

4.1.1.4 Malaise:

« Le petit Larousse » donne trois définitions : « 1) *Sensation pénible, mal localisée, d'un trouble physiologique : (Malaise passager). 2) Brusque défaillance des forces physiques pouvant aller jusqu'à l'évanouissement (Avoir un malaise au volant de sa voiture). 3) État, sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension* ». C'est cette dernière définition qui correspond le plus au mot utilisé dans ma question. Il en est de même pour une des définitions du dictionnaire « Le Robert » : « *Celui qui n'est pas à son aise [...] 2) Sensation pénible (le plus souvent vague) d'un trouble dans les fonctions physiologiques (embarras, gêne, mal être) »*

¹⁰ Dictionnaire « *le Robert* », Volume 6 et 4, édition 1983

¹¹ « *Le petit Larousse illustré* », Edition 2000

4.1.1.5 Le soin:

La mise sous contention est un acte de soin, même si ce mot n'apparaît pas dans ma question de départ, il me semble nécessaire de définir ce qu'est le soin et l'acte de soin infirmier(e).

Selon « le petit Robert », « soin » (au pluriel) sont les : « *Actions par lesquelles on soigne : Attention, prévenance, Sollicitude.... Actes par lesquelles on conserve ou rétabli la santé* » alors que « Prendre soin » signifie « *Soigner, s'occuper du bien être de quelqu'un* ». Pour « le petit Larousse », « Prendre soin de », c'est « *Etre attentif à, veiller sur* ».

Laurence Nightingale (pionnière du « nursing ») ou Virginia Henderson (qui a défini les 14 besoins fondamentaux) ont été les premières à donner une définition du « prendre soins » en se centrant beaucoup plus sur la personne elle-même. On retrouve cette notion dans la définition de Walter HESBEEN : « *Le soin relève ainsi de l'attention. Il désigne le fait d'être attentif à quelqu'un [...] pour s'occuper de son bien être ou de son état. L'expression « prendre soin » souligne cette attention particulière que l'on va porter à soi-même ou à un autre, ou à la tâche que l'on est en train d'accomplir [...] C'est bien au singulier qu'il convient de l'écrire car l'attention particulière contenue dans le « prendre soin » ne peut à chaque fois qu'être unique [...] Elle est singulière comme l'est la situation de vie dans laquelle un soignant est amené à prendre soin d'une personne* »

12

4.1.2 Législation :

Comme cité dans le Rapport de l'ANAES publié en 2000, la mise sous contention fait l'objet d'une « *prescription médicale motivée, écrite, horodatée, précisant les motifs, la durée et les risques. [...] En cas d'absence du médecin et en urgence, elle peut être faite à posteriori et confirmée dans les plus brefs délais. [...] Sa durée de validité est de 24 heures* ». Concernant les actes infirmier(e)s en rapport avec la contention, **le Code de la santé publique**, (Partie législative – Profession de santé – Livre III – Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière¹³) précise le rôle de l'infirmier en signifiant qu'il peut accomplir des actes « *visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement* »¹⁴. Nous pouvons noter que dans les textes du code

¹² HESBEEN W, « Prendre soin à l'hôpital », P.7 & P. 8.

¹³ Profession INFIRMIER: Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Ref 531 200, P.161 à P.167. (Extraits en annexe 1 : Extrait du Code de la santé publique, (Partie législative – Profession de santé – Livre III – Titre Ier: Profession d'infirmier ou d'infirmière).

¹⁴ Profession INFIRMIER Op cit Art R4311-5, P. 162. (Extraits en annexe 1)

de la santé publique, référencé ci-dessus, il est question de contention en général et que l'on ne distingue pas la contention physique des autres types de contention. Du rôle propre de l'infirmier(e), seul le point 27 de l'article Art R4311-5 aborde la contention mais sur le plan des complications: « *Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* »¹⁴.

De son rôle sur prescription, l'Art R4311-7 12° autorise « *l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* »¹⁵ et Art R4311-9 6° autorise dans le rôle de l'infirmière, la « *Pose de dispositifs d'immobilisation* », mais « *à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* »¹⁶. De plus, en cas d'urgence (de par l'Art R4311-14), le législateur laisse la possibilité à l'infirmier(e) d'intervenir, selon un protocole préétabli, à « *accomplir des actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin* »¹⁷

Plus globalement par rapport aux demandes, aux désirs des patients, de retirer les contentions (situations relatés dans mes constats), la **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002**¹⁸ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, titre II, chapitre Ier, droit de la personne stipule dans Art. L. 1110-5 que :

« *Toute personne a, [...] le droit de recevoir les soins les plus appropriés [...] qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire* », et que ces actes ne doivent pas « *lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ». De même que les articles L. 1111-2 et L. 1111-4 abordent le droit à l'information ainsi que les conséquences d'un refus : « *Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, [...], leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* ».

« *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en*

¹⁵ Profession INFIRMIER Op cit Art R4311-7, P. 164.

¹⁶ Profession INFIRMIER Op cit Art R4311-9, P. 165.

¹⁷ Profession INFIRMIER Op cit Art R4311-14, P. 166.

¹⁸ <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/loi-nd-2002-303-du-4-mars-2002.html> (consulté le 11/10/2012) Voir articles complet en annexe2 : « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. »

danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables »

De même que la **Charte de la personne hospitalisée**¹⁹ les articles 2 et 4 abordent les notions d'informations données au patient, de choix thérapeutique (Art 2) de consentement ainsi que du droit à refuser les soins (Art 4).

4.1.3 Mise sous contention physique : Risques et responsabilité infirmier(e)s

Comme on peut le lire dans la revue « L'infirmière magazine » N° 281, du 15 juin 2011, la mise sous contention concerne des patients de tous âges. Elle est utilisée pour immobiliser un enfant pendant un soin (l'empêcher de toucher ou d'arracher une perfusion), pour maintenir un adulte qui présente des problèmes de conscience (constat N° 2) ou pour éviter la chute d'une personne âgée (constat N° 1).

Dans tous les cas la contention demande une attention particulière de la part des soignants car elle n'est pas sans risque. Parmi les risques encourus on trouve : « *une aggravation de la confusion, de l'agitation, un risque de chute augmenté avec des conséquences plus importantes (Décès par strangulation, asphyxie) ainsi qu'un sentiment d'humiliation, de maltraitance et de non-respect de la dignité exprimé par les patients* »²⁰. L'ensemble des personnels soignants doivent donc se concerter pour en évaluer les bénéfices et les risques.

Les principaux buts de la contention sont la sécurité du patient (chutes, désorientation), celle de l'entourage (agression, patient agité) et la protection de l'environnement (arrachage du matériel de soins), mais elle est la aussi pour la sécurité du personnel et de l'institution. En effet « *il existe une responsabilité judiciaire en cas de chute, de blessure, de fugue [...] les soignants redoutent que les familles portent plainte.* »²¹. De plus en cas de mise sous contention abusive, en rapport avec le droit du patient à la liberté, celui-ci a le statut de victime, « *ainsi, que le soignant soit un acteur direct ou indirect de sa mise en œuvre [...], il peut être puni au niveau pénal* »²². Mais certains soignants se retranchent derrière la prescription médicale qui « *légitime leur appréhension de la*

¹⁹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a3_couleur.pdf (consulté le 11/10/2012). Voir en annexe 3

²⁰ P THIBAUT, « Le recours à la contention », Infirmière magazine N° 281, P. 39, 15 juin 2011.

²¹ « Contention et non contention, mesurer les risques potentiels (1/3) « Soins », N° 656, P. 19, juin 2001.

²² « Contention abusive et responsabilité infirmière », « La revue de l'infirmière », N° 159, P. 30, avril 2010.

nécessité de la contention et les déculpabilise de cette pratique qu'ils ne sont pas à l'aise d'appliquer »²³ et ils ont ainsi « *le sentiment d'être libéré de toute responsabilité* »²³

De ce paradoxe entre le bénéfice, les risques, la sécurité de la personne et la responsabilité du soignant il en résulte que « *Parallèlement, les soignants qui recherchent la sécurité par la contention, trouvent cette pratique pénible, ressentent de l'insatisfaction, de la culpabilité, générant de l'anxiété et un questionnement sur les douleurs engendrées.[...] On souligne l'insuffisance d'information des personnels de soins, ainsi que l'absence d'enseignement sur ce sujet dans l'ensemble des formations initiales* »²⁰.

4.1.4 Formation des infirmier(e)s

A propos de la formation initiale de l'infirmier(e) concernant la contention, j'ai donc voulu savoir ce que les textes pouvaient en dire : Le nouveau référentiel du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier aborde la contention dans la partie concernant les activités détaillées, au chapitre 4-Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes : « *Surveillance des personnes en situation potentielle de risque pour elles même ou pour autrui [...]. Surveillance de personnes nécessitant une contention momentanée [...]. Activité visant à la protection des personnes en risque de chute.* »²⁴. Une formation sur la contention apparaît maintenant dans les éléments du contenu de l'UE 4.4 S4 : Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical : « *Les moyens d'isolement, de contention et le cadre thérapeutique* »²⁴.

Dans le référentiel de formation précédant datant du 23 mars 1992, je n'ai pas trouvé dans les textes et les contenus des différents modules, des éléments signifiants une formation théorique sur la contention aussi bien dans le « *module de soins infirmiers aux personnes âgées* »²⁵ que dans les « *modules soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques* »²⁵.

Certaines études déplorent le manque de formation et « *des connaissances limitées sur les risques [...]* Seulement deux personnes sur 27 ont dit avoir abordé le problème au cours de leur

²³ « Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive », « *Gérontologie et société* », N° 116, P. 166 & P. 167, mars 2006

²⁴ Profession INFIRMIER : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession : Ref 531 200 du 15/06/2010, P 23 & P98.

²⁵ Profession INFIRMIER : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession : Ref 531 001 du 30/08/2007, P. 53 à P. 56.

formation, mais de façon très sommaire.»²⁶. Ce manque avait déjà été signifié dans le rapport de l'ANAES d'octobre 2000. « *Pourtant cette pratique courante ne figure pas très souvent dans les divers programmes de formation des professionnels de santé. Probablement par ce que sa seule inscription pourrait soulever des problèmes éthiques et déontologiques majeurs. Cette pratique porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques, tout en ayant une efficacité souvent aléatoire* »²⁷.

4.1.5 Impact de la mise sous contention physique sur le plan éthique

Pour introduire la notion d'éthique dans la contention, on peut reprendre ce que dit W HESBEEN à propos du soin : « *Je pose le concept de « prendre soin » comme une valeur, non comme une vérité [...] Ce qui permet à chacun de souscrire à cette valeur ou de s'en détourner en choisissant une orientation plus compatible avec ses idées ou plus appropriée avec son projet de vie ou professionnel. L'important [...] est qu'il s'inscrive dans une perspective soignante véritable* »²⁸. C'est véritablement nos valeurs, nos convictions, ce pour quoi on a choisi ce métier qui vont entrer en ligne de compte sur notre réaction vis-à-vis d'un patient porteur de contention. Sur le plan éthique, les écrits sur la contention portent principalement sur la privation de liberté et de ce dilemme entre sécurité et liberté : « *Les soignants n'arrivent pas à sortir d'une situation conflictuelle entre la sécurité du patient et le respect de sa dignité, notamment sa liberté de se mouvoir* »²⁹. Le rapport de l'ANAES évoque la mise sous contention comme une situation mal vécue par les soignants car « *celle-ci concilie difficilement la contention avec le respect de l'autonomie et de la dignité de ces patients* »³⁰.

Dans son livre « *Le souci de l'autre* », Marie De HENNESEL évoque la souffrance des malades, des familles mais aussi des soignants face au manque d'humanité et d'attention à l'hôpital. Elle évoque la mise sous contention en milieu hospitalier, ainsi que la notion de maltraitance qui y est associée : « *Ma mère était très angoissée à son arrivée [...] Hélas l'hôpital préfère utiliser la méthode agressive en attachant les malades, plutôt que d'avoir recours aux familles* »³¹. Cette « *Violence dans les soins* » ressentie par les familles, est aussi ressentie par les soignants. Elle

²⁶ « Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive », « *Gérontologie et société* », N° 116, P. 166 & P.167, mars 2006

²⁷ HAS (ANAES), op. cit. P. 3.

²⁸ HESBEEN W, op. cit. P. 36 & P. 37.

²⁹ « *Gérontologie et société* », N° 116, op. cit. P.163.

³⁰ HAS (ANAES), op. cit.

³¹ M De HENNESEL, « *Le souci de l'autre* », P. 50 & P. 51.

expose la souffrance de l'infirmière : « Elle demande la reconnaissance de son humanité, donc de sa vulnérabilité [...] Aucune autre profession ne doit faire face à une telle responsabilité : Prendre soin d'un être humain »³² mais aussi le sentiment de culpabilité engendrée par certains soins : « Les soignants [...] ne peuvent ni ne savent répondre à des demandes souvent impossibles à satisfaire. Le sentiment de culpabilité qui en découle, ravivé chaque fois qu'un malade se plaint, se répand alors comme un poison dans le service »³³. Toujours concernant les soignants « De nombreux conflits personnels et d'équipe peuvent subvenir à propos des questions de contention : une insatisfaction, un sentiment de culpabilité, de honte, une baisse d'estime de soi (sentiment d'être « un bourreau », voire une perte de l'idéal soignant »³⁴, mais toutes ces réflexions et sentiments ne sont pas partagés par tous les soignants : « Certains expriment une grande ambivalence, d'autres un sentiment de toute puissance lorsque la contention est légitimée ou autorisée »³⁵

4.1.6 Impact de la mise sous contention physique sur la relation soignant / soigné

Contrairement aux thèmes exposés précédemment, l'impact de la contention sur la relation soignant / soigné n'est que peu ou pas développée dans les livres ou articles professionnels. Certains auteurs le regrettent : « Compte tenu du temps [...], nous n'avons pas pu faire d'entretien auprès des patients et de leur famille [...], nous aurions souhaité analyser les relations entre les familles des personnes contenues et les soignants »³⁶. Elle est évoquée généralement dans la conclusion : « En résumé, quelles que soient les raisons et le mode de contention, ces pratiques posent questions dans la relation établie entre le soignant et le soigné [...] »³⁷. « Les soignants souffrent souvent de devoir imposer la contention à leur patients [...] Elle augmente l'agressivité des trois acteurs concernés : le patient, son entourage et les soignants »³⁸.

³² M De HENNEZEL, P. 81

³³ M De HENNEZEL, P. 85

³⁴ « Contention et non contention, mesurer les risques potentiels (2/3) « Soins », N° 657. P. 22. juillet/aout 2001.

³⁵ « Contention et non contention, mesurer les risques potentiels (2/3) « Soins », N° 657. P. 22. juillet/aout 2001.

³⁶ « Gérontologie et société », N° 116, op. cit. P. 169.

³⁷ P THIBAUT, Infirmière magazine N° 281, op. cit. P. 40.

³⁸ « Soins », N° 657, Op cit. P. 23.

4.2 Exploration pratique du problème de recherche

4.2.1 Méthodologie suivie

Pour effectuer l'exploration pratique du problème de recherche, j'ai choisi d'effectuer des entretiens sur la base de 15 questions principalement ouvertes et semi directives³⁹. J'ai d'abord posé des questions sur l'utilisation des contentions dans le service afin de cerner au mieux dans quelles situations mais aussi dans quelles conditions les infirmier(e)s pouvaient y avoir recours. J'ai ensuite orienté mes questions vers le thème de mon mémoire. Je n'ai pas présenté aux infirmier(e)s ma question de départ, mais juste demandé quelles pouvaient être leurs difficultés par rapport à la mise sous contention d'une personne, ceci leur laissant une grande liberté de réponse. Elles pouvaient donc exposer plus facilement leurs ressentis et éventuellement leurs interrogations par rapport à la mise sous contentions physiques d'une personne.

J'ai choisi de m'entretenir avec deux infirmier(e)s dans quatre services différents. J'ai tout d'abord opté pour les services de neurologie et de réanimation chirurgie car c'est dans ces deux unités que se sont déroulés mes constats. Je voulais revenir sur le terrain pour cerner les réactions des soignants qui ont, ou auraient pu être concernés par mes situations. J'ai ensuite choisi une EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) car j'ai pu constater dans mon exploration théorique que la mise sous contention physique de la personne âgée est une pratique assez courante et qu'elle fait souvent l'objet de réflexions et d'écrits professionnels. En dernier lieu, un service de médecine générale me semblait pertinent de par la diversité des pathologies rencontrée et des personnes accueillies. C'est aussi un service qui dans certains cas, a recours à la contention physique. Pour des raisons de disponibilité et d'organisation dans leur travail, je n'ai pas pu interroger 2 infirmier(e)s dans ce service, mais l'infirmier avec lequel je me suis entretenu est référent pour les contentions dans le service.

Suivant les disponibilités des services, j'ai essayé de m'entretenir avec des infirmier(e)s d'âge et d'expérience différents. L'âge des personnes interrogées se situait entre 24 et 35 ans avec une moyenne de 29 ans. Leur expérience allait de 6 mois à 10 ans, ce qui représentait une moyenne de 5,5 ans d'ancienneté⁴⁰. Une seule infirmière avait suivi la formation issue de la nouvelle réforme.

³⁹ Grille d'entretien en annexe 4

⁴⁰ Voir le tableau en annexe 5

Quand j'ai demandé à effectuer mes entretiens, j'ai été très bien accueilli dans les différents services. Les personnes interrogées m'ont reçu dans des locaux ou des bureaux à part, où nous avons pu nous entretenir en toute tranquillité. Les entretiens ont duré de 15 à 20 minutes, les infirmier(e)s ont participé activement à l'interview et ont répondu franchement et sans aucune hésitation à mes questions.

4.2.2 Exploitation des données de l'exploration pratique

Dans cette exploitation des données, je vais donc reprendre chaque question posée aux infirmier(e)s et en faire une synthèse.

Toutes les personnes interrogées n'ont dit avoir recours aux contentions physiques dans leurs services respectifs.

1) Concernant les types de contentions utilisées, tous les services dans lesquels j'ai mené les entretiens, utilisent en premier lieu les barrières de lit. Le service de réanimation utilise régulièrement les sangles pour les poignets et éventuellement pour les pieds. L'infirmière (IDE 4) m'a dit avoir eu recours à une contention de torse. Les infirmières d'EHPAD (IDE5 & 6) ont recours au drap ou à la ceinture pour une contention au fauteuil ainsi qu'à la « turbulette ». Les infirmiers des services de neurologie et de médecine générale utilisent aussi les attaches de mains ou les ceintures ventrales et mais plus rarement les attaches de pieds.

2) « Dans quelles situations utilisez-vous la contention physique ? » : Le service de réanimation l'utilise systématiquement en cas d'intubation. L'infirmière (IDE4) ajoute que « *cela fait parti d'un protocole demandé par les médecins suite à des problèmes d'extubation ou d'arrachement des KT* ». L'infirmière (IDE3) ajoute que la contention est aussi utilisée en cas d'agitation ou de confusion des personnes. En EHPAD, les 2 infirmières n'ont répondu qu'elles avaient recours à la contention pour éviter les chutes. En neurologie, les barrières sont utilisées « *quotidiennement pour éviter les chutes, parfois à la demande du patient* ». La contention est aussi utilisée en cas d'agitation, ou de démence. L'infirmière (IDE2) ajoute que la contention est aussi utilisée en cas d'agitation non compatible avec les soins, de délirium de Tremens, de non compréhension des patients, en cas d'agression envers les soignants, mais aussi en cas de déambulation « *incompatible avec le service* ». Dans le service de médecine générale (IDE7), on retrouve les mêmes situations citées par les services précédents : En cas d'agitation, pour éviter d' « *arracher* » les perfusions, en cas de risque d'agression « *pour éviter de prendre des coups* ». L'infirmier (IDE7) précise aussi que la contention ventrale est utilisée pour éviter les chutes chez les patients agités. Elles sont

utilisées au lit ou au fauteuil (pour éviter à la personne d'être toujours alitée). Quand ils sont calmes, ce sont les barrières de lit qui sont utilisées, car en cas de patient agité, la chute par-dessus les barrières risque d'être plus grave.

3) « Comment les patients réagissent ils ? » : Les réactions des patients sont assez variées, elles dépendent des personnes et des situations : Concernant les barrières de lit, elles sont bien acceptées par les personnes. Pour les autres types de contentions, certaines personnes s'agitent puis arrivent à se calmer, d'autres n'ont pas vraiment de réaction et acceptent la mise sous contention. Une infirmière d'EHAPD (IDE5) me dit que les résidents acceptent bien la plupart du temps. Les infirmières de neurologie (IDE1 & 2) me répondent que pendant la phase d'agitation (phase la plus critique), la mise sous contention rend la personne encore plus agitée, il faut parfois être plusieurs pour contenir la personne, mais qu'à terme le patient arrive à se calmer. L'infirmier de médecine générale (IDE7) me dit que les contentions des poignets sont souvent mal tolérées et précise qu' « *il faut expliquer aux familles quand on met en place ce genre de prescription* ». En service de réanimation, les 2 infirmières (IDE 3 & 4) disent que la réaction dépend de l'état de sédation de la personne : Sédaté, la personne ne s'en aperçoit pas et ne s'en souvient pas vraiment. Une fois conscientes, elles en comprennent généralement l'intérêt. L'infirmière IDE4 ajoute que dans certains cas « *On va jusqu'à retirer les contentions à un patient intubé* ». L'infirmière (IDE3) répond aussi, qu'en cas de confusion, des personnes tirent sur les contentions pour les retirer, et l'infirmière (IDE4) d'ajouter : « *S'il y a trop d'agitation, on va jusqu'à la contention chimique. C'est un danger pour eux et pour les autres* ».

4) Concernant les alternatives à la mise sous contention : Pour les infirmières de réanimation, l'IDE3 ne voit pas d'alternative, il s'agit d'un protocole : « *Un patient intubé est systématiquement contenu* », alors que l'IDE4 évoque la contention médicamenteuse comme alternative. En neurologie, l'infirmière (IDE2) évoque la contention chimique, mais dit essayer principalement d'expliquer pour calmer la personne. L'autre infirmière (IDE1) dit éviter au maximum la mise sous contentions, mais dit aussi y être contrainte par manque de personnel. Elle cherche cependant des alternatives en mettant le fauteuil dans le couloir pour avoir une meilleur surveillance de la personne. L'infirmier de médecine (IDE7) évoque lui aussi le traitement médicamenteux comme alternative pour apaiser la personne et ainsi retirer les contentions, mais précise que c'est une phase qui prend du temps et qu'elle n'est pas toujours possible. Ceci étant l'utilisation de la contention physique reste toujours temporaire. Une infirmière d'EHPAD (IDE5) dit ne pas avoir d'alternative

à la contention physique, alors que sa collègue (IDE6) utilise un lit Alzheimer pour éviter les chutes et avoir recours à des activités dans la journée avec une présence.

5) En ce qui concerne le questionnement en équipe de la mise sous contention, les infirmier(e)s de neurologie, de médecine et d'EHPAD m'ont répondu que « OUI », que généralement, les cas des patients étaient examinés en équipe pluridisciplinaire, et l'infirmière (IDE2) de neurologie de préciser que « *Depuis 10 ans, il y a moins de contention, il y a une volonté de réduire les contentions* »

6) A la question si « des moyens en lien avec la contention physique ont été mis en place dans le service », la plupart des infirmier(e)s n'en voient pas ou peu. Une seule infirmière (IDE2) ajoute : « *On nous demande d'éviter de le faire, mais c'est verbal avec l'encadrement et les médecins. Les aides-soignantes freinent pour le faire* ». L'infirmier de médecine (IDE7) signifie que « *la prescription de mise sous contention est dans un dossier différent pour en permettre un meilleur suivi. Cette fiche de suivi est utilisée dans tout l'hôpital mais son utilisation varie suivant les services* ».

7) A la question « Avez-vous des difficultés à mettre une personne sous contention physique ? », les réponses sont partagées à égalité. Une moitié des infirmières ont répondu « OUI » et l'autre moitié, « NON ». Les 2 infirmières de réanimation (IDE3 & 4) n'ont pas de difficultés à mettre une personne sous contention. L'IDE3 répond qu'elle n'a pas le choix et que c'est le protocole, L'IDE4 évoque aussi l'habitude, l'aspect systématique mais précise que c'est pour la sécurité des personnes. Les 2 infirmières de neurologie disent avoir des difficultés. L'IDE1 dit « *Ce n'est pas un plaisir* » et pèse le pour et le contre, les bénéfices et les risques, L'IDE4 évoque la notion de « *ficeler* », de demande suppliante du patient à ne pas le faire, mais évoque aussi le soulagement des équipes en cas de contention. L'infirmier de médecine (IDE7) dit ne pas avoir vraiment de difficultés et précise que les cas qu'il a vu étaient à 90% liés à de l'agressivité chez des personnes présentant la maladie d'Alzheimer. Pour les infirmières d'EHPAD, L'IDE5 n'a pas de difficulté car elle le justifie par la sécurité des résidents, alors qu'au contraire, l'IDE6 a des difficultés par rapport à la restriction de liberté des personnes.

8) Lorsque j'ai demandé aux infirmier(e)s leurs ressentis quand elles mettaient en place une contention, les 2 infirmières de neurologie (IDE1 & 2) m'ont répondu qu'elles avaient un sentiment d'échec, mais disent ne pas avoir d'autres solutions. Il en est de même pour l'infirmier de médecine (IDE7) pour qui la mise sous contention n'est pas agréable, mais que c'est un acte réfléchi qui augmente la sécurité des personnes. Les infirmières d'EHPAD (IDE5 & 6) n'ont pas de difficultés à

mettre sous contention car elles estiment que c'est pour le bien des personnes de même que pour les infirmières de réanimation (IDE3 & 4) qui sont soulagées par rapport aux risques encourus.

9) Concernant la formation reçue pour la mise sous contention, tous ont répondu ne pas avoir eu de formation. L'IDE1, de neurologie dit savoir que la contention se fait sur prescription, mais n'est pas formée sur la manière de procéder, alors que l'IDE2 (du même service), avec plus d'ancienneté, répond avoir appris par expérience. L'infirmier de médecine (IDE7), pourtant référent du service, regrette n'avoir pas eu de formation à ce sujet et espère en avoir prochainement. En EHPAD, l'infirmière (IDE6) souhaiterait «*bénéficier d'une formation pour pouvoir échanger avec les autres sur leurs expériences, en savoir plus sur les contentions et connaître les alternatives pour une meilleure prise en charge des personnes*». En réanimation, une infirmière (IDE3) se sent suffisamment formée, tandis que sa collègue (IDE4) estime ne pas avoir besoin de formation.

10) La dernière question, ouverte, dans laquelle je demandais si les personnes interrogées avaient, elles aussi des questions : 4 infirmier(e)s (IDE3, 5, 6 & 7) n'en avaient pas, 2 infirmières (IDE2 & 4) auraient bien aimé avoir des informations sur les alternatives à la contention et savoir comment font les services qui n'en utilisent pas. Une infirmière (IDE1) aborde la problématique de l'intervention des familles qui perçoivent mal et refusent la mise sous contention de leur proche.

4.2.3 Synthèse de l'exploration pratique

De l'exploitation des données de l'exploration pratique, on peut retenir que le questionnaire et les réactions des soignants vis à vis de la mise sous contention d'une personne varient suivant les services. Les infirmières de réanimation respectent un protocole : Du fait qu'une personne intubée doit systématiquement être mise sous contention, elles se sentent donc rassurées vis à vis du risque encouru et n'ont donc pas de difficultés particulières à appliquer la contention physique. Concernant les autres services, on remarque que globalement, les principales raisons de la mise sous contentions sont le risque de retirer les perfusions, le risque de chute (surtout en EHPAD) mais aussi l'auto et l'hétéro-agressivité. C'est principalement dans ces dernières situations que les infirmier(e)s ont un sentiment de gêne ou de frustration par rapport à la mise sous contention d'une personne. Elles se sentent plutôt mal à l'aise, elles ont des scrupules et un sentiment d'échec. Les professionnels rencontrés ont des difficultés à «*attacher*» une personne, et ainsi la priver de liberté. Après avoir pesé le rapport bénéfices / risques, mais aussi par manque de formation ou de connaissances d'alternatives, elles ne voient pas d'autres solutions que la mise sous contention

physique. Elles se sentent ainsi contraintes de le faire en se disant que c'est pour le bien de la personne.

5 Problématique

De mon sujet de mémoire sur la réaction des soignants face à une personne porteuse de contention physique, j'ai abordé ma réflexion avec la question de départ : « *En quoi la mise sous contention de la personne soignée peut elle générer un sentiment de frustration, de malaise pour l'infirmier(e) ?* »

Je suis arrivé à ce questionnement car j'avais moi-même ressenti des difficultés et un sentiment de malaise par rapport à la mise sous contention. Suite à la lecture de documents et d'articles pour l'élaboration de mon exploration théorique, j'ai pu me rendre compte que la mise sous contention d'une personne pouvait poser des difficultés au soignant. Ce soin légiféré et cadré pose des questions aux soignants tout d'abord sur le droit des malades, de leur liberté de mouvement et de déplacement, mais aussi sur le plan éthique par rapport aux valeurs que représente la profession d'infirmier. D'après mes lectures, les raisons de la mise sous contention physique sont diverses, et j'ai pu me rendre compte que la première question qui se pose aux soignants est de savoir quels en sont les bénéfices et quels sont les risques encourus ? Ce questionnement, on le retrouve aussi dans la réalité du terrain. La première raison évoquée par les infirmier(e)s interrogé(e)s, quelque soit le service, est la sécurité des personnes, aussi bien le patient lui-même que les autres patients ou les soignants. Après une analyse des bénéfices et des risques, la décision de mettre sous contention une personne est prise par l'équipe médicale.

Dans ma grille d'entretien, je demandais aux professionnels quelles pouvaient être leurs difficultés à mettre sous contention une personne. La plupart voulaient tout d'abord connaître ma question de départ pour pouvoir y répondre plus facilement. J'ai volontairement refusé de leur exposer ma question de départ afin de ne pas avoir directement la réponse à ma question, mais pour que leurs réponses soient les plus larges possibles. Une seule personne m'a parlé de ses difficultés sur le plan pratique et non pas sur son ressenti au niveau personnel.

Avant mes entretiens, je pensais qu'un nombre plus important de soignants avait des difficultés, des scrupules à mettre les contentions physiques, mais leur ressenti varie aussi suivant les services dans lesquels ils exercent. Certains articles professionnels évoquent un retranchement derrière la prescription médicale, ce qui permet une légitimité, ce qui déculpabilise le soignant et

donne le sentiment d'être libéré de toute responsabilité⁴¹. On peut retrouver cette attitude en service de réanimation. Les risques et les conséquences de l'extubation sont si importants qu'un protocole est appliqué et que le professionnel ne se pose pas vraiment la question de savoir s'il y a d'autres solutions que d'« attacher » la personne sur son lit. En corrélation avec mon exploration théorique, j'ai aussi découvert, dans les réponses des infirmières, qu'en rapport avec leurs valeurs et leur conviction du métier, elles ne trouvaient pas agréable le fait de priver de liberté une personne et qu'elles considéraient comme un échec la mise sous contention physique. Vraisemblablement sensibilisé par mon mémoire et mes valeurs de la profession, j'ai aussi eu ce sentiment d'échec, lors d'un de mes derniers stages, quand il a fallu mettre sous contention, une personne démente, légèrement agitée, déambulant dans le service, afin de lui injecter un traitement pour la calmer. Dans cette situation, sur le plan personnel, je pensais qu'il n'était pas nécessaire de poser une contention physique, mais qu'un maintien ferme à plusieurs soignants suffisait, d'autant plus que la personne s'est laissé faire pour l'injection. Était-ce dans ce cas, une forme d'abus des soignants pour faciliter le soin, ou une inexpérience de ma part pour doser le rapport bénéfice / risque.

Concernant les relations soignant / soigné, les études ont noté que le soignant souffre souvent de devoir imposer la contention et que l'agressivité des patients augmente au moment de sa mise en place⁴². Mon recueil d'informations m'a permis de constater qu'il en est de même concrètement en service, principalement pendant la phase critique de mise sous contention, mais que dans la plupart des cas, en expliquant les raisons de la mise sous contention les personnes soignées l'acceptent assez souvent. Comme développé dans mon exploration théorique, ce droit à l'information concernant le traitement et les risques encourus en cas de refus sont bien précisés dans la loi de 4 mars 2002⁴³.

De toute cette recherche théorique et des entretiens que j'ai pu faire pour élaborer ce travail de fin d'études, le sujet qui revient le plus souvent dans les articles et les réponses des professionnels, est la question de la formation. De fait, dès octobre 2000, le rapport de l'ANAES le déplore et évoque comme raisons, vraisemblablement la peur de soulever des problèmes éthiques et déontologiques⁴⁴. Le nouveau référentiel 2009 de la profession d'infirmier inscrit dans la formation, une information et une réflexion sur les moyens d'isolement, de contention et le cadre

⁴¹ « Gérontologie et société », N° 116, Op cit P. 166 & P. 167, mars 2006.

⁴² « Soins », N° 657, Op cit. P. 23.

⁴³ « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. » Art L1111-2 (Voir article complet en annexe2).

⁴⁴ HAS (ANAES), op. cit. P.3.

thérapeutique, mais les professionnels sur le terrain, n'ayant pour la plupart pas bénéficié de la nouvelle réforme, déplorent pour beaucoup ce manque de formation complémentaire. Cette formation pourrait leur permettre une meilleure préparation à la mise sous contention physique ainsi qu'une meilleure connaissance des alternatives de celle-ci. De ce fait une meilleure connaissance de la mise sous contention pourrait diminuer, voir supprimer le sentiment d'échec et de frustration ressenti.

En faisant maintenant la synthèse de mon travail de fin d'études, je peux souligner que la mise sous contention d'une personne reste un dilemme : entre la sécurité et la liberté des personnes, il y a un choix difficile à effectuer. De mes recherches et lectures, de mes rencontres avec les professionnels et de mes expériences sur le terrain, je n'ai pu que constater qu'à tous niveaux (Médecins, infirmiers, patients et familles), la mise sous contention physique reste un problème et une interrogation dans tous les établissements de santé. S'il y a une chose que j'ai pu dégager de ce travail, c'est certainement le manque d'information et de formation des professionnels de santé ainsi que le manque de connaissances d'alternatives à la mise sous contention. Ceci pourrait peut être permettre aux soignants d'être mieux préparés à la mise sous contention afin de mieux appréhender cet acte soignant.

Si j'avais à poursuivre ce travail de recherche et de réflexion sur la mise sous contention d'une personne, et en lien avec la remarque de l'ANAES concernant le manque de formation en matière de contention et les problèmes éthiques et déontologiques que celle-ci soulève⁴⁵, je pourrais poser la question :

« En quoi une formation accrue des professionnels de santé sur la mise sous contention d'une personne, peut elle favoriser l'approche des problèmes éthiques et déontologiques que la mise sous contention induit ? »

6 Conclusion

Ce travail de fin d'études m'a permis de structurer et d'améliorer ma méthodologie du travail de recherche. Dans mon précédent métier, j'ai eu l'occasion d'effectuer différents travaux de recherche pour

⁴⁵ HAS (ANAES), op. cit. P. 3.

maintenir à jour mes connaissances et découvrir de nouvelles méthodes et technologies liés à ma fonction, mais c'était surtout de la recherche d'informations pour améliorer mes pratiques de travail. Ce travail, différent de ce que j'avais pu faire, n'a pas toujours été facile. J'ai surtout eu des difficultés au début, car je m'orientais vers la rédaction d'un rapport sur la mise sous contention, et je n'arrivais pas à cerner le travail que l'on me demandait. Les rendez-vous avec ma conseillère de mémoire, le livret d'accompagnement ainsi que la méthodologie conseillée par l'IFSI m'ont beaucoup aidé à effectuer ce travail. Ce travail de fin d'études m'a permis d'améliorer mon esprit d'analyse, mais surtout de rester synthétique et de me focaliser uniquement sur ma question de départ. En effet, le thème de la contention physique étant vaste, j'ai été tenté de développer d'autres problèmes liés à la contention comme les risques engendrés par celle-ci ou la recherche d'alternatives.

Concernant la recherche documentaire, j'ai constaté que très peu de livres avaient été publiés sur la mise sous contention. En revanche, on trouve assez facilement des articles sur le sujet, dans des revues professionnelles infirmières ou de cadres infirmières. Ces articles exposent souvent les problèmes, les raisons, la pratique et les risques que posent la mise sous contention d'une personne, et plus particulièrement en milieu psychiatrique ou chez les personnes âgées, mais très peu traitent du ressenti de cette pratique par les professionnels de santé. Des ces documents, il m'a donc fallu extraire, et hiérarchiser les paragraphes en lien avec ma question de départ.

De ce travail, sur le plan professionnel, j'ai découvert les différentes pratiques et manières de mettre une personne sous contention. J'ai pu me rendre compte que le ressenti des soignants variait en fonction de leur personnalité, mais aussi des conditions d'utilisation des contentions. J'ai constaté qu'en lien avec la théorie qui préconise de ne pas contenir et de trouver des alternatives à la contention, la réalité du terrain pouvait être différente. Pour des raisons de personnel, de connaissances ou de moyens, les soignants font de leur mieux dans le respect de la personne et de leurs valeurs professionnelles. Des connaissances et des réflexions que m'a apporté ce travail, je pense maintenant être mieux préparé sur le plan professionnel. Je pense aussi pouvoir aider un professionnel de santé, et être plus apte à encadrer et conseiller un étudiant qui trouverait des difficultés à mettre une personne sous contention.

De ce fait, j'ai aussi pu me poser beaucoup de questions sur ce sujet, et maintenant je ne peux pas mettre sous contention (ou même savoir qu'une personne est contenue) sans me poser la question :

« Etait ce nécessaire, n'y avait il pas un autres moyens, d'autres solutions ? »

7 Bibliographie

⇒ Dictionnaires :

- GARNIER, DELAMARE, *Dictionnaire de termes de médecine*, 29^{ème} édition, Maloine, 2006.
- KERNBAUM.S, *Dictionnaire de médecine Flammarion*, 7^{ème} édition, Médecine-Science, Flammarion, 2001.
- *Le petit Larousse illustré*, Edition 2000.
- *Le petit Robert, dictionnaire de la langue Française, édition juin 2000.*
- *Le Robert*, Volume 6 et 4, édition 1983.

⇒ Ouvrages :

- De HENNEZEL M, *Le soucis de l'autre*, Paris, Robert Laffont, 2004.
- HESBEEN W, *Prendre soin à l'hôpital*, Issy-les-Moulineau, Masson éditeur, 2004.
- *Profession INFIRMIER : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, Ref 531 200, BERGER-LEVRAULT, à jour le 15/06/2010.
- *Profession INFIRMIER : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, Ref 531 001, BERGER-LEVRAULT, à jour le 30/08/2007.

⇒ Revue :

- BAGARAGAZA E, VEDEL I, « Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive », *Gérontologie et société*, N° 116, Pages 161 à 170, mars 2006.
- BERNARD MF, BOULE F, « Contention et non contention, mesurer les risques potentiels » (1/3), *Soins*, N° 656, Pages 18 à 23, juin 2001.
- BERNARD MF, BOULE F, « Contention et non contention, mesurer les risques potentiels » (2/3), *Soins*, N° 657, Pages 21 à 23, juillet/aout 2001.
- BERNARD MF, BOULE F, « Contention et non contention, mesurer les risques potentiels » (3/3), *Soins*, N° 658, Pages 24 à 27, septembre 2001.
- CHEVILLOTTE J, « Contention abusive et responsabilité infirmière », *La revue de l'infirmière*, N° 159, Pages 29 à 31, avril 2010.
- THIBAUT P, « Le recours à la contention », *L'infirmière magazine* N° 281, Pages 38 à 40, 15 juin 2011.
- « Aller et venir, entre liberté et contraintes », *Soins Cadres*, N°70, Pages 15 à 33, mai 2009.

⇒ **Sites internet :**

- « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée », HAS (ANAES) Octobre 2000, Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf> (consulté le 08/10/2012).
- « Charte de la personne hospitalisée » disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a3_couleur.pdf (consulté le 11/10/2012).
- « Loi du 4 mars 2002 » disponible sur <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/loi-nd-2002-303-du-4-mars-2002.html> (consulté le 11/10/2012).

8 Annexes

ANNEXE 1

Extrait du Code de la santé publique, (Partie législative – Profession de santé – Livre III – Titre Ier: Profession d’infirmier ou d’infirmière)

(Consulté sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr le 21/01/2013)

Articles cités dans le travail de fin d'étude :

Article R4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance :

Température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;

22° Prévention et soins d'escarres ;

23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;

25° Toilette périnéale ;

26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;

29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;

30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;

32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;

34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311-7

- Modifié par [Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005](#)

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10

16° Instillation intra-urétrale ;

- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;

- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- 43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- 4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
- 9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un

médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

ANNEXE 2

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (Dite Loi Kouchner)

(Extraits)

Articles utilisés pour mon mémoire : Consulté le 11/10/2012 sur le site internet :

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/loi-nd-2002-303-du-4-mars-2002.html>

« **Art. L. 1110-5.** - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

« Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

« Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

« **Art. L. 1111-2.** - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

« **Art. L. 1111-4.** - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

ANNEXE 3

CHARTRE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

Consulté le 11/10/2012 sur le site internet :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a3_couleur.pdf

ANNEXE 4

GRILLE D'ENTRETIEN

Etudiant en 3^{ème} année à l'IFSI de Caen, je souhaite, dans le cadre de mon travail de fin d'études, effectuer des entretiens semi-directifs d'environ 15 à 20 mn, avec 2 infirmiers autour du thème : « **Réactions de l'infirmier vis à vis d'un patient porteur de contention physique.** ».

- 1) Depuis quand travaillez-vous dans le service ?
- 2) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
- 3) Dans le service, avez-vous recours à la contention physique ?
- 4) Quels types de contentions physiques utilisez-vous ?
- 5) Dans quelles situations utilisez-vous la contention physique ?
- 6) Comment les patients réagissent-ils à la mise sous contention physique ?
- 7) Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?
OUI / NON
Si OUI : Lesquelles ?
Si NON : Pourquoi ?
- 8) La mise sous contention d'une personne fait elle l'objet d'un questionnement en équipe ?
- 9) Avez-vous des difficultés à mettre une personne sous contention physique ?
OUI / NON
Si OUI : Lesquelles et pourquoi ?
Si NON : Pourquoi ?
- 10) Quel est votre ressenti lorsque vous mettez en place une contention physique ?
- 11) Avez-vous bénéficié, dans la cadre de votre formation initiale ou en formation continue, d'interventions ou d'informations sur les contentions physiques ?
- 12) Des moyens en lien avec la contention physique ont-ils été mis en place dans le service dans lequel vous travaillez ?
Si OUI : Lesquels ?
- 13) Vous sentez-vous suffisamment formé(e) à la mise sous contention physique d'une personne ?
OUI / NON
Si OUI : Pourquoi ?
Si NON : Pourquoi ?
- 14) Y a-t-il une question que vous aimeriez aborder ?
- 15) Vous serait-il possible de me préciser votre âge ?

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps pour répondre à mes questions. Je m'engage à respecter l'anonymat de vos propos.

ANNEXE 5

Représentation de la population interrogée :

Service	Neurologie		Réanimation		E.H.P.A.D		Médecine
	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6	IDE 7
Age (ans)	31	33	24	35	27	26	27
Année d'obtention du diplôme	2009	2002	2012	2004	2009	2010	2011
Ancienneté (années)	3 ½	10	6 mois	9	3 ½	2 ½	1 ½

REACTIONS DES SOIGNANTS VIS A VIS D'UN PATIENT PORTEUR DE CONTENTIONS PHYSIQUES

Mots clés :

Contention physique - Soignant - Relation soignant /soigné - Droits du patient - Ethique - Formation

Résumé :

La mise sous contention physique d'une personne est un soin qui relève du rôle sur prescription. Sur le plan éthique et des droits du patient, ce soin particulier, qui doit être utilisé en ultime recours, pose encore beaucoup de questions. Dans certain cas, la mise sous contention peut rendre le soignant mal à l'aise, il peut aussi se sentir malveillant vis à vis du patient. L'objet de ce travail de fin d'études porte sur les réactions et plus particulièrement sur les sentiments de gêne et de frustration que peuvent ressentir les soignants lors de la mise sous contention physique d'une personne. L'infirmier est-il bien formé et préparé à ce soin ? Quel peut être l'impact sur la relation soignant / soigné, sur les relations avec la famille lorsqu'un patient est contenu? Quelle est la responsabilité du soignant en cas de problème ? Mettre une personne sous contention n'est pas véritablement en lien avec les valeurs qui peuvent être celles de l'infirmier. Ce travail montre que même si ce soin, est prescrit et légiféré, il n'est pas simple dans sa réalisation. C'est en cherchant des alternatives, en informant au mieux la personne et sa famille que la mise sous contention physique sera mieux comprise et générera moins de stress aussi bien pour les personnes soignées que pour les soignants.

Key words :

Physical restraint – Carer – Relationship carer / patient – Patient's rights – Ethics - Training

Abstract :

Physically restraining a person is a treatment which follows a prescription. On an Ethical perspective and considering the rights of the patient, this particular treatment, which should be used as a last resort, still raises many questions. In some cases, using protection can make the nurse feel uncomfortable; it can also be felt as spiteful by the patient. The purpose of this work is to focus on the reactions and especially the embarrassment that carers may experience when using physical restraint for a person. Is the nurse well trained and prepared for this type of care? What can be the impact on the carer's relationship toward patients and on the relationships with the family when a patient is contained? What is the responsibility of the carer in case of problems? Placing a person under restraint does not really respect the values which a nurse is used to. This work shows that even if this care is prescribed and legislated, it is not so easy to put into place. It is when trying to find alternatives, informing the person and his family more efficiently that putting the patient under physical restraint would be better understood and would generate less stress to both the patients and the carers.