

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
Session de mai 2018
Mémoire de fin d'études

LA CONTENTION : BIENVEILLANCE OU MALTRAITANCE ?

Mélissa DULUC
Promotion 2015-2018

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation aux Professions de Santé
La Roche-sur-Yon

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
Session de mai 2018
Mémoire de fin d'études

LA CONTENTION : BIENVEILLANCE OU MALTRAITANCE ?

Mélissa DULUC
Promotion 2015-2018

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation aux Professions de Santé
La Roche-sur-Yon

Je remercie très sincèrement Madame Notebaert pour m'avoir guidée et conseillée dans mon travail de fin d'études.

Je remercie tous les formateurs de l'institut de formation en soins infirmiers et tous les intervenants extérieurs pour la qualité de la formation.

Je remercie plus particulièrement Monsieur Joubert, mon référent de suivi pédagogique, pour son accompagnement pendant ces trois années d'études.

Je remercie tous les soignants des différents services pour leur aide, leurs conseils et leur disponibilité.

Je remercie les professionnels qui m'ont accordée de leur temps pour répondre à mes questions et sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas été envisageable.

Je remercie également mes parents, famille et amis pour leur soutien, leurs conseils, leur écoute et leur présence durant ces trois années de formation.

“ En soins infirmiers, l’expérience habite la tête et la main mais elle demeure sans valeur si elle n’implique pas aussi le cœur ”

Margot Phaneuf

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
I. DESCRIPTION DE LA SITUATION.....	11
II. ANALYSE ET QUESTIONNEMENT EN LIEN.....	14
2.1. La démence.....	14
2.2. Les traitements.....	17
2.3. La contention.....	18
2.3.1. <i>Définition.....</i>	<i>18</i>
2.3.2. <i>Les moyens de contention.....</i>	<i>19</i>
2.3.3. <i>Le motif de contention.....</i>	<i>20</i>
2.3.4. <i>Les répercussions de la contention.....</i>	<i>21</i>
2.3.5. <i>Les motivations à la contention.....</i>	<i>21</i>
2.3.6. <i>La législation sur la contention.....</i>	<i>22</i>
2.3.7. <i>La prescription médicale de contention.....</i>	<i>23</i>
2.3.8. <i>La contention dans les formations professionnelles.....</i>	<i>25</i>
2.3.9. <i>Les alternatives à la contention.....</i>	<i>25</i>
2.4. Conclusion.....	26
III. EXPLORATION PRATIQUE.....	28
3.1. Méthodologie.....	28
3.2. Analyse.....	30
3.2.1. <i>Présentation des interviewés.....</i>	<i>31</i>
3.2.2. <i>Évolution de la situation.....</i>	<i>31</i>
3.2.3. <i>Représentations.....</i>	<i>32</i>
3.2.4. <i>Ressentis.....</i>	<i>33</i>
3.2.5. <i>Usage de la contention physique.....</i>	<i>36</i>
3.2.6. <i>Questionnements des soignants.....</i>	<i>36</i>
3.2.7. <i>Soins auprès d'un patient porteur de contention.....</i>	<i>37</i>
3.2.8. <i>Place de l'entourage.....</i>	<i>37</i>
3.2.9. <i>Décision de contenir.....</i>	<i>38</i>
3.2.10. <i>Législation.....</i>	<i>39</i>
3.2.11. <i>Expériences.....</i>	<i>40</i>
3.2.12. <i>Formations.....</i>	<i>41</i>
3.2.13. <i>Veille professionnelle.....</i>	<i>42</i>
3.3. Synthèse.....	42

IV.	FORMULATION AFFINEE DE LA QUESTION DE DEPART	45
V.	CONCEPTUALISATION	47
5.1.	L'altérité	47
5.2.	La bienfaisance et la non-malfaisance	49
5.2.1.	<i>La bienfaisance.....</i>	<i>49</i>
5.2.2.	<i>La non-malfaisance.....</i>	<i>50</i>
5.3.	Synthèse.....	51
VI.	QUESTION DE RECHERCHE.....	54
	CONCLUSION ET PROJECTION	56
	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
	ANNEXES.....	I
	Annexe I : alternatives à la contention selon l'ANAES.....	II
	Annexe II : guide d'entretien pour les infirmiers	IV
	Annexe III : guide d'entretien pour l'avocat.....	VII
	Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1	VIII
	Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.....	XVIII
	Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3	XXVII
	Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.....	XXXIII
	Annexe VIII : verbatim de l'avocat.....	XL

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Voilà maintenant trois ans que j'ai intégré cette formation pour devenir infirmière et le chemin fût long, semé de questionnements, de remise en question et de doute. Mais c'est avec fierté, tout de même, que je vous présente mon mémoire de fin d'études sur un sujet qui soulève des questions éthiques et déontologiques ; la contention physique.

Avant de rentrer dans ce parcours de formation, je pensais que la contention n'existait plus, ou bien, qu'en psychiatrie, mais je ne pouvais imaginer un infirmier « attacher » une personne. Selon mes représentations du métier, l'infirmier aide, soutient, est à l'écoute, prodigue des soins, mais en aucun cas, utilise la contention physique. J'associais la contention physique à une violence extrême, sûrement parce que c'est ce qu'on entend dans les documentaires télévisés. Du moins, c'est ce que je pensais. Mais, durant mon premier stage, l'idéalisation que je faisais du métier d'infirmière s'est très vite dilapidée. Et pour cause, une situation faisant l'utilisation de la contention chez une personne âgée désorientée m'a fortement questionné, mais ce n'est pas tout, durant d'autres stages, dans des services différents, j'ai rencontré des situations similaires.

La personne âgée, cet être si fragile ayant déjà un long parcours derrière elle et pour certain même, le vécu de la guerre. La contention physique est une pratique qui, selon moi, porte atteinte à la liberté, à la dignité et à l'intégrité de la personne subjective qu'elle est, et qui en même temps me touche dans mes valeurs soignantes.

Étudier la contention physique, c'est comprendre comment on peut soigner une personne mise sous contention, comprendre comment les soignants vivent cela, et finalement, comprendre pourquoi la contention plutôt qu'envisager des solutions alternatives.

DESCRIPTION DE LA SITUATION

I. DESCRIPTION DE LA SITUATION

La situation se déroule lors de mon premier stage au semestre 1, en unité Alzheimer¹. L'unité Alzheimer compte onze résidents et est fermée par un digicode. Les aides-soignants qui y travaillent sont toujours les mêmes et ne vont jamais dans le reste de l'EHPAD². Mon observation me laisse penser que les infirmiers n'y passent que pour faire les prises de sang, les glycémies ou les pansements. Ce sont les aides-soignants qui distribuent les traitements préalablement préparés dans des piluliers par les infirmiers.

Dans la situation il s'agit de Mme B., âgée de 87 ans et affectée par la maladie d'Alzheimer depuis 1997, elle est désorientée dans le temps et dans l'espace et parle peu. Mme B. est entrée à l'unité Alzheimer en 2013, elle résidait auparavant dans un autre EHPAD.

Mme B. présente des troubles du comportement régulier, elle répète une phrase : « qu'est-ce qu'il faut faire ? » et pousse des cris ; lorsque ces derniers sont trop présents, un isolement dans sa chambre est nécessaire pour contenir ses angoisses et pour lui permettre de retrouver du calme. Cela permet aussi de protéger les autres résidents de l'unité afin qu'ils ne subissent pas les cris sur la durée. La mise en isolement en chambre fait l'objet d'une prescription médicale.

Mme B. marche seule, sans matériel, mais présente un risque de chute important et a d'ailleurs été plusieurs fois hospitalisée pour des fractures dues à des chutes.

Ses traitements sont de l'EBIXA® (traitement de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré ou sévère) et du LOXAPAC® (traitement pour les états psychotiques aigus ou chroniques).

Mme B. a une tendance dépressive avec une humeur triste et se met en état d'automutilation en se cognant la tête contre la porte de sa chambre lorsqu'elle y est enfermée pour calmer ses cris. Elle est suivie en psycho-gériatrie et a été plusieurs fois hospitalisée.

¹ Les unités Alzheimer sont généralement des services de petite taille situés au sein d'un EHPAD. Elles ont une capacité d'accueil de 10 à 20 résidents et sont fermées par un digicode. Les chambres y sont souvent réparties autour d'une salle commune qui permet, dans le même lieu, de partager les repas et les activités collectives. La configuration des lieux est pensée pour être apaisante pour les personnes qui déambulent. Leur architecture est ainsi conçue pour permettre aux personnes de marcher comme bon leur semble. La vie en petit groupe est également plus apaisante que la vie en collectivité. Les critères d'admission sont en général les suivants : les personnes doivent être valides et être désorientées.

² Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Je réalise l'accompagnement à la toilette de Mme B. Cette dernière crie beaucoup mais se calme lorsque je m'occupe d'elle. Quand Mme B. est prête, je lui propose de l'emmener dans le salon commun comme tous les matins. Mme B. s'assoie dans un fauteuil, la soignante me demande de poser une contention ventrale à Mme B. au fauteuil à cause du risque de chute. Je le fais et explique à Mme B. ce que je fais. Il est important de noter que lorsque Mme B. n'est pas maintenue physiquement avec une contention, les soignants disposent soit une table, soit un adaptable avec les freins devant elle afin d'éviter que Mme B. se lève pour marcher.

Mme B. se met à crier dès que je m'éloigne. Je reviens vers elle et lui tiens la main, Mme B. s'arrête de crier. La soignante présente dans la structure me demande de la raccompagner dans sa chambre, de fermer à clé la salle de bain pour éviter qu'elle se brûle avec l'eau et pour réduire le périmètre afin d'éviter les chutes et enfin, de fermer la chambre à clé. Elle m'explique que c'est une mesure prescrite par un médecin car ses cris dérangent les autres résidents de l'unité. J'exécute ce que me demande la soignante. J'essaie de comprendre pourquoi Mme B. criait mais cette dernière ne me répond pas. Mme B. crie toujours et s'agite dans sa chambre.

Je questionne l'équipe quant à cette situation mais le personnel soignant semble se reposer sur la prescription médicale de contention physique et du manque de personnel pour justifier le fait qu'ils ne peuvent pas rester auprès de Mme B. La discussion ne va pas plus loin et cette situation se reproduira plusieurs fois durant la période de stage.

ANALYSE ET
QUESTIONNEMENT EN LIEN

II. ANALYSE ET QUESTIONNEMENT EN LIEN

J'ai vécu cette situation durant mon premier stage lors du semestre 1. Je n'avais que très peu d'apports théoriques puisque nous n'avions eu que neuf semaines de cours avant de partir en stage. La situation m'a d'abord questionnée car elle me touchait personnellement, il m'était impensable d'attacher quelqu'un, je trouvais ça disproportionné et je ne comprenais pas. J'ai une arrière-grand-mère qui a 95 ans et je faisais un transfert avec elle, ce qui était insupportable. J'ai donc continué à me questionner, à essayer de comprendre et à finalement me dire que c'était une situation exceptionnelle mais la répétition de situations similaires à celle-ci dans d'autres services me montre qu'il s'agit d'un acte courant. Après avoir grandi de la formation, la situation m'a touchée professionnellement. Maintenir une personne âgée, fragilisée par sa vieillesse et par son vécu, de la guerre parfois, me questionne et se heurte à des valeurs professionnelles telles que la liberté, la sécurité et la morale. C'est pourquoi j'ai besoin de comprendre cet acte, dit de soin, en menant une réflexion sur le sujet.

Je ne parlerai pas de l'isolement de Mme B. dans sa chambre car il s'agit d'une situation exceptionnelle qu'on ne retrouve pas dans d'autres établissements de soin hors santé mentale. De ce fait, cela ne répondrait pas aux critères de ce travail de recherches qui est de parler d'un sujet d'actualité.

Avant donc de me centrer sur la contention en elle-même, j'ai voulu questionner la globalité de la situation en reprenant tous les points clés afin d'élargir mon regard sur cette dernière.

2.1. La démence

Tout d'abord, j'ai voulu commencer par le champ des sciences médicales en me demandant finalement, qu'est-ce que la démence ? Il me semble important de définir la démence pour comprendre la situation et le comportement de Mme B. C'est l' « *atteinte d'au moins deux fonctions supérieures, un déficit mnésique et d'une ou plusieurs autres fonctions supérieures ; langage, praxies, capacité visuo-spaciales, gnosies, fonctions exécutives* »³. Il y a donc un changement dans la personnalité de la personne et une perte d'autonomie associée ce qui est important à prendre en compte puisqu'elle impacte sur la santé mentale de la personne et de sa famille. Il existe trois phases dans la maladie d'Alzheimer, la phase de début, la phase d'état et la phase terminale.

³ LEJEUNE. Cours "*Alzheimer et apparentés*", promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.

Mme B. se trouve dans la phase d'état avec une autonomie réduite due à des troubles praxiques constants, des troubles gnosiques et une atteinte sévère des capacités de raisonnement et des fonctions exécutives. Il y a également des troubles de la mémoire majeurs, des troubles de l'orientation et des troubles du langage (écholalie). On remarque aussi des troubles du comportement moteur, c'est-à-dire des comportements répétitifs, une déambulation, de l'agitation, des cris, etc. Dans cette phase d'état il est noté une « *dépression dans 30% des cas, souvent due à des troubles anxieux et le vécu d'abandon* »⁴. Finalement, c'est comme si tous ces troubles avaient pris la place de la personnalité de Mme B. et que la maladie l'avait emprisonnée.

Alors comment prendre en soin des personnes atteintes de démences ? Comment communiquer avec elles ? Chez Mme B. le langage est fortement altéré et il est impossible de communiquer verbalement avec elle. De ce fait, est-ce que la communication non-verbale peut alors avoir du sens ? Dans la situation, Mme B. parle avec son non-verbal, elle crie lorsqu'elle est seule, elle s'arrête de crier lorsque je lui prends la main et elle se met en état d'automutilation lorsqu'elle est enfermée dans sa chambre.

On pourrait penser qu'elle n'aime pas être seule et recherche une présence. « *Le ton de la voix, la mimique, la gestuelle et le regard* »⁵ sont des messages non-verbaux auxquels il faut s'intéresser pour communiquer. Et d'ailleurs, « *la communication passe par la tendresse, le toucher, la disponibilité, une attitude chaleureuse et réceptive* »⁶. On n'a pas forcément besoin de mots pour communiquer, et on le voit bien avec Mme B., je lui ai tenu la main et elle s'est arrêtée de crier. Cependant elle ne peut pas m'exprimer ses besoins et je suis impuissante face à cela. Je ne peux que lui apporter ma présence par le toucher et la tendresse. Seulement, « *les comportements dépressifs ou violents sont parfois la conséquence de cette incapacité à communiquer* »⁷. On peut donc émettre l'hypothèse que cette incapacité à communiquer chez Mme B. et le fait d'être incomprise expliqueraient son état dépressif et pourraient l'amener à vouloir se faire du mal en se cognant la tête contre la porte de sa chambre.

⁴ *Loc. cit.*

⁵ France Alzheimer. (page consultée le 26/07/2017). *La communication verbale et non verbale*. [en ligne]. URL : <http://www.francealzheimer.org/communiquer-et-rester-en-relation/la-communication-verbale-et-non-verbale>.

⁶ Hôpitaux Universitaires de Genève. (page consultée le 12/10/2017). *Comment communiquer avec une personne atteinte de démence ?*. [en ligne]. URL : <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/commentcommuniquerpersdemence.pdf>.

⁷ *Loc. cit.*

Pour en savoir plus sur la communication, j'ai pu relever le concept de validation développé par Naomie Feil⁸. C'est « *une méthode comprenant des techniques de communication verbales et non verbales pour communiquer avec les personnes très âgées désorientées* »⁹. Valider c'est reconnaître, accepter l'autre tel qu'il est, sans vouloir le changer comme ça nous arrange nous. Cette méthode permet « *une approche positive et respectueuse et une attitude empathique envers les personnes très âgées* »¹⁰. C'est alors « *accepter [les personnes âgées] telles qu'elles sont et leurs comportements reconnus comme un langage, elles peuvent alors exprimer leurs besoins, leurs ressentis* »¹¹. Il s'agit donc d'être attentif et d'entrer dans le monde de la personne pour éviter son repli. Comme si l'on validait la maladie et qu'on cheminait à ses côtés.

Grâce à cette analyse, quelque chose me heurte et je fais un transfert avec la contention, Mme B. est comme emprisonnée par la maladie et nous, au lieu de valider cet état, nous l'emprisonnons par le lieu (unité Alzheimer fermée) et par la contention physique. Alors peut-on dire qu'il s'agit de maltraitance ? Il s'agit d'une unité fermée, il y a donc une première restriction de liberté et en plus de cela elle est contrainte physiquement, a-t-on le droit ? De même, il s'agit de soignants qui ne travaillent qu'à l'unité Alzheimer donc on pourrait penser qu'ils ont des connaissances sur la maladie et sa prise en soin, alors pourquoi n'essaient-ils pas autre chose que la contention ? Comment communiquer avec une personne âgée désorientée ? Quel est son projet de soins/vie ?

⁸ Naomie Feil (1932) – psychologue sociale et diplômée d'une maîtrise de travailleur social qui a développé la méthode de Validation.

⁹ Validation. (page consultée le 26/07/2017). *L'empathie et la méthode de validation*. [en ligne]. URL : <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/lempathie-et-la-methode-de-validation/>.

¹⁰ *Loc. cit.*

¹¹ *Loc. cit.*

2.2. Les traitements

Ensuite, je me suis questionnée sur le champ disciplinaire de la pharmacologie, les traitements. Quelle est l'indication des traitements que Mme B. prend et quels en sont les effets secondaires ? L'EBIXA® est un traitement indiqué chez les patients adultes atteints d'une forme modérée à sévère de la maladie d'Alzheimer. Je relève que les effets indésirables les plus prévalent sont la somnolence, les sensations vertigineuses et les troubles de l'équilibre, ce qui aurait un lien avec le nombre important de chutes de Mme B. Quel est donc le bénéfice-risque de ce médicament ?

De même, le LOXAPAX® est un traitement indiqué dans les états psychotiques aigus ou chroniques. Concernant Mme B., je ne comprends pas pourquoi ce traitement a été mis en place et il m'aurait fallu davantage d'explications. Je pose l'hypothèse que ce traitement a été introduit pour atténuer les cris et contre son humeur triste. Cependant, est-ce que ce traitement a été réévalué ? Car Mme B. a toujours une humeur triste et pousse des cris régulièrement dans la journée. De même que l'EBIXA®, les effets indésirables fréquents du LOXAPAC® sont la sédation, l'hypotension orthostatique et l'asthénie. Ces deux médicaments favorisent donc le risque de chute et il serait donc intéressant de connaître quel est le bénéfice de ces médicaments par rapport aux risques engendrés.

J'ai donc décidé d'aller me questionner dans le champ de la gestion des risques et à travers mes recherches, je me rends compte que la compétence 4 dans le référentiel de formation infirmier « *mettre en œuvre des actions à visées diagnostiques et thérapeutiques* »¹² incluant notamment le critère suivant ; « *identification des risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées* »¹³ n'est pas réalisée. Les médicaments ont été prescrits par un médecin, or le médecin est extérieur à l'établissement et ne vient que ponctuellement. Ce sont donc les infirmiers qui administrent et surveillent les thérapeutiques puisqu'ils sont au plus près des résidents et c'est donc à eux d'informer le médecin si les thérapeutiques sont jugés inefficaces ou insuffisantes. Dans le fonctionnement de cet établissement, ce sont les aides-soignants qui distribuent les traitements car il y a 97 résidents et seulement un infirmier de matin, un infirmier de soir et un infirmier de journée. Je me suis donc demandée s'il relevait de la compétence des aides-soignants de distribuer les traitements et je remarque qu'ils peuvent le faire seulement lorsqu'il s'agit d'apporter une aide à une personne qui a perdu son autonomie.

¹² Annexe V de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

¹³ *Loc. cit.*

Dans les EHPAD il est considéré que toutes les personnes ont perdu une partie de leur autonomie, de ce fait les aides-soignants peuvent distribuer les médicaments sur la base légale d'une décision du Conseil d'État le 22 mai 2002¹⁴. Ce qui m'amène à conclure que c'est un enchaînement de plusieurs défaillances institutionnelles, organisationnelles, des conditions de travail, des tâches, de l'équipe, du soignant et du patient, comme dans le schéma de Reason, qui font que les traitements ne sont pas réévalués.

De ce fait, je me demande quel est le projet de soin des résidents si les traitements ne sont pas réévalués et si une surveillance n'est pas effectuée ? Je me demande aussi qu'est ce qui fait que les choses restent comme elles sont ? Est-ce que les infirmiers se questionnent sur les traitements qu'ils administrent ? Pourquoi lorsque nous sommes en service nous oublions ce que nous avons appris à l'école ?

2.3. La contention

2.3.1. Définition

Dans la situation, le risque principal est celui de la chute, et dans cette situation, cela impose que Mme B. soit maintenue par une contention ventrale au fauteuil. Alors, d'un point de vue étymologique, qu'est-ce que la contention ? Selon le dictionnaire, le mot contention vient du latin médical « *contentio* »¹⁵ et du latin classique « *continere* »¹⁶ qui signifie « *maintenir ensemble* »¹⁷. Il est dit que c'est un « *procédé ou appareil immobilisant momentanément une partie du corps dans un but thérapeutique* »¹⁸. Il existe plusieurs types de contention physique. Il y a les contentions à visée rééducative qui sont ; « *la contention dite posturale qui participe au maintien d'une attitude corrigée, dans le cadre d'un traitement rééducatif* »¹⁹ et « *la contention dite active réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'alitement prolongée* »²⁰.

¹⁴ Legifrance. (page consultée le 12/10/2017). *Conseil d'Etat n°233939*. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000008101491&dateTexte>.

¹⁵ *Larousse* : dictionnaire encyclopédique illustré pour la maîtrise de la langue française, la culture classique et contemporaine. Paris : Larousse, 1997.

¹⁶ *Loc. cit.*

¹⁷ *Loc. cit.*

¹⁸ *Loc. cit.*

¹⁹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (page consultée le 01/08/2017). *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. [en ligne]. URL : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

²⁰ *Loc. cit.*

Mais ces contentions sont à ne pas confondre avec la contention physique dite passive qui se définit 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 »²¹

Cela sous-entend que la personne est sous la contrainte du soignant. La relation devient inégale et le soignant prend le pouvoir. Il y a dès lors, atteinte à la liberté.

De ce fait, il serait intéressant de savoir si la contention est un soin, mais dans mes recherches, je remarque que beaucoup se pose la question et que personne ne sait vraiment y répondre. Ce qui est vraiment surprenant quand on sait que la contention est de plus en plus utilisée par les soignants.

2.3.2. Les moyens de contention

La ceinture ventrale est donc un moyen de contention pour Mme B., mais quels sont les autres moyens ? On retrouve les barrières de lit, les sangles, les attaches, les ceintures et les sièges gériatriques. Au cours de mes recherches, je remarque qu'il existe des moyens détournés de leur utilisation principale pour contenir une personne, tel que le drap ou le vêtement, mais aussi l'adaptable devant un fauteuil qui limitent volontairement les mouvements. Ce qui fait un transfert sur la situation de Mme B. avec l'adaptable devant le fauteuil lorsqu'elle n'est pas maintenue par une ceinture ventrale. On peut donc dire que Mme B. est contrainte physiquement toute la journée même si du point de vue des soignants, ça n'est pas exprimé en tant que tel.

²¹ *Loc. cit.*

2.3.3. Le motif de contention

Si on en revient à Mme B., elle est maintenue à cause d'un risque de chute. Est-ce que la chute est un véritable motif de contention ? Il est écrit que « *la crainte de chute chez la personne âgée représente le premier motif d'utilisation de contention* »²². Quelques lignes plus loin, je peux lire qu'

*« il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées pour ces motifs qui ne sont pas de véritables indications médicales, à proprement parler. Par exemple pour le risque de chute, Tinetti en 1992, dans une étude prospective sur un an, comportant 397 sujets âgés en maison de retraite, a montré qu'à âge égal et déficit égal les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets soumis à contention et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention. Des résultats proches sont apportés par l'étude de Capezuti (1996) conduite auprès des personnes âgées en maison de retraite. La comparaison entre 119 sujets ayant bénéficié de contention avec 203 sujets jamais attachés indique que les contentions non seulement ne diminuent pas le risque de chutes graves, mais l'augmentent, surtout chez les personnes confuses »*²³

On nous dit clairement ici que le motif pour lequel sont maintenus des patients n'apporte en fait, aucun bénéfice, bien au contraire. Je me demande alors quel est le pourcentage de personnes âgées maintenues en établissement de long séjour ? La prévalence varierait entre 19% et 84,6%²⁴, ce qui prouve que la contention chez les personnes âgées est un sujet d'actualité et qui mérite qu'on y prête attention.

Alors que contient-on quand on contraint physiquement un patient, un risque pour le patient ou nos angoisses ? La contention est-elle utilisée pour le bien du patient ou pour le bien-être du soignant ? Les soignants sont-ils à cours de solutions ? Pourquoi ne pas demander conseil à d'autres professionnels ? Pourquoi ne pas passer le relais quand nous sommes en difficulté ? Comment la contention a-t-elle pu devenir si banale et routinière ? Est-ce que contraindre physiquement un patient qui a un risque de chute est un soin ou un traitement inhumain et dégradant ?

²² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (page consultée le 01/08/2017). **Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée.** [en ligne]. URL : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

²³ *Loc. cit.*

²⁴ *Loc. cit.*

2.3.4. Les répercussions de la contention

Alors, quelles répercussions la contention physique entraîne sur les patients ? Elle entraîne des répercussions « *physiques, psychologiques ou sociales* »²⁵ comme par exemple

*« sentiment de mise à l'écart et d'emprisonnement, déshumanisation, résignation à la privation de liberté, perte de dignité, repli, majoration de l'agitation, dépression, dépendance accrue, complications cutanées, atrophie musculaire, fragilisation osseuse, perte de fonctionnalité, manque d'appétit, troubles vésicaux et intestinaux, risque de strangulation »*²⁶

Il est également ajouté que « *les contentions entraînent un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale qui sont à l'origine d'un risque plus élevé de chute* »²⁷. Il s'agit d'une liste de répercussions conséquentes qui me fait demander quel est finalement, le bénéfice des contentions ? Car quand on lit tous les effets néfastes de la contention, cela pose question, et mettre une contention n'est pas un acte anodin à prendre à la légère.

Que se passe-t-il dans la tête des soignants ? Quel bénéfice trouvent-ils à la contention ? Comment peuvent-ils continuer tous les jours à le faire en voyant le mal-être de Mme B. ? Pourquoi tout le monde accepte cette situation sans ne rien dire ? Est-ce que cette situation les questionne ?

2.3.5. Les motivations à la contention

Je voulais donc savoir quelles étaient les motivations de l'équipe soignante pour avoir recours à la contention ? Et je trouve des réponses dans une revue²⁸, celle-ci m'indique que le désir de se protéger des personnes agressives, la peur d'être poursuivi par la famille si le malade chute, l'insécurité ressentie par les soignants face aux insuffisances de personnels dans certaines tranches horaires et les demandes incessantes de sécurité maximale de la part de l'entourage sont des motivations pour la mise en place de contention. Et il est vrai qu'avec l'évolution, la société se judiciarise ce qui entraîne une certaine frilosité dans la prise de risque.

²⁵ CHEVILLOTTE J. "*Contention abusive et responsabilité infirmière*". in La revue de l'infirmière, N°159, 2010. p. 29.

²⁶ *Loc. cit.*

²⁷ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. (page consultée le 01/08/2017). *Les bonnes pratiques de soins en EHPAD*. [en ligne]. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>.

²⁸ BOURGEOIS F. "*Envisager une contention physique passive*". in La revue de l'infirmière, N°145, 2008. pp 43 - 44.

Dans la situation de Mme B., je retrouve, en plus du risque de chute, d'autres motifs pour lesquels les soignants auraient pu avoir recours à la contention, notamment l'insécurité ressentie parce qu'elle chutait régulièrement et les demandes de sécurité maximale de la famille de Mme B. C'est alors que je comprends ce qui a pu motiver l'équipe à maintenir Mme B. de manière répétée. Mais dans un article je relève également que la contention est utilisée pour le confort de l'équipe qui n'a pas le temps de surveiller la personne et qui, de ce fait, contient pour gagner du temps. Néanmoins, « *ils augmentent en fait les risques de survenue d'un syndrome de glissement et alourdissent considérablement leur charge de travail* »²⁹. Au final, les soignants se retrouvent avec davantage de travail puisqu'il faudra passer plus de temps à s'occuper de la personne devenue complètement dépendante plutôt que de la surveiller quand elle était indépendante.

2.3.6. La législation sur la contention

J'ai alors exploré le champ de la législation, que dit la loi sur ce sujet ? Sur le site Légifrance du service public de la diffusion du droit, je ne trouve qu'un article traitant de l'encadrement juridique de la contention dans le cadre de soins psychiatriques. Aucun article n'apparaît pour la contention autre qu'en soins psychiatriques. Néanmoins, l'article 16 du code civil rappelle que « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie* »³⁰. De plus, l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux* »³¹. Par ailleurs, concernant la personne âgée, rappelons l'article 3 de la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante stipule que « *toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société* »³². Pour aller plus loin en ce qui concerne la contention, dans la Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir, l'Organisation des Nations Unies donne un statut de victime aux personnes ayant été sous contention, dû à la privation de liberté qu'elle a engendrée ainsi qu'à l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale. De plus, les sanctions encourues en cas d'abus de privation de liberté sont de l'ordre du pénal.

²⁹ ROGEZ R. "A propos de la contention des personnes âgées en institution". in Soins, N°695, 2005. pp 36 - 37.

³⁰ Legifrance. (page consultée le 01/08/2017). *Article 16 du code civil*. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419319>.

³¹ Legifrance. (page consultée le 01/08/2017). *Code de l'action sociale et des familles*. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000031727334&dateTexte=&categorieLien=id>.

³² Fondation nationale de gérontologie. (page consultée le 04/08/2017). *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. [en ligne]. URL : http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/FNG_charte_complete_com.pdf.

J'ai voulu savoir s'il faisait partie du rôle prescrit de l'infirmière de poser des contentions mais, dans le recueil des principaux textes, je ne retrouve que la mention « *ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* »³³. De ce fait, je suppose que la pose de contention n'est pas légitimée dans la profession infirmière.

Pourquoi aucune loi ne parle de la contention physique ? Pourquoi tant d'obscurité sur ce sujet ? Est-ce un sujet tabou ? Il y a des lois pour tout aujourd'hui alors que pour la contention physique, qui est si répandue tout de même, on ne trouve rien, qu'est ce qui fait que cette pratique n'est pas encadrée légalement parlant ?

2.3.7. La prescription médicale de contention

Toutefois, du point de vue des recommandations, la mise en place d'une contention nécessite une prescription médicale en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Et ce sont les infirmiers qui, le plus souvent, initient la contention chez le sujet âgé. Je remarque alors un paradoxe entre la législation qui montre que la contention n'est pas légitimée dans les compétences infirmières et l'incitation à faire prescrire par le médecin une contention physique. Cela pose question d'un point de vue du jugement clinique car un infirmier n'a pas la compétence légale pour juger d'une contention physique. Et pourtant, il y a une nécessité d'un jugement clinique, compte tenu des risques, pour aboutir à une prescription médicale motivée de la part des médecins.

Alors, comment la prescription doit-elle être réalisée ? La prescription médicale doit être réalisée de manière assidue car il ne s'agit pas d'un geste anodin. En effet,

*« il est essentiel de s'interroger sur le but recherché et d'évaluer les risques liés à son absence. Pour chaque risque, l'équipe doit rechercher les causes et essayer de les traiter. En cas d'échec des traitements ou alternatives à la mise en place d'une contention, le médecin doit informer le patient et ses proches sur cette nécessité en indiquant les raisons et buts recherchés, les moyens ou matériels utilisés, la durée prévisible ainsi que la surveillance prévue lors de celle-ci »*³⁴

A noter que « *le consentement et la participation du patient, acteur de santé, doivent être recherchés* »³⁵. Tous les éléments doivent être tracés dans le dossier de soins.

³³ Annexe VII de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

³⁴ CHEVILLOTTE J. "*Contention abusive et responsabilité infirmière*". in La revue de l'infirmière, N°159, 2010. p. 30.

³⁵ *Loc. cit.*

De plus, « *cette prescription et la nécessité de mise en place de contention devront être réévaluées toutes les 24h* »³⁶. Dans le cas de Mme B., la prescription médicale n'a pas été réévaluée sur la durée de mon stage. Qu'est-ce qui fait que la prescription n'est pas réévaluée ? Dans mes recherches, je comprends que dans les EHPAD, la réévaluation de la prescription ne peut pas se faire par le médecin coordinateur de l'établissement, en outre, c'est un médecin libéral qui doit intervenir. Mais ces derniers ne viennent que ponctuellement.

Ainsi, les établissements, entre professionnels, désignent le délai de validité de la prescription. Je suis alors surprise de savoir qu'aucune réglementation n'existe pour que chaque EHPAD soit dans la même dynamique.

Quoi qu'il en soit, y a-t-il une surveillance de la personne à effectuer ? Une surveillance de la personne maintenue est à réaliser régulièrement, « *au moins toutes les heures* »³⁷ selon le Ministère de la Santé. Tout d'abord, les paramètres physiques tels que « *la fonction respiratoire, l'état cutané au niveau des points d'attache et des points d'appui, l'hydratation, la continence. [...] le choix d'une tenue vestimentaire ne présentant pas de risque d'inconfort et de compression* »³⁸. Et, les paramètres psychologiques et environnementaux tels qu'

*« une écoute active pour repérer les sentiments de peur, d'humiliation ou tout autre sentiment éprouvé par la personne en lien avec la contention. [...] Des effets personnels et objets familiers sont installés à proximité de la personne âgée. Des activités récréatives sont proposées afin d'assurer son confort psychologique. Les infirmiers et aides-soignants, en raison de leur proximité permanente auprès des patients, doivent jouer un rôle important dans le maintien d'un contact relationnel de qualité »*³⁹

Encore une fois, dans le cas de Mme B., je n'ai pas observé de surveillance, ni physique, ni psychologique, ni environnementale sur le temps de mon stage. Je suppose que c'est par contrainte organisationnelle comme nous avons pu le voir pour la non-réévaluation des traitements.

Ainsi, est-ce que les professionnels ont connaissance des recommandations de modalité de prescription ? Est-ce que cela est fait partout où l'on contient physiquement des patients ?

³⁶ *Loc. cit.*

³⁷ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. (page consultée le 01/08/2017). *Les bonnes pratiques de soins en EHPAD*. [en ligne]. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>.

³⁸ *Loc. cit.*

³⁹ *Loc. cit.*

2.3.8. La contention dans les formations professionnelles

Cependant, parle-t-on assez de la contention dans les formations professionnelles au service de la santé ? Dans les programmes d'enseignement actuels pour les professions médicales et paramédicales, on ne retrouve que très peu d'informations sur le sujet. En effet, les indications et recommandations pour avoir recours à la contention ne sont pas dans le programme d'enseignement en France. Toutefois, à l'institut de formation où je suis, j'ai pu avoir un cours au semestre 2 et au semestre 4 par un cadre de santé en psychiatrie qui nous a parlé de la contention, mais cela reste trop peu puisque je n'ai jamais eu d'apport sur les modes de prescription, la surveillance, la législation, etc. Cela pose question car la contention est fréquemment utilisée dans les services et les soignants n'ont que très peu de connaissances sur le sujet. C'est un acte courant et pourtant on n'en parle peu, pourquoi ? J'espère que dans les années à venir la contention sera davantage intégrée dans les formations afin d'éviter les dérives.

Pourquoi les soignants, médecins, infirmiers, aides-soignants ne sont pas plus informés sur la contention ? Est-ce un sujet tabou ? Soulève-t-elle des problèmes éthiques et déontologiques auxquels personne ne veut se heurter ? La contention existe depuis le moyen-âge, nous sommes au XXI^{ème} siècle et nous n'en parlons toujours pas, pourquoi ?

2.3.9. Les alternatives à la contention

De ce fait, existe-t-il des alternatives à la contention ? Dans un référentiel⁴⁰ conçu par l'ANAES, actuellement HAS, il est proposé trois tableaux pour diminuer le recours à la contention selon le risque encouru (le risque lié à la chute, à l'agitation, à la confusion ou à la déambulation). Ces tableaux contiennent des propositions alternatives à la contention. Pour chaque risque, il est proposé d'évaluer les raisons médicales, l'environnement et les attitudes des professionnels et on peut trouver pour chaque item des propositions alternatives à la contention physique. C'est un outil intéressant qui pourrait être utilisé dans les EHPAD afin de limiter les contentions physiques ou de ne les utiliser qu'en dernier recours. Dans mes autres recherches sur les alternatives à la contention, tous rejoignent les propositions citées dans le référentiel.

Pourquoi personne n'a connaissance de ce référentiel ? Pourquoi n'est-il pas affiché dans tous les établissements afin de le porter à la connaissance de tous ? Pourquoi est-il passé inaperçu ? Pourquoi la première solution à une situation délicate est toujours la contention physique ?

⁴⁰ Annexe I : alternatives à la contention selon l'ANAES.

2.4. Conclusion

Après avoir questionné tous ces champs de la contention, je me questionne moi, la future soignante, est-ce que je respecte mes valeurs soignantes quand je contrais physiquement un patient qui a besoin d'une présence rassurante ? Est-ce que je suis une « bonne soignante » ? Je me suis sentie honteuse d'avoir contenu cette dame car j'aurais pu faire autre chose pour elle, comme lui apporter une présence rassurante, et même essayer des activités.

Lors d'un stage en psychiatrie en semestre 4 j'ai demandé à me faire maintenir dans une chambre du service pour pouvoir, sans vraiment me mettre à la place des patients, ressentir ce qu'eux-mêmes avaient pu ressentir. Être contenu est humiliant, les soignants vous regardent d'en haut pendant que vous êtes dans un lit sans pouvoir bouger. J'étais dépendante d'eux et ils avaient le pouvoir sur moi.

Maintenant, d'un point de vue professionnel, je me demande pourquoi un soignant pose des contentions plutôt qu'apporter la présence rassurante dont le patient a besoin ? Et alors, quel est le sens du soin ? J'ai vécu tellement de situations en stage similaires à celle citée que je me demande si cette mesure n'est finalement pas devenue banale et courante ? J'aimerais savoir comment les soignants vivent ces situations qui parfois rompent un pacte de confiance entre l'équipe et le patient.

Et sur le plan juridique, respectons-nous les droits du patient et notamment celui de la liberté ? Le patient est libre et à des droits, le contraindre est une perte de liberté, d'autant plus qu'il devient dépendant des autres. Ainsi, quel droit à le patient ? Qu'est-ce qui rend la contention physique légitime ?

Alors, d'un point de vue éthique, sommes-nous dans de la maltraitance ou dans de la bienveillance ? Peut-on parler de « violence muette », d'acte de barbarie, de torture ou bien de déshumanisation ? Comment avoir une relation de confiance avec un patient que nous avons contraint physiquement ?

Et enfin, comment faire face à ce dilemme souvent rencontré dans les équipes soignantes ayant à vivre ce genre de situation ; contraindre physiquement un patient et être dans le prendre soin ?

EXPLORATION PRATIQUE

III. EXPLORATION PRATIQUE

3.1. Méthodologie

Après ce questionnement, j'ai souhaité faire une exploration pratique par des entretiens car beaucoup de questions sur différents champs me restent en suspens. De plus, j'ai besoin d'un éclairage par les entretiens pour me centrer sur une question de départ pertinente. La méthode que j'ai choisie d'utiliser pour mon travail repose sur les sciences humaines et sociales et s'inscrit donc dans une méthode empirico-inductive. Effectivement, elle « *vise à donner un sens aux phénomènes analysés à partir de l'étude des comportements humains pris dans leur complexité. L'homme est à la fois sujet et objet de recherche* »⁴¹. De ce fait, pour étudier les comportements, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Ce dernier a pour objectif de « *susciter l'expression de son interlocuteur sur un certain nombre de thèmes* »⁴². Grâce à ce type d'entretien, je pourrai obtenir des informations riches et les interviewés ne seront pas enfermés dans des questions.

Ainsi, j'ai contacté plusieurs services en m'adressant d'abord au cadre de santé pour me renseigner sur le service et pour savoir si le thème de mon travail de fin d'études s'y prêtait. J'ai eu quatre réponses positives pour des entretiens. Deux entretiens en EHPAD et deux entretiens dans un service hospitalier.

J'ai choisi des lieux où les professionnels sont au contact des personnes âgées, parfois démentes et de surcroît, au contact de la contention physique. De plus, j'ai fait le choix de m'entretenir avec des infirmiers car il s'agit d'un travail de fin d'études en rapport avec cette profession. Les entretiens ont été proposés aux infirmiers selon les critères suivants : un infirmier ayant vécu la situation de Mme B., un infirmier nouvellement diplômé, un infirmier ayant eu un parcours en psychiatrie et un infirmier ayant de l'expérience dans un service hospitalier.

J'ai pu avoir un premier contact par téléphone avec les infirmiers pour me présenter, présenter le contexte et présenter le sujet de mon mémoire de fin d'études. Il a également été discuté d'un rendez-vous pour s'entretenir. De même, j'ai fait le choix de mener un cinquième entretien auprès d'un avocat ayant été infirmier auparavant, dans le but d'apporter un éclairage sur la législation. Les modalités d'entretien ont été réalisées de la même manière que pour les entretiens auprès des infirmiers.

⁴¹ MOREAU N. Cours « *Qu'est-ce que la recherche ?* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.

⁴² CHAINE P. Cours « *L'entretien* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.

En amont des entretiens, j'ai préparé des questions guides relativement ouvertes classées par thèmes avec, au regard de chaque thème, un objectif. Les questions guides pour les infirmiers sont au nombre de treize⁴³ tandis que les questions guides pour l'avocat sont au nombre de sept⁴⁴.

Lors de l'entretien, je me suis présentée une nouvelle fois et j'ai présenté rapidement mon travail de fin d'études. Il a été précisé que l'entretien serait anonyme et confidentiel. Les entretiens ont tous été enregistrés avec l'accord des interviewés. Les deux entretiens des infirmiers travaillant en EHPAD et l'entretien auprès de l'avocat ont été réalisés sur leur temps de travail. Les deux entretiens des infirmiers travaillant en service hospitalier ont été réalisés au sein de l'institut de formation à la demande des soignants. Les entretiens ont été réalisés dans un contexte professionnel, en face-à-face et dans une pièce isolée afin que les interviewés puissent s'exprimer librement. Les interviewés n'ont pas eu connaissance des questions avant l'entretien. Les entretiens ont été réalisés sur une durée de 20 à 30 minutes.

En aval des entretiens, j'ai pu effectuer une retranscription des échanges pour l'infirmier ayant vécu la situation de Mme B.⁴⁵, l'infirmière en service hospitalier⁴⁶, l'infirmière nouvellement diplômée⁴⁷, l'infirmière ayant eu un parcours en psychiatrie⁴⁸ et l'avocat ayant été infirmier auparavant⁴⁹. Cette retranscription est authentique par respect pour les personnes qui m'ont donnée de leur temps pour me faire part de leurs expériences.

Cette méthodologie de recherche par les entretiens semi-directifs a eu certaines limites comme les difficultés de compréhension des questions par les interviewés. Il a donc fallu reformuler, d'où l'importance d'avoir formulé des objectifs par question. Je me suis également aperçue que je n'avais pas suffisamment rebondi sur certaines réponses des interviewés. De plus, les réponses des infirmiers ont été conséquentes et n'étaient pas toujours en rapport avec la question posée, ce qui a demandé un travail important de retranscription et d'analyse.

⁴³ Annexe II : guide d'entretien pour les infirmiers.

⁴⁴ Annexe III : guide d'entretien pour l'avocat.

⁴⁵ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁴⁶ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁴⁷ Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3.

⁴⁸ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁴⁹ Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

3.2. Analyse

Pour commencer, le mot analyse « désigne d'abord une décomposition d'éléments de nature intellectuelle et abstraite, une critique, puis un procédé de raisonnement »⁵⁰. Ainsi, dans cette partie il s'agira de traiter les données issues des entretiens et d'exploiter les informations pour éclairer mon travail et prendre de la hauteur.

Il s'agira ici de faire une analyse de contenu qualitative par thématique en analysant les données grâce aux thèmes définis préalablement pour chaque question.

⁵⁰ A.REY. *Dictionnaire historique de la langue Française*. Le Robert, 1995. 70 p.

3.2.1. Présentation des interviewés

Tout d'abord, il me semblait intéressant de commencer par la présentation succincte des cinq interviewés pour bien comprendre l'analyse. J'ai alors choisi de les présenter sous la forme d'un tableau pour que la lecture soit plus facile.

<i>Interviewés</i>	<i>IDE n°1</i>	<i>IDE n°2</i>	<i>IDE n°3</i>	<i>IDE n°4</i>	<i>Avocat</i>
<i>Sexe</i>	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin
<i>Date du diplôme</i>	1999	2012	2017	1994 (diplôme de psychiatrie)	Diplôme d'infirmier en 1981 et diplôme d'avocat en 1996
<i>Expérience professionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconversion du métier de commerçant ○ Intérim ○ Chirurgie ○ Salle de réveil ○ EHPAD 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pool de remplacement infirmier ○ Soins de suite et de réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Onco-hématologie ○ Soins de suite et de réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psychiatrie ○ EHPAD 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Infirmier dans un centre de réadaptation fonctionnelle ○ Reconversion professionnelle comme avocat
<i>Ancienneté dans le service/établissement</i>	13 ans	4 ans	4 mois	10 ans	

3.2.2. Évolution de la situation

Tout d'abord, mon premier entretien s'est porté vers un infirmier ayant vécu la situation de Mme B. A travers cet entretien, je voulais savoir ce que l'infirmier avait pensé de l'utilisation de la contention dans le cas de Mme B. et voir comment la situation avait évolué. Il était important pour moi de retourner dans l'établissement où avait eu lieu cette situation pour mieux appréhender la suite de ce travail.

Avant cela, je trouvais qu'il était nécessaire de relever que j'ai ressenti des réticences de la part du cadre de santé de l'établissement quant au fait que j'exposais la situation de Mme B. Après explications sur le contexte de ce travail et l'anonymat de la situation, le cadre de santé a autorisé que j'interview un infirmier. Puis, lors de l'entretien, j'ai également ressenti un certain malaise de l'infirmier vis-à-vis de cette situation.

Concernant la situation de Mme B., l'infirmier a pu m'exprimer que ça n'était « *pas très compliqué* »⁵¹ car il s'agissait d'un problème de chute à répétition. En lui demandant comment la situation avait évolué, l'infirmier m'a dit que Mme B. n'a plus été contenue à partir du moment où elle n'avait plus la force de se lever, certainement due à la fonte musculaire liée à l'immobilisation par la contention. Au cours de l'entretien, j'ai pu remarquer des contradictions, l'infirmier a pu dire à plusieurs reprises que l'unité Alzheimer était conçue de manière à ce que les personnes ne chutent pas et soient en sécurité. Or, Mme B. résidait à l'unité Alzheimer et était contenue. Je n'ai pas eu plus d'informations mais ces quelques renseignements me posent question d'un point de vue éthique.

3.2.3. Représentations

De la sorte, j'ai voulu introduire ces entretiens par les représentations des interviewés et je remarque que pour tous les infirmiers la contention est utilisée pour limiter le risque de chute, ce qui est en adéquation avec mes recherches théoriques. Cependant, l'avocat avec qui j'ai pu m'entretenir, relate que selon la loi « *le risque de chute n'est pas en soit suffisant pour contraindre quelqu'un, après c'est le médecin qui prend sa responsabilité* »⁵².

De plus, pour l'infirmier n°1, la pression des familles qui demande la sécurité de leur proche est un autre motif à la contention. Quant à l'infirmière n°2, elle considère la contention comme « *une aide thérapeutique* »⁵³ et qui « *limite le risque de chute et la mise en danger de la personne* »⁵⁴. L'infirmière n°3 ajoute que l'agitation ou l'agressivité sont également des motifs à la contention.

⁵¹ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁵² Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

⁵³ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁵⁴ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

Les infirmiers mettent également en évidence plusieurs types de contentions, telles que la contention chimique et architecturale. Les infirmiers précisent que le fauteuil confort en arrière et l'adaptable devant le fauteuil sont des moyens qui leur semblent être des contentions. L'infirmière n°4 exprime également que la contention chimique est une sorte de contention, à la différence que, la contention chimique fait l'objet d'une prescription médicale tandis que la contention architecturale est plus insidieuse.

A travers les différents entretiens, j'ai d'ailleurs pu remarquer que la contention chimique était souvent associée à la contention physique, il s'agit donc d'une double contention. Je me demande alors quel est le but de cette double contention. Pourquoi ne pas essayer une première contention, chimique par exemple, et en apprécier les effets pour voir si cela est suffisant ? Dès lors, est-ce que la contention chimique ne serait pas un moyen pour les soignants de se rassurer en se disant que le patient ressentira moins la contention physique ?

3.2.4. Ressentis

Concernant le ressenti des soignants, j'ai pu relever que l'infirmier n°1 exprime que la contention physique, telle qu'il en fait l'usage n'est pas « *de la maltraitance* »⁵⁵, en tout cas ça en serait « *si on le faisait juste pour être tranquille* »⁵⁶. De plus, la contention physique ne lui « *pose pas de problème moral particulier* »⁵⁷. Pour lui, « *une contention de type ceinture dans un fauteuil roulant, dans lequel la personne peut se déplacer* »⁵⁸ semble être « *une des solutions les moins dures pour la personne* »⁵⁹ comparée à un traumatisme et devoir aller aux urgences où « *on attend en moyenne 7h* »⁶⁰. L'infirmière n°4 se questionne également là-dessus, en se demandant ce qu'il y a de mieux ou de moins pire entre, être contenu dans un fauteuil ou tomber plusieurs fois et nécessiter une chirurgie.

⁵⁵ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁵⁶ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁵⁷ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁵⁸ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁵⁹ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁶⁰ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

D'ailleurs, l'infirmière n°4 exprime qu'elle ne ressent pas de « *sentiment de culpabilité* »⁶¹ quand elle contient un patient mais plutôt « *un sentiment de bien faire* »⁶² car la contention est « *réfléchie* »⁶³, que d'autres solutions ont été essayées et que cela a été « *analysé en équipe* »⁶⁴. Elle aurait le sentiment de mal faire « *si la personne était sous contention et hyper agitée* »⁶⁵.

Les infirmiers expriment également avoir des difficultés avec la contention physique chez quelqu'un qui a des troubles cognitifs. L'infirmière n°2 exprime que chaque cas est particulier, elle « *différencie vraiment la contention chez quelqu'un qui n'a pas de troubles cognitifs et quelqu'un qui a des troubles cognitifs* »⁶⁶. Mettre une contention à quelqu'un qui a des troubles cognitifs la questionne beaucoup. Elle explique alors qu'il est moins difficile de mettre une contention physique à quelqu'un qui n'a pas de troubles cognitifs car « *elle va comprendre l'intérêt* »⁶⁷ et « *c'est en accord avec la personne* »⁶⁸. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une personne ayant des troubles cognitifs, l'infirmière ne se sent « *pas à l'aise* »⁶⁹ et trouve cela « *contraignant* »⁷⁰ car « *on ne peut pas raisonner quelqu'un qui a des troubles cognitifs* »⁷¹. Elle ajoute tout de même que la contention sert de « *contenance* »⁷² et s'allie souvent « *avec une contention chimique* »⁷³ ce qui permet « *d'aider la personne à se poser* »⁷⁴. De ce fait, si la personne est plus calme avec une contention chimique, pourquoi utiliser tout de même la contention physique ? L'infirmière précise ensuite que la personne « *n'est pas contentionnée tout le temps* »⁷⁵, effectivement, la contention est retirée sous surveillance des soignants ou lors de la présence de la famille. L'infirmière n°3, qui n'a utilisé la contention qu'une seule fois depuis l'obtention de son diplôme, exprime avoir « *un peu de mal aussi avec ça* »⁷⁶ mais est consciente que parfois il semble nécessaire de contentionner une personne pour la protéger. Elle exprime d'ailleurs qu'elle a déjà pu remarquer que la contention physique pouvait avoir des effets bénéfiques sur la personne.

⁶¹ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁶² Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁶³ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁶⁴ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁶⁵ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁶⁶ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁶⁷ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁶⁸ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁶⁹ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁷⁰ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁷¹ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁷² Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁷³ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁷⁴ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁷⁵ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁷⁶ Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3.

Quant à l'infirmière n°4, elle exprime être « *globalement contre* »⁷⁷ la contention physique car elle pense « *qu'il y a mieux que les contentions* »⁷⁸ comme « *des prises en charge spécifiques* »⁷⁹. Cependant, elle est consciente que dans certaines situations la contention peut être favorable mais, elle ajoute tout de même, que la contention n'est pas le premier recours face à un risque de chute dans son établissement. Je remarque alors que mettre une contention physique chez une personne présentant des troubles cognitifs semble être compliqué pour les soignants. Alors, si les soignants se sentent en difficulté quant à l'utilisation de la contention chez une personne ayant des troubles cognitifs, c'est que cette pratique questionne et se heurte à des valeurs professionnelles.

Je remarque également que l'infirmière n°2 présente la contention à la personne comme « *une petite ceinture de sécurité* »⁸⁰ ce qui, selon moi, minimise cet acte pourtant pas anodin. Serait-ce un moyen pour l'infirmière de mieux faire accepter au patient la contention physique ou bien, de mieux l'accepter elle-même ?

L'infirmier n°1 relate qu'il rencontre des difficultés face à la législation, comme la réévaluation toutes les 24 heures de la prescription médicale qui est, selon lui, « *impossible* »⁸¹ et « *pas réalisable* »⁸². L'infirmière n°3 est du même avis mais davantage face à la nature de la prescription médicale notamment lorsqu'elle contient la mention « *contention si agitation ou agressivité* »⁸³ car chacun juge différemment de la nécessité ou non de la contention. L'avocat répond à cette difficulté en exprimant que « *celui qui applique fait appel aux compétences qui sont les vôtres* »⁸⁴, il s'agit donc d'une question d'appréciation et de rester raisonnable.

⁷⁷ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁷⁸ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁷⁹ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁸⁰ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁸¹ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁸² Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁸³ Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3.

⁸⁴ Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

3.2.5. Usage de la contention physique

A propos des raisons qui poussent les soignants à utiliser la contention physique, l'infirmier n°1 exprime que c'est globalement pour un risque de chute mais en aucun cas par épuisement, manque de temps, manque de connaissances sur les alternatives ou par facilité. Il exprime tout de même qu'il applique une prescription médicale et ajoute que « *le médecin donne des consignes prescrites et celles-ci de toute façon, qu'on soit d'accord ou pas on est bien obligé de les suivre* »⁸⁵. L'infirmière n°3 rejoint cet avis en disant qu'elle « *applique la prescription* »⁸⁶. L'avocat explique alors, qu'effectivement, si on décide de prendre la liberté de ne pas appliquer la prescription médicale et qu'il y ait un problème dans cette liberté, c'est cette personne qui sera accusée.

L'infirmière n°3 finit par ajouter que le manque de temps et d'effectifs sont possiblement des raisons à la contention. Effectivement, si nous pouvions surveiller les patients constamment, la contention n'aurait pas lieu d'être.

Puis, j'ai eu l'occasion d'échanger avec des professionnels travaillant en EHPAD qui n'utilisent pas la contention physique. Il s'agit d'une politique d'établissement que les personnes signent à l'entrée dans l'établissement. L'équipe s'engage à trouver des moyens alternatifs plus adaptés à la personne, comme par exemple avec l'intervention d'autre professionnel tel que l'ergothérapeute ou avec la méthode de validation que j'ai pu décrire précédemment. De ce fait, si cet établissement arrive à trouver des moyens alternatifs à la contention physique et que pour autant, il n'y a pas plus de problème qu'ailleurs, pourquoi les autres institutions n'en font pas de même ?

3.2.6. Questionnements des soignants

L'infirmier n°1 explique qu'il se demande très souvent si « *c'est justifié ou non* »⁸⁷. L'infirmière n°2 se demande « *qu'est-ce que ressent la personne quand je mets la ceinture ?* »⁸⁸ mais aussi et surtout « *qu'est-ce que ressent une personne qui a des troubles cognitifs quand on lui met cette ceinture ?* »⁸⁹, elle exprime des difficultés car elle ne sait pas comment une personne qui a des troubles cognitifs perçoit la ceinture pelvienne, ni ce qu'elle ressent.

⁸⁵ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁸⁶ Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3.

⁸⁷ Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1.

⁸⁸ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁸⁹ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

L'infirmière n°3 se pose les questions suivantes : « *est-ce qu'on lui fait mal ? est-ce qu'il se rend compte de ce qu'on lui fait ? est-ce qu'il va nous en vouloir après ? est-ce que ça va impacter la relation de soin avec lui ? est-ce qu'il ne va pas être moins bien après ?* »⁹⁰. Quant à l'infirmière n°4, elle se demande « *est-ce la meilleure solution ? comment va réagir la famille ?* »⁹¹, elle se demande aussi s'il n'y aurait pas autre chose à essayer, est-ce que vraiment « *on a tout essayé ?* »⁹². On remarque alors chez les soignants une forme de prendre soin à travers leurs questionnements mais on remarque aussi que la contention pose problème.

3.2.7. Soins auprès d'un patient porteur de contention

En questionnant les infirmiers sur ce qu'ils mettaient en place auprès d'un patient contentonné, l'infirmière n°2 exprime que le prendre soin passe par la dignité de la personne. Effectivement, elle explique qu'elle fait en sorte que la contention ne se voit pas et qu'elle soit propre. L'infirmière n°4 rejoint cet avis qui est de faire en sorte que la contention ne soit pas visible, pour être également dans la dignité de la personne. Elle ajoute aussi que les soins d'hygiène sont toujours faits sans contention. Quant à l'infirmière n°2, elle explique que la contention est retirée sous surveillance et lors d'un moment d'activité, cependant, ce n'est pas toujours réalisable du fait du manque de temps. On remarque alors que plusieurs moyens sont mis en place auprès de la personne pour éviter qu'elle subisse la contention physique.

3.2.8. Place de l'entourage

Au sujet de la place de l'entourage, l'infirmière n°2 exprime que dans la mise sous contention « *il faut que ce soit bien expliqué à la famille* »⁹³ en donnant l'intérêt et en expliquant que ça n'est pas définitif car « *ça peut être violent aussi de voir son proche [...] avec une ceinture pelvienne* »⁹⁴. L'infirmière expose que dans certaines situations, la contention est demandée par la famille. Les soignants se doivent d'être très prudents avec cela car « *si nous on en n'a pas mis c'est qu'il y a une raison* »⁹⁵.

⁹⁰ Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3.

⁹¹ Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁹² Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4.

⁹³ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁹⁴ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

⁹⁵ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

L'infirmière n°3 explique également qu' « *il faut toujours expliquer à la famille* »⁹⁶. Elle raconte aussi une situation où la famille était contre la contention, l'équipe a donc trouvé d'autres moyens et n'est pas allée à l'encontre de la décision de la famille, cependant, l'infirmière ajoute qu'ils ont quand même informé les proches des dangers, des risques et de la durée de la contention avant de trouver d'autres moyens. De ce fait, si l'équipe a réussi à trouver d'autres moyens que la contention physique pour ce patient, pourquoi cela n'est-il pas possible pour les autres patients ?

Quant à l'infirmière n°4, elle n'a pas eu de situation où la famille refusait la contention. Cependant, elle exprime que pour chaque contention, la famille était informée et des explications étaient données en employant les bons mots, comme « ceinture » au lieu de « contention ». De plus, elle a rencontré des situations où c'est la famille qui voulait absolument que leur proche soit contenu mais elle explique que l'équipe ne l'a jamais fait car il n'y avait pas la nécessité de le faire. L'infirmier n°1 exprime que certaines familles font pression sur le médecin pour mettre en place des contentions dans la recherche d'une sécurité maximale pour leur proche. S'agit-il d'un besoin de maîtrise ou de surprotection pour la famille ? Dès lors, y-a-t-il de l'abus ou de l'excès dans ces demandes ?

3.2.9. Décision de contenir

Dans le service où travaille l'infirmière n°2, la décision de mettre quelqu'un sous contention est fait par une évaluation médicale et d'équipe, grâce à une évaluation du risque de chute et comportementale, ce qui permet d'évaluer la nécessité ou non d'une contention. C'est le médecin qui prend la décision finale mais c'est toujours en concertation étroite avec les kinésithérapeutes qui évaluent le bénéfice/ risque. Elle ajoute que la contention est réévaluée toutes les 24h. L'infirmier n°1 explique qu'effectivement, la contention doit être réévaluée toutes les 24h mais que c'est impossible à faire dans son établissement car un médecin n'est pas présent chaque jour. De ce fait, il n'y a pas de temporalité quant à la validité de la prescription de la contention physique, la réévaluation se fait en équipe lors des transmissions ou des réunions interdisciplinaires. Effectivement, l'avocat que j'ai pu questionner n'a pas connaissance de textes de loi, ni même de protocoles, concernant la validité de la prescription médicale en maison de retraite.

⁹⁶ Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3.

Pour l'infirmière n°3, la décision quant à une prescription de contention physique est prise pendant les réunions interdisciplinaires entre aides-soignants, infirmiers, médecin et kinésithérapeutes, c'est donc une décision d'équipe et c'est continuellement re-questionné. La réévaluation se fait toutes les 24h si la contention est prescrite pour la journée entière et toutes les semaines si la contention est prescrite en « si besoin ». Je n'ai pas trouvé de texte législatif stipulant cette réévaluation toutes les semaines.

Dans l'établissement de l'infirmière n°4, la décision est aussi prise en équipe interdisciplinaire avec l'avis du médecin traitant. Elle rappelle que la contention n'est pas utilisée en première intention dans son établissement. Il y a d'abord un travail de réflexion autour des facteurs qui pourraient entraîner les chutes, comme les traitements par exemple.

J'ai alors questionné un médecin gériatre pour savoir ce qui le poussait à prescrire une contention et il m'a répondu que c'était sous la pression de l'équipe infirmière et aide-soignante. Il ajoute qu'il ne voit les patients que ponctuellement et qu'il ne se voit pas refuser aux soignants de prescrire une contention, même si selon lui la contention ne semble pas la meilleure solution. Pour lui, l'épuisement de l'équipe face à un patient confus et agité qui, par exemple, enlève sa perfusion ou sa sonde urinaire, se lève seul et chute, expliquerait pourquoi les soignants lui demandent de prescrire une contention. Il essaie de proposer d'autres solutions mais il se sent mal à l'aise car il n'est pas souvent au contact des patients et ne vit pas ces situations complexes au quotidien.

3.2.10. Législation

Au sujet de la législation sur la contention physique, l'avocat valide mes recherches qui stipulaient qu'aucune loi n'encadre la contention physique hors psychiatrie. Il faut donc s'appuyer sur la prescription médicale. D'ailleurs, je me demandais précédemment s'il faisait partie du rôle prescrit de l'infirmier de mettre des contentions physiques. L'avocat a pu m'éclairer et me dire qu'un infirmier pouvait réaliser cet acte.

De plus, l'avocat reconnaît que la personne contenue a bien un statut de victime, comme j'ai pu le voir dans mes recherches. Il explique que la personne contenue est en droit de porter plainte car il y a atteinte au corps aux yeux de la loi, cependant, ce sont souvent des plaintes classées sans suite car « *dès qu'on ne touche pas à la sainteté d'esprit, en soins généraux, il y a toujours présomption* »⁹⁷, d'autant plus que la contention doit toujours être mise dans l'intérêt du patient. Si la contention est proportionnée et reste dans le cadre d'une prescription médicale, alors le soignant ne risque rien. Il ajoute que « *si on touche à l'autonomie de la personne, il faut que ce soit pour une raison médicale* »⁹⁸.

Après, si la personne qui applique la prescription médicale trouve cela abusif, elle peut se poser la question de « *qu'est-ce que je fais ? est-ce que j'obéis ? est-ce que je ne peux pas prendre un peu de liberté ?* »⁹⁹, l'avocat rappelle alors qu' « *il suffit qu'il y ait un couac dans cette liberté, et c'est vous qu'on embêtera* »¹⁰⁰. Il ajoute tout de même que l'application d'une contention fait appel à des compétences que nous avons en tant qu'infirmier et qu'il faut surtout rester raisonnable.

D'ailleurs, l'avocat met en garde le fait qu'il ne faut pas tomber dans l'abus. Il prend alors pour exemple un patient qui serait contenu pour éviter qu'il enlève sa sonde urinaire et par conséquent pour que les soignants gagnent du temps. De ce fait, il qualifie cela « *d'atteinte intolérable à l'autonomie puis aux droits de la personne* »¹⁰¹. Ainsi, la contention physique touche à l'altérité, « *comment est-ce que je peux respecter l'autre dans la relation de soins ?* »¹⁰², parce que dans la contention physique, il faut respecter l'autre en tant qu'être humain.

3.2.11. Expériences

Sur la question de l'expérience, l'infirmière n°2 exprime que quand elle était jeune diplômée, elle utilisait moins la contention car c'était compliqué pour elle de mettre une contention. Elle préférerait « *rester à côté de la personne et essayer de l'occupationnel* »¹⁰³, mais elle s'est vite rendue compte que ça n'était pas toujours possible. Elle s'est donc appuyée sur ses collègues aides-soignants et infirmiers qui avaient plus d'expérience et s'est finalement rendue compte que la contention pouvait avoir des bénéfices.

⁹⁷ Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

⁹⁸ Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

⁹⁹ Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

¹⁰⁰ Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

¹⁰¹ Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

¹⁰² Annexe VIII : verbatim de l'avocat.

¹⁰³ Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2.

L'infirmière n°3, qui est jeune diplômée, explique qu'elle a beaucoup de mal à contentionner. D'ailleurs, elle ne l'a fait qu'une fois. Elle préfère utiliser la contention chimique car elle trouve ça moins agressif. Elle aussi s'appuie sur ses collègues pour savoir à quel moment il faut agir. Tout comme l'infirmière n°2, elle préfère isoler le patient des stimuli extérieurs et attendre pour voir comment ça évolue.

Pour l'infirmière n°4, qui a travaillé auparavant en psychiatrie, elle explique que, du fait du public, elle utilise beaucoup moins la contention qu'avant.

On comprend donc par ces réflexions que, plus on a de l'expérience, plus on utilise la contention, peut-être dû au fait que l'on a plus d'assurance. Ainsi, un infirmier qui a moins d'expérience entreprend moins de mettre des contentions physiques, possiblement parce qu'il ne sait pas à quel moment l'utiliser dû au manque d'expérience.

3.2.12. Formations

Au sujet de la formation initiale à l'école, l'infirmier n°1 se dit avoir été assez formé et préparé à la contention physique. L'infirmière n°2 explique n'avoir eu qu'une seule intervention en formation initiale. Elle ajoute qu'elle y avait été confrontée en stage et qu'elle avait fait des recherches personnelles. L'infirmière n°3 exprime ne pas avoir de cours sur la contention physique pour la personne qui a des troubles cognitifs, cependant, elle a pu avoir des cours sur la contention en psychiatrie. Quant à l'infirmière n°4, elle dit avoir été assez formée et préparée à la contention physique et être plutôt à l'aise avec ça du fait de son diplôme d'infirmière en psychiatrie. Après ce constat sur le manque de formation sur la contention physique en formation infirmière, j'ai décidé de questionner un second médecin gériatre sur leur formation. Il a pu me dire que très peu de cours sont ciblés sur la contention physique, c'est pourquoi il s'appuie essentiellement sur les recommandations de la HAS sur la contention physique.

Enfin, concernant les formations professionnelles, l'infirmier n°1 ne pense pas que cela pourrait l'aider dans sa pratique. L'infirmière n°4 rejoint cet avis et n'est pas demandeuse car elle n'a pas de difficultés avec ça.

Quant à l'infirmière n°2 et l'infirmière n°3, elles pensent que des formations professionnelles sur la contention physique pourraient les aider et elles sont plutôt demandeuses de ce genre de formations car le sujet de la contention physique est peu exprimé alors que c'est une pratique quotidienne.

3.2.13. Veille professionnelle

L'infirmier n°1 et l'infirmière n°4 n'ont pas connaissance du référentiel de l'HAS sur les alternatives à la contention mais en leur montrant, ils expriment que l'équipe le fait déjà. L'infirmière n°2 n'a pas non plus connaissance de ce référentiel. Enfin, l'infirmière n°3 a connaissance de ce référentiel car le sujet de son mémoire de fin d'études portait sur le risque de chute.

Cependant, j'ai pu remarquer que les soignants essaient d'utiliser des moyens alternatifs à la contention. L'infirmière n°2 explique que les lits Alzheimer, qui sont des lits très bas, permettent d'éviter de mettre une contention physique car si la personne chute de son lit, il y a très peu de risque qu'elle se blesse. Elle ajoute également que le fait de border le patient dans son lit permet de le contenir de manière plus maternelle et naturelle.

Quant à l'infirmière n°3, elle explique que, dans son service, ils utilisent l'enveloppement avec des draps ou avec leurs bras afin de contenir la personne et de la recentrer sur elle-même. Elle ajoute que la contention chimique est plus utilisée que la contention physique. Sans avoir connaissance du référentiel, les soignants cherchent des solutions moins agressives et mieux acceptées par le patient.

3.3. Synthèse

Bien que les professionnels avec qui j'ai pu m'entretenir se questionnent sur la contention physique chez la personne âgée désorientée, cette pratique y est tout de même courante et habituelle, voire systématique pour un risque de chute. Alliée à la contention physique, les soignants expriment la contention chimique. La contention chimique est une contention physique sans lien apparent. Cette contention est une alternative ou une association à la contention physique qui est très utilisée par les soignants. Elle est souvent prescrite en « si besoin » laissant le professionnel juger de la nécessité ou non d'administrer un traitement pour contrôler le comportement d'une personne. Elle est considérée, par les soignants, plus facile car moins agressive physiquement, ce qui soulève des questions éthiques.

De plus, le manque de formations et d'informations sur la contention physique, qui ne semble pas être ressenti pour les infirmiers les plus expérimentés, permettrait, selon moi, de ne pas tomber dans une routine tout en permettant une analyse réflexive des soignants sur cette pratique.

Bien que la contention physique pouvant être choquante pour la famille et les visiteurs, elle ne semble plus interpeler les soignants pris dans une habitude de pratique institutionnelle. L'application de la prescription médicale de manière stricte me questionne et est contraire à l'éthique du soin.

D'ailleurs, les soignants expriment que la contention physique est prise en concertation avec l'équipe médicale et paramédicale, il est vrai que cette pratique est réelle mais les médecins avec qui j'ai pu échanger relatent que c'est en fait souvent sous l'impulsion des infirmiers qu'ils prescrivent une contention physique. Alors en discutant de cela avec un médecin, celui-ci me dit qu'il faut faire attention à ne pas être dans l'abus. Il explique cela par le fait que souvent, la personne âgée désorientée qui se retrouve à l'hôpital n'est pas dans un environnement qui lui est adapté tant dans la structure que dans le fonctionnement, par conséquent, cela peut conduire à une demande abusive des soignants de contenir. Il ajoute que dans certains cas et pour certaines personnes, la contention physique peut avoir des effets bénéfiques pour que la personne se recentre sur elle-même. Cependant, la contention physique a souvent des effets délétères qui augmentent la charge de travail. De ce fait, où se trouve la limite avec l'abus ? Quelles sont les limites à ne pas franchir ?

FORMULATION AFFINEE DE
LA QUESTION DE DEPART

IV. FORMULATION AFFINEE DE LA QUESTION DE DEPART

Suite à cette analyse qui a suscité de vives questions, j'ai décidé de travailler sur le domaine de l'éthique. Dans les équipes soignantes, j'ai pu remarquer que la contention provoquait un questionnement, une réflexion, toujours dans la recherche de ce qui est bien ou juste. Il faut contenir le patient pour empêcher qu'il se mette en danger lui ou les autres, car ne pas le faire serait ne pas assurer sa mission de protection et de sécurité et en même temps la contention, d'un point de vue juridique, est une atteinte à la liberté et d'un point de vue éthique, une atteinte à la dignité.

Le soignant est alors sans cesse tiraillé entre deux choix, la contrainte ou la liberté, le devoir de protéger autrui et l'acte de maltraitance, la prévention d'un risque et la création d'un risque. Cet acte, dit de soin, demande aux soignants de faire appel à la morale et à l'éthique pour choisir entre le meilleur et le moins pire. Alors, comment faire ce choix et comment faire accepter ce choix ?

Cette réflexion m'a permis d'identifier le dilemme suivant qui est de me demander finalement, **à partir de quel moment peut-on considérer la contention physique comme abusive et portant atteinte à l'altérité ?**

CONCEPTUALISATION

V. CONCEPTUALISATION

Pour poursuivre cette réflexion, j'ai choisi d'analyser trois concepts qui me paraissent intéressants de développer afin de comprendre le sujet.

5.1. L'altérité

Dans un premier temps, j'ai choisi de me centrer sur le concept d'altérité en lien avec ma question précédente. Sa définition provient du latin « alter » qui signifie « *autre, caractère de ce qui est autre, opposé au même, à l'identique* »¹⁰⁴. L'origine de ce mot remonte à la période antique où Platon¹⁰⁵ traitait du rapport entre le soi unique et la pluralité des autres. De plus, Aristote¹⁰⁶ s'intéresse, à cette même période, sur les relations de l'être qui seraient multiples. Plus tard, c'est Homère¹⁰⁷, Hérodote¹⁰⁸ et Hippocrate¹⁰⁹ qui ont porté leur intérêt pour l'autre. Alors, l'altérité désigne, dans le langage courant « *l'acceptation de l'autre en tant qu'être différent et la reconnaissance de ses droits à être lui-même* »¹¹⁰. Ceci implique donc d'aller à la rencontre de l'autre et de le reconnaître dans sa différence.

Ce concept a également été largement développé par Emmanuel Levinas¹¹¹ par ses recherches sur la relation avec autrui. Il met en avant la sociabilité qui pour lui est liée à l'altérité et est primordiale pour avoir une connaissance véritable de l'autre. Il exprime également qu'il faut accueillir le visage de l'autre pour créer une véritable rencontre avec cet autre. Après cela seulement, il existe une proximité avec autrui. J'en comprends donc que l'altérité c'est reconnaître que l'autre est différent de moi et que par conséquent, il n'a pas les mêmes besoins que moi. L'autre n'est pas un objet mais un être humain singulier qu'il faut accueillir et accepter.

¹⁰⁴ BARAQUIN N., BAUDART A., DUGUE J., [et al]. *Dictionnaire de philosophie*. Armand Colin, 3^{ème} édition, 2005. p. 15.

¹⁰⁵ Platon (427 avant J.-C. – 348 avant J.-C.) – philosophe majeur de la pensée occidentale et de l'Antiquité grecque.

¹⁰⁶ Aristote (384 avant J.-C. – 322 avant J.-C.) – philosophe grec ayant établie les premiers fondements de la philosophie et fondateur de la métaphysique.

¹⁰⁷ Homère (VIII^e s. avant J.-C.) – poète épique grec.

¹⁰⁸ Hérodote (484 avant J.-C. – 420 avant J.-C.) – historien grec.

¹⁰⁹ Hippocrate (460 avant J.-C. – 377 avant J.-C.) – le plus grand médecin de l'antiquité.

¹¹⁰ LEFILM 2010. (page consultée le 17/04/2018). *Qu'est-ce que l'altérité ?*. [en ligne]. URL : <http://lifim2010.over-blog.com/article-dossier-qu-est-ce-que-l-alterite-76102794.html> .

¹¹¹ Emmanuel Levinas (1906 – 1995) – philosophe français d'origine lituanienne.

De plus, il est important d'ajouter que

« cette altérité est d'abord celle du corps vivant, exposé au passage du temps et à la souffrance ; elle est également celle du psychisme, qui rend impossible toute connaissance et toute maîtrise absolue de soi-même ; elle est enfin et surtout ouverture à l'autre, dont je suis dépendant mais qui dépend aussi de moi, auquel je suis exposé comme il est exposé à mon pouvoir »¹¹².

On comprend donc que l'altérité est trois éléments, tout d'abord le corps, ensuite le psychisme et enfin l'ouverture à l'autre. Pour compléter cela, nous pouvons dire que l'évolution de la médecine et l'allongement de l'espérance de vie, avec ce refus de mourir, font perdre progressivement aux soignants la conscience et le sens que le patient est un individu singulier. Alors, comment respecter l'autre si nous n'avons pas conscience de sa singularité ?

Je relève également qu'avec l'altérité *« ma liberté s'étend au travers de celle des autres impliquant l'attention aux autres, le respect fondamental et l'ingérence dans les situations identifiées comme portant atteinte aux droits fondamentaux des humains d'être eux-mêmes et chacun différent »¹¹³*. Ceci fait le lien avec la personne âgée désorientée qui est, qui elle est, malgré la désorientation. N'oublions pas que derrière la désorientation il y a une personne, un vécu, une histoire et que chacune des choses qu'elle fait, ont un lien avec son passé. L'altérité exige donc *« une décentration du je »¹¹⁴* et implique que le soignant *« accueille tout être humain tel qu'il est, sans le réduire à ses représentations »¹¹⁵*, et cela, *« quel que soit son état physique, mental, émotionnel, cognitif, quel que soit son âge, son histoire »¹¹⁶*.

¹¹² GARRAU M. (page consultée le 17/04/2018). *La justice à l'épreuve de l'altérité*. [en ligne]. URL : <http://www.laviedesidees.fr/La-justice-a-l-epreuve-de-l.html> .

¹¹³ PROUTEAU F. Cours « **Relier vulnérabilité et autonomie** », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2015.

¹¹⁴ FORMARIER M. LIJILJANA J. *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet Conseil, 2012, 2^{ème} édition. p. 67.

¹¹⁵ *Loc. cit.*

¹¹⁶ *Loc. cit.*

5.2. La bienfaisance et la non-malfaisance

Dans un second temps, j'ai choisi de développer la bienfaisance et la non-malfaisance intégrant les grands principes éthiques selon Paul Ricœur¹¹⁷ et ayant une visée déontologique.

5.2.1. La bienfaisance

De ce fait, la bienfaisance est la « *qualité de celui, celle qui prodigue ses bienfaits à autrui, tendance à faire du bien* »¹¹⁸. Emmanuel Kant, dans ses œuvres, a étudié la bienfaisance et compare d'ailleurs ce concept à la bienveillance.

La bienveillance est une « *disposition favorable de la volonté d'une personne envers une autre, ou un groupe. Cette attitude se manifeste par une écoute active et demande une tolérance, un réel intérêt de la personne et la capacité de non-jugement. Elle s'exprime par une communication verbale et non verbale pour instaurer un climat de confiance, faciliter le soin* »¹¹⁹.

La bienveillance consiste à « *souhaiter du bien à tous les hommes* »¹²⁰, tandis que la bienfaisance consiste à « *se proposer pour but leur bonheur* »¹²¹. On remarque donc que la bienfaisance passe par l'action de faire quelque chose pour autrui dans le but de faire le bien, ce concept va au-delà de la pensée. Cependant, nous pouvons dire que les deux s'entremêlent.

Le principe de bienfaisance rappelle également que le soignant ne doit rechercher que l'intérêt du patient car aujourd'hui, tout patient a le droit au meilleur traitement.

De plus, le concept de bienfaisance consiste à « *promouvoir les actes qui sont bénéfiques aux patients, faire passer l'intérêt du patient avant son propre intérêt* »¹²². De même que, « *le soignant ne va pas se contenter d'appliquer les ordonnances médicales, mais il va s'efforcer de comprendre les besoins du patient et agir en conséquence* »¹²³.

¹¹⁷ Paul Ricœur (1913 – 2005) – philosophe français.

¹¹⁸ CNRTL. (page consultée le 17/04/2018). **Bienfaisance**. [en ligne]. URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/bienfaisance> .

¹¹⁹ PAILLARD C. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes, 2013. p. 42.

¹²⁰ Book Google. (page consultée le 19/04/2018). **Emmanuel Kant : œuvres complètes**. [en ligne]. URL : https://books.google.fr/books?id=hZd8DQAAQBAJ&pg=PT1689&lpg=PT1689&dq=bienfaisance+emmanuel+kant&source=bl&ots=Gsb3BofKcF&sig=cwwDB5oYGuevliqYjh_qPprcyvg&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjLsp-K08baAhUHXROKHVIAOMQ6AEIPzAE#v=onepage&q&f=false .

¹²¹ *Loc. cit.*

¹²² BALLEST J. Cours « *Synthèse éthique* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.

¹²³ *Loc. cit.*

Le soignant doit donc favoriser le bien pour le patient en mettant en place des actions dans l'intérêt de ce dernier. Il faut alors se questionner sur le sens des actes que nous mettons en place.

Par ailleurs, pour que la bienfaisance ait lieu, il faut que la rencontre entre le soignant et le soigné soit égalitaire et la relation symétrique. De plus, si la bienfaisance c'est le fait de faire le bien envers autrui, il faut qu'autrui le reconnaisse comme tel. Le bien visé par le soignant doit aussi être le bien du patient, comme l'explique Hugo Tristram Engelhardt¹²⁴. De ce fait, il faut différencier le bien que conçoit le soignant et le bien que conçoit le patient. On ne peut pas faire le bien d'une personne contre son gré.

Alors, le principe d'altérité développé précédemment prend tout son sens. On ne peut pas faire le bien si on ne va pas à la rencontre de l'autre en tant qu'être singulier. Ma représentation personnelle du bien n'est pas la représentation du bien de l'autre. Le principe de bienfaisance vise, par ailleurs, à modérer les excès. Il faut donc demander ce que souhaite le patient et évaluer le rapport bénéfice/risque.

5.2.2. La non-malfaisance

Enfin, la non-malfaisance, dans la continuité du concept précédent, signifie de « *ne pas faire de mal* »¹²⁵. Ce terme a pour origine le *primum non nocere* hippocratique qui signifie « d'abord ne pas nuire ». Nous pouvons comprendre par là qu'il faut épargner au patient les préjudices qui n'auraient pas de sens pour lui.

Par opposition à ce concept, j'ai pu relever la notion de maltraitance. Ce terme se définit comme « *tout acte ou comportement physique, verbal ou autre nuisant au bien-être, à l'épanouissement ou au développement de la personne. La maltraitance peut être physique, psychologique, financière, institutionnelle, médicamenteuse* »¹²⁶. De plus, concernant la maltraitance en institution, il est ajouté que « *les personnes âgées doivent à leur dépendance et à leur fragilité d'être les victimes de maltraitance en institution. Les violences peuvent être ici médicamenteuses, c'est-à-dire qu'il y a recours à l'utilisation de neuroleptiques ou d'hypnotiques pour assurer la tranquillité des maisons de retraite* »¹²⁷ et j'y ajouterai même, la contention physique. Nous pouvons joindre à ce concept la notion de malfaisance délibérée ou la notion d'abus qui exprime l'inverse du terme de non-malfaisance.

¹²⁴ Hugo Tristram Engelhardt Jr. (1941) – philosophe américain et docteur en philosophie et médecine.

¹²⁵ Académie européenne des patients. (page consultée le 17/04/2018). *Non-malfaisance*. [en ligne]. URL : <https://www.eupati.eu/fr/glossary/non-malfaisance/>.

¹²⁶ PAILLARD C. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes, 2013. p. 176.

¹²⁷ *Loc. cit.*

Le principe de non-malfaisance rappelle qu'il faut évaluer le rapport bénéfice/ risque des traitements proposés. Il s'agit d'un principe de précaution visant à ne pas causer de préjudice à la personne. Il faut donc se demander quels sont les risques pour la personne.

Pour finir, même si les concepts de bienfaisance et de non-malfaisance paraissent très proches, ils se distinguent par quelques différences. La bienfaisance exprime qu'il faut « faire du bien » tandis que la non-malfaisance signifie « ne pas faire de mal ». Ainsi, le concept de non-malfaisance est plus contraignant moralement car il est plus impératif. Nous avons l'obligation de ne pas nuire, mais nous ne sommes pas tenus à la bienfaisance.

5.3. Synthèse

Suite à ce travail, je me suis entretenue avec le responsable éthique du département afin qu'il m'apporte un éclairage. Ce dernier a pu m'exprimer qu'effectivement, il n'existe aucune réglementation en France concernant la contention physique, hors secteur de psychiatrie. De ce fait, les soignants sont partagés entre l'obligation de protéger et le droit de liberté du patient. Il s'agit donc du dilemme éthique de ce travail.

Effectivement, dans les EHPAD, les résidents ont la liberté d'aller et venir comme le précise la charte de la personne âgée dépendante. De plus, il s'agit d'un lieu de vie et non d'un lieu de privation de liberté. Tout comme dans les services de soins généraux d'ailleurs. Il ajoute ensuite qu'il faut se poser la question de savoir s'il s'agit d'un risque ou bien d'un danger pour la personne. Car s'il s'agit d'un danger, nous pouvons mettre des choses en place pour éviter ce danger, mais s'il s'agit d'un risque, alors le risque fait partie de la vie. Il rappelle que nous avons l'obligation de moyens mais pas de résultats. De plus, il se demande qui la contention protège-t-elle ? protège-t-elle le soignant ou bien le patient ?

Le système de soin actuel ne permet plus l'erreur, tout est cadré et protocolisé, et prendre des risques, c'est risquer de se tromper. Mais cette sécurité maximale que demande le système de soin n'engendre-t-elle pas un acharnement sécuritaire et des dérives possibles vers la maltraitance ? Prendre un risque doit tout de même être mesuré car il a des limites s'il met en cause la vie des personnes, et c'est là toute la délicatesse de la prise de risque. Mais comme le dit le responsable éthique, le risque fait partie de la vie.

D'ailleurs, la charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance exprime que

« la personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir mener une vie indépendante si elle le désire, même au prix d'un certain risque pour elle, dont il faut l'informer ainsi que son entourage. [...]. Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leur liberté d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit »¹²⁸.

Ainsi, je conclurais cette partie sur la question suivante ; le droit au risque, le droit à la décision et le droit au choix ne sont-ils pas les reflets qui montrent à l'être humain sa dignité ?

¹²⁸ Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 18/04/2018). *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. [en ligne]. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap> .

QUESTION DE RECHERCHE

VI. QUESTION DE RECHERCHE

Mes lectures et les rencontres avec les différents professionnels m'ont fait rendre compte qu'il existait un certain clivage entre la psychiatrie et les soins généraux, or, la contention physique y est présente dans les deux cas. Effectivement, la contention physique en psychiatrie est légiférée et encadrée par des protocoles rigoureux. Une cadre de santé a d'ailleurs pu me dire que, le fait qu'il existait des textes de loi qui légifèrent toute privation de liberté, cela a permis un changement et une harmonisation des pratiques des soignants exerçant en psychiatrie.

De plus, des recherches sur la contention physique en psychiatrie démontrent qu'elle n'est pas toujours thérapeutique et qu'elle doit être utilisée en dernier recours pour faire face à un danger imminent. Néanmoins, elle est très utilisée en soins généraux pour des motifs qui ne sont pas des raisons à l'usage de la contention physique. Je pense que la contention physique a besoin d'avoir des repères fiables et solides pour permettre aux soignants de s'appuyer sur des bases concrètes. De ce fait, j'en suis venue à la question suivante : **en quoi la législation pourrait-elle modifier les pratiques sur la contention physique en soins généraux et lieux de vie ?**

CONCLUSION ET PROJECTION

CONCLUSION ET PROJECTION

Ce travail sur la contention physique chez la personne âgée désorientée m'a permis d'élargir mon regard sur cette thématique. Thématique qui montre beaucoup d'imprécisions d'ailleurs... Travailler sur ce sujet m'a demandé beaucoup de travail car il s'agit d'un thème vaste, mais toutes les rencontres avec les professionnels que j'ai pu faire m'ont beaucoup appris, m'ont été très enrichissantes et m'ont permis d'avancer. J'ai trouvé ce travail passionnant car le sujet me questionne depuis mon entrée dans la formation et finir mes trois années d'études sur cette thématique me donne le sentiment que « la boucle est bouclée ». De plus, ce sujet m'a ouvert sur d'autres perspectives qui restent encore à explorer et que je ne manquerai pas d'étudier, d'autant plus que peu d'études françaises paraissent à ce sujet.

D'un point de vue professionnel, j'ai pu évoluer sur ce thème et découvrir une autre facette de la contention physique que je n'avais pas perçue au départ. Je pense être mieux préparée vis-à-vis de cette pratique et maintenant que j'ai réalisé ce travail, je me questionnerais sans cesse en me demandant s'il n'y a pas d'autres solutions que la contention physique. La personne âgée est un être comme un autre, elle mérite une qualité de vie optimale et qui lui permet de vivre sa vie telle qu'elle le souhaite. Priver une personne âgée de son pouvoir de décision sur des choses qui la concerne, c'est lui retirer ce pourquoi elle existe et alors, pourquoi vivre ?

Je pense que, de nos jours, il faut être vigilant avec la contention physique car le réel danger est d'évoluer progressivement vers des établissements similaires à un milieu carcéral malgré une évolution notable du respect des droits des malades et des usagers. Il faut, à mon sens, se remettre en question constamment et ne pas entrer dans une routine où les réflexes administratifs et procéduraux prennent le dessus sur le sens même du soin. Alors, nous devons toujours garder à l'esprit la visée éthique ; « *visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes* »¹²⁹. Par ailleurs, je souhaitais finir ce travail par cette citation qui représente beaucoup et qui ouvre le sujet vers d'autres pensées...

“ L'homme n'est pas entièrement coupable, car il n'a pas commencé l'Histoire, mais il n'est pas tout à fait innocent, puisqu'il la continue ”

Albert Camus

¹²⁹ GATE J-M. "*Entretien avec Paul Ricœur*". in *Le philosophe*, N°15, 2001. p. 11.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Annexe V de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.
- Annexe VII de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES

- A.REY. *Dictionnaire historique de la langue Française*. Le Robert, 1995. 70 p.
- BARAQUIN N., BAUDART A., DUGUE J., [et al]. *Dictionnaire de philosophie*. Armand Colin, 3^{ème} édition, 2005. 377 p.
- **Larousse** : dictionnaire encyclopédique illustré pour la maîtrise de la langue française, la culture classique et contemporaine. Paris : Larousse, 1997.
- PAILLARD C. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes, 2013. 356 p.

LIVRES

- ESQUIROL E. *Maladies mentales*. Paris : J.-B. Baillière, 1838, tome second. 400 p.
- FORMARIER M. LIJILJANA J. *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet Conseil, 2012, 2^{ème} édition. 328 p.

ARTICLES DE REVUES

- BECKER E., STRZELCZYK V., REVILLOT J-M. "*Corps et altérité dans la pratique soignante*". in Perspective soignante, N°47, 2013. pp 48 - 57.
- BOURGEOIS F. "*Envisager une contention physique passive*". in La revue de l'infirmière, N°145, 2008. pp 43 - 44.
- CHEVILLOTTE J. "*Contention abusive et responsabilité infirmière*". in La revue de l'infirmière, N°159, 2010. pp 29 - 31.
- DEVERS G. "*Contention et responsabilité*". in Objectif soins & management, N°223, 2014. pp 15 - 18.
- Dossier « *Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale* ». in John Libbey Eurotext, N°6, 2009. pp 383 - 390.
- FAYE C. "*Psychiatrie transculturelle : l'altérité est une philosophie de vie*". in L'infirmière magazine, N°325, 2013. pp 28 - 29.
- GATE J-M. "*Entretien avec Paul Ricœur*". in Le philosophe, N°15, 2001. pp 9 - 21.
- GUIMELCHAIN-BONNET M. "*La bientraitance pour prévenir la maltraitance*". in L'aide-soignante, N°119, 2010. pp 9 - 10.

- LELIEVRE N. "*La mise sous contention de la personne âgée, quelles obligations ?*". in Soins, N°738, 2009. pp 63 - 64.
- PONTE C. "*Quel est la réglementation en matière de contention ?*". in Soins aides-soignantes, N°8, 2006. 10 p.
- ROGEZ R. "*A propos de la contention des personnes âgées en institution*". in Soins, N°695, 2005. pp 36 - 37.
- SIMON-MARZAIS M. "*Lutter contre la maltraitance et développer la bientraitance*". in Soins gérontologie, N°88, 2011. 20 p.

SITES INTERNET

- Académie européenne des patients. (page consultée le 17/04/2018). *Non-malfaisance*. [en ligne]. URL : <https://www.eupati.eu/fr/glossary/non-malfaisance/> .
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (page consultée le 01/08/2017). *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. [en ligne]. URL : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf> .
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (page consultée le 01/08/2017). *Qualité de vie en EHPAD (volet 3)*. [en ligne]. URL : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf .
- Book Google. (page consultée le 19/04/2018). *Emmanuel Kant : œuvres complètes*. [en ligne]. URL : https://books.google.fr/books?id=hZd8DQAAQBAJ&pg=PT1689&lpg=PT1689&dq=bienfaisance+emmanuel+kant&source=bl&ots=Gsb3BofKcF&sig=cwwDB5oYGuevliqYjh_qPprevyg&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjLsp-K08baAhUHXRQKHVIAOMQ6AEIPzAE#v=onepage&q&f=false .
- CNRTL. (page consultée le 17/04/2018). *Bienfaisance*. [en ligne]. URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/bienfaisance> .
- CPN. (page consultée le 19/09/2017). *Historique de l'enfermement*. [en ligne]. URL : http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique_de_l_enfermement.pdf .
- Encyclopédie Larousse. (page consultée le 18/04/2018). *Aristote*. [en ligne]. URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Aristote/98715> .
- Encyclopédie Larousse. (page consultée le 18/04/2018). *Emmanuel Levinas*. [en ligne]. URL : http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Emmanuel_Levinas/129718 .
- Encyclopédie Larousse. (page consultée le 18/04/2018). *Hérodote*. [en ligne]. URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Hérodote/123757> .
- Encyclopédie Larousse. (page consultée le 18/04/2018). *Hippocrate*. [en ligne]. URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Hippocrate/123966> .

- Encyclopédie Larousse. (page consultée le 18/04/2018). **Homère**. [en ligne]. URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Homere/124178> .
- Encyclopédie Larousse. (page consultée le 18/04/2018). **Paul Ricœur**. [en ligne]. URL : http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Paul_Ricœur/140972 .
- Encyclopédie Larousse. (page consultée le 18/04/2018). **Platon**. [en ligne]. URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Platon/138416> .
- Étude qualitative. (page consultée le 30/03/2018). **Interprétation et pratiques autour du terme « contention chimique »**. [en ligne]. URL : http://www.jle.com/download/gpn-303963-interpretation_et_pratiques_autour_du_terme_contention_chimique_etude_qualitative_aupres_de_50_professionnels_de_sante--Wr5DVn8AAQEAAEAhLesAAAAC-a.pdf .
- Fondation nationale de gérontologie. (page consultée le 04/08/2017). **Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance**. [en ligne]. URL : http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/FNG_charte_complete_com.pdf .
- France Alzheimer. (page consultée le 26/07/2017). **La communication verbale et non verbale**. [en ligne]. URL : <http://www.francealzheimer.org/communiquer-et-rester-en-relation/la-communication-verbale-et-non-verbale> .
- GARRAU M. (page consultée le 17/04/2018). **La justice à l'épreuve de l'altérité**. [en ligne]. URL : <http://www.laviedesidees.fr/La-justice-a-l-epreuve-de-l.html> .
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (page consultée le 12/10/2017). **Comment communiquer avec une personne atteinte de démence ?** [en ligne]. URL : <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/commentcommuniquerpersdemence.pdf> .
- La croix. (page consultée le 19/09/2017). **Michel Claire : « l'usage de la contention remonte à l'Antiquité »**. [en ligne]. URL : <https://www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Michel-Caire-L-usage-de-la-contention-remonte-a-l-Antiquite-2014-03-17-1121527> .
- LEFILM 2010. (page consultée le 17/04/2018). **Qu'est-ce que l'altérité ?** [en ligne]. URL : <http://lifim2010.over-blog.com/article-dossier-qu-est-ce-que-l-alterite-76102794.html> .
- Legifrance. (page consultée le 01/08/2017). **Article 16 du code civil**. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419319> .
- Legifrance. (page consultée le 01/08/2017). **Code de l'action sociale et des familles**. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000031727334&dateTexte=&categorieLien=id> .
- Legifrance. (page consultée le 12/10/2017). **Conseil d'État n°233939**. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000008101491&dateTexte=> .

- Legifrance. (page consultée le 19/09/2017). *Loi du 30 juin 1938 sur les aliénés*. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000882534> .
- Legifrance. (page consultée le 19/09/2017). *Loi n°90-527 du 27 juin 1990*. [en ligne]. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384> .
- Le monde. (page consultée le 24/04/2018). *Citation*. [en ligne]. URL : <http://dicocitations.lemonde.fr/citations/citation-3311.php> .
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. (page consultée le 01/08/2017). *Les bonnes pratiques de soins en EHPAD*. [en ligne]. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf> .
- Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 06/11/2017). *Alzheimer en EHPAD*. [en ligne]. URL : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement> .
- Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 18/04/2018). *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. [en ligne]. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap> .
- Univadis. (page consultée le 26/07/2017). *Ebixa*. [en ligne]. URL : <https://www.univadis.com/references> .
- Univadis. (page consultée le 26/07/2017). *Loxapac*. [en ligne]. URL : <https://www.univadis.com/references> .
- Universalis. (page consultée le 19/09/2017). *Jacques Joseph Valentin Magnan*. [en ligne]. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/jacques-joseph-valentin-magnan/> .
- Universalis. (page consultée le 19/09/2017). *Jean Etienne Dominique Esquirol*. [en ligne]. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/jean-etienne-dominique-esquirol/> .
- Universalis. (page consultée le 19/09/2017). *Philippe Pinel*. [en ligne]. URL : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/philippe-pinel/> .
- Validation. (page consultée le 26/07/2017). *Biographie Naomie Feil*. [en ligne]. URL : <https://vfvalidation.org/naomi-feil-biographie/?lang=fr> .
- Validation. (page consultée le 26/07/2017). *L'empathie et la méthode de validation*. [en ligne]. URL : <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/lempathie-et-la-methode-de-validation/> .
- Validation. (page consultée le 26/07/2017). *Les bases de la méthode de validation*. [en ligne]. URL : <http://vfvalidation.fr/products-page/les-bases-de-la-methode-de-validation/> .

DOCUMENTS NON PUBLIES

- BALLET J. Cours « *Synthèse éthique* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.
- BERTRAND C. Cours « *Étayage, contenance, posture et cadre thérapeutique* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2016.
- BERTRAND C. Cours « *Les moyens d'isolement, de contention, et le cadre thérapeutique* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.
- CHAINE P. JOUBERT F. MOREAU N. ELIE CHAJIA S. Cours « *Mémoire de fin d'études* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.
- CHAINE P. Cours « *L'entretien* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.
- GOMOT E. *Consentement du patient et soins en psychiatrie : contention et isolement du patient*, promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2018.
- LEJEUNE. Cours « *Alzheimer et apparentés* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.
- MENORET C. *La contention auprès de la personne âgée : entre liberté et sécurité : travail de fin d'études, session 2012*. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2012.
- MOREAU N. Cours « *Qu'est-ce que la recherche ?* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.
- PROUTEAU F. Cours « *Relier vulnérabilité et autonomie* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2015.
- RICHARD B. Cours « *Projet de mémoire* », promotion 2015-2018. La Roche-sur-Yon : IFSI du CHD, 2017.

DOCUMENTS AUDIOVISUELS

- SIEVEKING D. *Ne m'oublie pas*. Film documentaire allemand, 2012. [vidéodvd] (88 min.).

ANNEXES

Annexe I : alternatives à la contention selon l'ANAES

Limiter les risques de contention physique de la personne âgée

Tableau 1. Le risque de chute et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas négliger les raisons médicales qui nécessiteraient un traitement rapide : <ul style="list-style-type: none"> - hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil ; - dépression, déshydratation, pathologies cardio-vasculaires. * Revoir les différentes associations médicamenteuses.
Adaptation de l'environnement et du mobiliser dans la chambre	<ul style="list-style-type: none"> * Enlever tout équipement inutile (meuble et autre) ; * Augmenter l'éclairage (une personne âgée a besoin d'un éclairage deux à trois fois supérieur à un adulte, notamment en cas de cataracte) ; * Mettre un matelas de gymnastique près du lit en cas de chute ; * Lit bas recommandé (moins de 45 cm de hauteur) ; * Enlever les roulettes de la table de nuit, de l'adaptable ; * Bloquer les roulettes du lit en permanence, le mettre en position basse ; * Mettre des repères temporels (calendrier, horloge).
Accompagnement de la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> * Inciter à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie ; * Informer du rythme de passage des soignants ; * Proposer des activités occupationnelles ; * Quand le patient est réveillé, l'accompagner toutes les heures aux toilettes, et une ou deux fois dans la nuit.
Lors des déplacements	<ul style="list-style-type: none"> * Assister la personne lors des déplacements ; * Fournir des aides techniques (sur élévateur de toilettes, barres d'appui) ; * Vérifier l'utilisation de chaussures adaptées, fermées ; * S'assurer de l'utilisation des lunettes de vue, aide auditive, aide à la marche ; * Indiquer à la personne les lieux et endroits à risque (sols glissants, escaliers) ; * Encourager la personne à prendre appui sur les barres des couloirs.
Lors de l'installation au lit ou au fauteuil	<ul style="list-style-type: none"> * Mettre le fauteuil où le patient le souhaite ; * Stabiliser lit ou fauteuil (bloquer les roulettes) ; * Installer confortablement la personne (vêtement et position) ; * Adapter l'inclinaison du fauteuil ou la hauteur du lit pour faciliter le passage en position debout ; * Adapter les accoudoirs à une hauteur qui permet au patient de prendre appui ; * Ne pas mettre d'objets devant le fauteuil qui gêneraient les transferts ; * Installer les effets personnels et familiers près du patient (montre, lunettes, photos...) ; * Expliquer l'utilité et l'utilisation du système d'appel ; * Ne pas laisser le patient en position assise trop longtemps.
Lors des transferts	<ul style="list-style-type: none"> * Ne pas tracter la personne, mais se placer à côté d'elle pour l'aider afin d'éviter le réflexe de rétro-pulsion ; * Apprendre à la personne à se lever et s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs.

Tableau 2. *Les risques liés à l'agitation, la confusion et les propositions d'alternatives à la contention physique.*

Raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas négliger les raisons médicales d'une agitation ou d'une confusion qui nécessiteraient un traitement rapide : <ul style="list-style-type: none"> - vérifier l'adaptation du traitement médicamenteux (médications multiples, interactions médicamenteuses) ; - rechercher des signes de douleur, de troubles du sommeil, de dépression, d'hyperthermie. * Corriger les éventuels déficits sensoriels.
Adaptation de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> * Diminuer les stimuli auditifs ; * Éviter la présence de personnes au comportement perturbateur.
Accompagnement de la personne	<ul style="list-style-type: none"> * Organiser des temps de présence des soignants auprès du patient : <ul style="list-style-type: none"> - solliciter si possible la présence des proches. * Repérer les habitudes du patient et respecter son rythme de vie : <ul style="list-style-type: none"> - respecter les phases de sommeil, habitudes alimentaires, zones d'intérêt. * Favoriser le contact relationnel. * Faire en sorte que le patient connaisse les soignants : <ul style="list-style-type: none"> - rappeler son nom et sa fonction autant que besoin ; - l'informer de la présence continue de l'équipe soignante. * Adopter une attitude calme et rassurante.

Tableau 3. *Les risques liés à la déambulation excessive et les propositions d'alternatives à la contention physique*

Raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas négliger les raisons médicales d'une déambulation qui nécessiteraient un traitement rapide : <ul style="list-style-type: none"> - nouveau traitement médicamenteux, absorption de certains médicaments, anxiété, douleur.
Adaptation de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> * Améliorer la sécurité des lieux. * Aménager des espaces de déambulation sécurisés.
Accompagnement de la personne	<ul style="list-style-type: none"> * Améliorer et faciliter l'orientation du sujet : <ul style="list-style-type: none"> - lui présenter le service et l'agencement des locaux (salle à manger, couloirs, toilettes, salle de soins, bureau infirmier) ; - lui indiquer où se situent les interrupteurs et leur fonctionnement ; - expliquer le déroulement d'une journée (horaire des repas et de la présence du personnel) ; - réitérer les rappels ; - réorienter le patient calmement. * Capter l'attention du patient par des barrières visuelles : <ul style="list-style-type: none"> - mettre des photos, posters, télévision, miroirs sur les issues ; - l'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée.

Annexe II : guide d'entretien pour les infirmiers

Questions	Objectifs
<p><u>Question d'introduction :</u></p> <p>1. <i>Est-ce que vous pourriez vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?</i></p>	<p>L'objectif de cette question est de montrer mon intérêt à la personne interviewée, d'entrer dans son univers et d'instaurer un climat de confiance.</p>
<p><u>Questions sur la prise en soin :</u></p> <p>2. <i>Que pensez-vous de la contention physique chez la personne âgée ?</i></p> <p>3. <i>Quel est votre ressenti quand vous contenez un patient ? (difficultés, culpabilités, maltraitance ou au contraire un sentiment de bien faire, de confort, moyen de protection, etc.).</i></p> <p>4. <i>Qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, vous faites l'usage de la contention physique ? (épuisement, manque de temps, manque de connaissances sur les alternatives, facilité, application d'une prescription médicale, etc.).</i></p> <p>5. <i>Quelles questions vous posez-vous quand vous contenez un patient ?</i></p> <p>6. <i>Que mettez-vous en place auprès d'un patient porteur de contention physique pour conserver le prendre soin ?</i></p>	<p>Les objectifs de ces questions sont de connaître les représentations des soignants sur la contention, mais aussi de leur permettre d'exprimer leurs ressentis et leurs émotions. J'aimerais également comprendre ce qui pousse les soignants à l'utilisation de la contention. Le but final est de savoir comment les soignants allient prendre soin et contention ?</p>
<p><u>Questions sur l'entourage :</u></p> <p>7. <i>Dans la mise sous contention d'un patient, quelle est la place de l'entourage ? En quoi ce dernier pouvait être aidant ou au contraire gênant ?</i></p>	<p>L'objectif est de savoir comment est perçu l'entourage par les soignants et également de comprendre ce qui fait qu'il n'est pas intégré à cette décision de contention. Je souhaite savoir quelle collaboration ont les soignants avec l'entourage.</p>

<p><u>Questions sur l'équipe soignante :</u></p> <p>8. <i>Comment la décision de mettre quelqu'un sous contention physique est-elle prise ?</i></p>	<p>Le but est de comprendre si la décision de contenir quelqu'un par une contention physique est discutée en équipe pluridisciplinaire ou bien si elle est prise par consensus entre un infirmier et un médecin. L'objectif est de comprendre par quel jugement on instaure une contention physique.</p>
<p><u>Question sur l'expérience :</u></p> <p>9. <i>En quoi votre expérience a modifié vos pratiques sur la contention physique ? Est-ce que, de par votre expérience, vous utilisez moins la contention et proposez des alternatives ou bien, est-ce qu'au contraire, par épuisement, vous faites davantage l'usage de la contention ?</i></p>	<p>Le but est de savoir si l'expérience représente un atout dans la prise en soin des patients et permettrait d'éviter au maximum la mise sous contention, ou bien, si, au contraire, elle accentue la mise sous contention (par épuisement par exemple).</p> <p>Le but est également de savoir si le manque d'expérience entraîne une certaine frilosité dans les prises en soins des patients et engendre la mise sous contention par protection.</p>
<p><u>Questions sur les formations :</u></p> <p>10. <i>Pensez-vous que vous avez été assez formé et préparé sur la contention physique à l'école d'infirmière ou en formation professionnelle ?</i></p> <p>11. <i>Vous a-t-on proposé des formations sur la contention physique ?</i></p> <p><i>Si oui, y êtes-vous allé, vous ou vos collègues ? Y a-t-il eu un retour de vos collègues ?</i></p> <p><i>Si non, en quoi une formation sur la contention physique vous aiderait ?</i></p>	<p>Le but est de savoir si les formations reçues sont jugées suffisantes par les professionnels de santé, mais aussi de savoir si des formations sont proposées et en quoi elles amélioreraient les prises en soins ?</p>

<p><u>Question sur la veille professionnelle :</u></p> <p><i>12. Avez-vous eu connaissance du référentiel de l'ANAES (actuellement HAS) sur les alternatives à la contention ?</i></p> <p><i>Si oui, en quoi vous est-il utile ?</i></p> <p><i>Si non, qu'est ce qui fait que la personne chargée de la veille documentaire dans votre établissement ne vous met pas à disposition ce genre de document ?</i></p>	<p>L'objectif est de comprendre ce qui fait que l'information ne se transmet pas dans les établissements de santé.</p>
<p><u>Question d'ouverture :</u></p> <p><i>13. Avez-vous envie de rajouter quelque chose avant de clore cet entretien ?</i></p>	<p>L'objectif est de permettre à l'interviewé de parler d'un thème dont nous n'aurions pas abordé, s'il en a envie.</p>

Annexe III : guide d'entretien pour l'avocat

Questions	Objectifs
<u>Question d'introduction :</u> <i>1. Est-ce que vous pourriez vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?</i>	L'objectif de cette question est de montrer mon intérêt à la personne interviewée, d'entrer dans son univers et d'instaurer un climat de confiance.
<u>Questions sur la législation :</u> <i>2. Avez-vous eu ou connu des affaires sur la contention physique d'un patient en milieu de soin ? Si oui, pouvez-vous me raconter ?</i> <i>3. Que pouvez-vous me dire sur la législation concernant la contention physique hors psychiatrie ?</i> <i>4. Est-ce qu'un infirmier a le droit de mettre une contention physique sur prescription médicale ? Car dans notre référentiel de compétences, cet acte n'est pas mentionné.</i> <i>5. Quelles sont les peines encourues en cas de contention abusive ?</i> <i>6. Il existe des lois sur la contention physique en milieu psychiatrique mais aucune pour les autres services, pourquoi ?</i>	L'objectif est d'obtenir des informations sur la législation pour lever cette obscurité autour de ce thème et de comprendre ce que dit la loi à ce sujet.
<u>Question d'ouverture :</u> <i>7. Avez-vous envie de rajouter quelque chose avant de clore cet entretien ?</i>	L'objectif est de permettre à l'interviewé de parler d'un thème dont nous n'aurions pas abordé, s'il en a envie.

Annexe IV : verbatim de l'infirmier n°1

Moi : Pour commencer est-ce que vous pourriez vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?

Infirmier n°1 : Moi j'ai un parcours atypique, à l'origine en gros j'étais commerçant puis voilà j'en ai eu assez, je voulais changer et j'ai fait une reconversion. J'ai fait mes études d'infirmier de 96 à 99, voilà. Donc je suis diplômé depuis décembre 99. J'ai fait pas mal d'intérim au départ donc beaucoup de chirurgie et puis j'ai aussi fait beaucoup de salle de réveil. Et puis après j'ai changé de région et puis il s'est trouvé qu'il y avait une place ici et que j'habite ici et que c'était des horaires fixes. Donc voilà ça fait 13 ans que je suis ici.

Moi : D'accord. La situation d'appel de mon mémoire de fin d'études est celle de Mme B. qui résidait dans l'unité Alzheimer, que pensez-vous de l'utilisation de la contention physique dans sa situation ?

Infirmier n°1 : De notre point de vue ça n'est pas très compliqué puisque c'est toujours le problème des chutes à répétition qui, voilà, quand on a une personne qui tombe 5, 10 fois voir plus, par jour, tous les jours, à un moment et même très rapidement bah qu'est-ce qu'il se passe, on se tourne vers le médecin et le médecin il dit qu'il faut mettre une contention. Donc voilà après, il fait une prescription et puis à partir de là les choses sont faites.

Moi : Et comment la situation de Mme B. a-t-elle évolué après la fin de mon stage qui était en 2015 ?

Infirmier n°1 : J'ai du mal à me souvenir exactement. Je pense qu'elle a été levée au bout d'un certain temps parce qu'elle n'avait plus la force de se lever du tout.

Moi : Oui il y avait une perte d'autonomie donc il n'y avait plus nécessité de la contenir.

Infirmier n°1 : Oui. Ça nous arrive hein, il y a récemment plusieurs personnes pour qui on a arrêté la contention au fauteuil parce qu'ils ne se lèvent plus et donc on n'a plus de chutes et donc on n'a plus tellement nécessité de l'avoir. Normalement, une contention s'est extrêmement compliquée au niveau de la législation puisque normalement une contention n'est valable que 24h.

Or c'est injouable car ça veut dire qu'il faut qu'un médecin passe tous les jours refaire des ordonnances nominatives pour chaque résident, voilà, il faut un médecin à temps plein y compris le dimanche ici et c'est juste impossible. La loi, en tout cas ce qu'elle exige, n'est pas réalisable. Pas du tout. Donc on est un peu hors la loi, au sens strict, et on est dans l'esprit de la loi puisqu'on a des ordonnances pour toutes les contentions et qui précises tous les types de contentions, parce qu'une barrière de lit c'est une contention, il y a énormément de choses qui le sont, mettre un fauteuil confort en arrière c'est une contention. Et en théorie, il va y avoir des espaces réservés où la contention doit être levée sous surveillance sauf que ça aussi c'est parfois réalisable pour certaines personnes dans un certain contexte mais parfois c'est totalement irréalisable parce que la personne, voilà. Ce que le législateur n'a pas conscience c'est qu'ici, en fait, à part en période rarissime où c'est calme, on est occupé de minute en minute, c'est-à-dire qu'on est toujours en train de faire quelque chose. Donc on ne peut pas être auprès d'une personne, à quelques mètres en permanence, ça n'est pas possible. Et pour l'avoir vécu, même à trois mètres, quand une personne commence à tomber, on arrive trop tard. Donc c'est un problème délicat, moi ce que je pense par rapport à ça et par rapport à beaucoup de pratiques en fait, on se retrouve à... pour lesquelles on est confronté dans le grand âge et donc dans la perte de capacité à affirmer ses désirs en fait, c'est que, la bonne solution ce serait des directives anticipées avec un certain nombre de questions fermées, c'est-à-dire, s'il y a tel cas de figure, est-ce que vous voulez telle chose, oui ou non, et cetera. Voilà, moi je reste assez convaincu que ça devrait être plus au choix du patient, dans les directives anticipées. Sauf que les directives anticipées ouvertes, les gens mettent presque tous la même chose, ils ne veulent pas d'acharnement, alors est-ce que c'est un acharnement de mettre une contention à quelqu'un ? C'est après une question beaucoup plus de ressentis qu'autre chose, voilà il y a un EHPAD pas si loin d'ici ils ne mettent aucune contention, les gens ils tombent, ils tombent donc forcément ce qu'il arrive c'est qu'au bout de 15 chutes c'est un col du fémur, c'est une opération pour laquelle ils ne s'en sortent pas toujours et on sait que 2 ans en gros maximum après ils sont décédés. Donc, où est ce que c'est de l'acharnement, je pense que ce serait plutôt à la personne de le décider. Surtout que, on a une autre problématique derrière c'est qu'on a les familles qui sont dans des états d'esprits très différents d'une famille à l'autre ou qui sont dans un état d'esprit conflictuel au sein de la même famille donc on va avoir quelqu'un qui demande absolument quelque chose pour avoir un autre membre de la famille le lendemain qui demande exactement le contraire et une fois l'accident arrivé, tout le monde disait « non non vous avez bien fait » et il y en a un qui va porter plainte quand même, donc c'est très compliqué. Il faut aussi comprendre, et ça c'est pareil, le législateur ne l'a absolument pas intégré, c'est que ces familles-là font pression sur le médecin. Ensuite le médecin donne des consignes prescrites et celles-ci de toute façon, qu'on soit d'accord ou pas on est bien obligé de les suivre.

Donc nous, on essaye de trouver une position conciliante entre le fait qu'on ne peut pas laisser non plus la personne tomber 15 fois par jour parce que, fin voilà, puis elle se fait des plaies, elle s'ouvre, faut aller faire des points de suture, c'est tout le temps. Puis aller aux urgences, et ce n'est pas la faute des urgences qui n'ont pas non plus les moyens de faire leur travail comme il faut pour tout un tas de raisons également, mais on va aux urgences aujourd'hui on attend en moyenne 7 heures donc 7 heures pour quelqu'un de désorienté, les ambulanciers ne peuvent pas rester, ça veut dire qu'est-ce qu'il va se passer quand elle sera déjà tombée 2 fois du brancard, eh bah elle va avoir une contention aux urgences, sur un brancard, pendant des heures. Donc finalement, une contention de type ceinture dans un fauteuil roulant, dans lequel la personne peut se déplacer, ça semble être une des solutions les moins dures pour la personne, je dirais. Mais ça paraîtrait plus logique que ça vienne d'une décision purement de la personne, sauf que tant que les directives anticipées seront des questions ouvertes, ce sera de l'interprétation et on peut faire dire ce que l'on veut au « pas d'acharnement », absolument tout ce que l'on veut.

Moi : D'accord, et vous quel est votre ressenti quand vous contenez un résident ? Est-ce que vous ressentez des difficultés, de la culpabilité, voire de la maltraitance ou bien au contraire un sentiment de bien faire, de confort ou moyen de protection ?

Infirmier n°1 : Alors de la maltraitance non parce que ce serait de la maltraitance si les gens se retrouvaient attachés, ce qui se faisait à mon avis il y a 40-50 ans, juste parce qu'ils embêtent le monde.

On ne peut pas aller les rechercher toutes les 5 minutes donc on les attache, c'est aussi pour ça qu'il y a des structures avec des services fermés qui se sont fait, où c'est organisé de façon à ce qu'ils puissent tourner éternellement dans le truc sans jamais vraiment se blesser, sans jamais vraiment, à part s'ils tombent mais, le lieu en lui-même est conçu justement par rapport à cet état de fait, mais c'est de la maltraitance si on le fait juste pour être tranquille, ça oui évidemment, mais c'est totalement illégal, on ne le fait pas. On le fait toujours pour la même raison, presque toujours pour la même raison, on a eu une exception. C'est parce que la personne elle tombe plusieurs fois tous les jours et que voilà, en trois jours elle a fait deux allers-retours aux urgences, qu'on voit bien le col du fémur arriver et bah on se tourne vers le médecin et puis le médecin, sans surprise hein, il va toujours quasiment donner la même réponse, quand les gens ils sont tombés 6 fois par jour, pendant 3-4 jours, il prescrit une contention. Donc après moi je n'ai pas de problème moral particulier mais voilà après c'est... comment dire... le souci dans notre travail c'est que ce sont des milieux qui sont relativement caché au public, c'est-à-dire que les familles ne viennent pas forcément beaucoup, ne les visites pas forcément beaucoup, que si des responsables viennent visiter, bah tout le monde le sait donc c'est une journée idyllique et merveilleuse où tout va bien qui leur est montrés, ce qui n'est pas la réalité.

C'est beaucoup plus complexe que ça en a l'air et les familles ne voient, bah par exemple je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui vont croiser tout un tas de résidents qui ont une contention, sans le savoir, alors qu'ils en ont une. Ils ne vont pas s'en rendre compte. Parce que la personne est en fauteuil, comme une autre personne en fait. Donc bon, comment la personne la vie au moment où on la lui met, ça il n'y a que le soignant et le patient qui le savent, donc ça, puis tout un tas d'autres choses dans d'autres domaines c'est une mesure qui n'est pas prise par le législateur étant donné qu'il ne fait pas son travail là. Même si, à titre personnel, je suis plutôt content puisque qu'actuellement il y a une députée qui est aide-soignante, qui a exercé ce métier jusqu'à être élue, donc pour une fois il y a au moins quelqu'un qui sait de quoi il parle s'il parle du sujet et j'espère que cette personne ce saisi justement de ce genre de problème parce que ce serait bien que les gens qui sont confrontés à la réalité de l'application des lois puissent être les personnes qui retouchent les lois, pour que ce soit en cohérence avec ce qu'on fait. Mais je pense que, socialement, il y a eu une espèce de fuite en avant depuis les années 70-80 puisqu'on a découvert tout un tas de médicaments extrêmement utiles pour allonger la vie et on est resté bloqué sur cette logique du vivre toujours plus longtemps mais maintenant ça n'a plus tellement de sens quand on est à l'autre bout de la chaîne, c'est-à-dire nous, le dernier maillon. Puisque les gens vivent comme ça des fois très longtemps mais dans des états absolument terribles en fait. Où la vraie personne, puisque qu'être une vraie personne c'est quand même avoir encore sa personnalité, cette personnalité-là elle a disparu et même les familles parfois ne viennent plus parce qu'ils ne peuvent plus. Ça n'est même pas parce qu'il n'aime pas la personne, c'est que ça n'est même plus la même personne donc ils ont le corps et encore très altéré qui est toujours là de la personne mais la personne elle est déjà partie, il ne la reconnaisse plus, ils ne savent plus ce que c'est qu'une fourchette, qu'un couteau, qu'un verre, enfin c'est... ça va quand même très loin. Donc on est encore dans une logique de faire vivre le plus longtemps possible en continuant à doper le cœur, à doper tout un tas d'organes qui font que la personne va encore vivre 3-4-5 ans, 10 ans comme ça alors que moi je pense, je suis assez convaincu que dans les 10-15-20 ans qui viennent on va basculer plus vers une vie basée sur la qualité de la vie, on arrêtera tous les traitements qui prolongent, sauf les traitements de confort évidemment hein, on ne va pas laisser souffrir les gens, mais pour s'attacher plus à la qualité de la vie, faire reculer l'espérance de vie indéfiniment moi je veux bien, mais une personne qui a passé 10 ans dans un lit/ fauteuil, lit/fauteuil, lit/fauteuil, nourrit à la petite cuillère et incapable de prononcer un mot et n'étant clairement plus consciente, capable de parler mais clairement plus consciente du tout et totalement, en ne comprenant absolument rien à son environnement, cette personne, à mon humble point de vue, elle est déjà morte depuis un moment en fait. Et si elle se voyait, telle qu'elle était avant, comme ça, je pense qu'elle aurait un point de vue relativement équivalent. Donc on en reviendra et du coup ça posera le problème des directives anticipées qui sont beaucoup trop théoriques et idylliques.

Comme si les gens allaient penser à ce genre de situations, comme si à 70 ans on va penser au jour où, si on n'ouvre plus la bouche, on va poser une sonde d'alimentation dans l'estomac. N'empêche que ça se pose comme question, que les médecins ne savent pas trop quoi faire, on demande alors aux familles et que beh quand les familles disent oui, bah la personne elle retourne à domicile avec tout un tas de soins à domicile et elle vit 15 ans avec une pompe qui la nourrit matin et soir. Et sauf que c'est un drame social et c'est un cataclysme à chaque fois quoi. Donc tout ça, ça re-bougera mais il va falloir encore un peu de temps je pense.

Moi : Oui c'est sûr. Et si on en revient à la contention, vous, vous parlez beaucoup du risque de chute comme motif à la contention mais est ce qu'il n'y a pas aussi une sorte d'épuisement des équipes, un manque de temps, un manque de connaissances sur les alternatives, une facilité quelque part ou bien une application de la prescription médicale dans la mise en place de contention ?

Infirmer n°1 : Moi je dirais non, en tout cas non, je dirais non. En ce qui concerne l'unité Alzheimer par exemple on a une dame qui était contentionnée parce que justement on ne pouvait pas être derrière elle tout le temps parce qu'il n'y a pas quelqu'un en permanence dans le couloir parce que les aides-soignantes elles font les toilettes donc cette personne avait une contention au fauteuil et la solution a été de l'emmenner toute la journée à l'unité Alzheimer, elle y est toujours d'ailleurs, tous les jours on la descend à l'unité Alzheimer, elle n'y réside pas, elle vit toujours de l'autre côté, et à l'unité Alzheimer on retire la contention et elle se déplace comme elle veut, dès fois elle marche ou elle ne marche pas et on n'a pas de problème particulier, on a justement les conditions pour la sécurité puisqu'il y a quasiment toujours un des deux soignants qui les a en ligne de vue, c'est relativement bien conçu, en plus elle ne va jamais dans les recoins donc dès fois on la croise dans son fauteuil mais elle n'est pas attachée, dès fois on la croise, elle se tient à une table, elle fait quelques pas, elle va s'asseoir dans un fauteuil. Donc moi je ne pense pas qu'ici on a contentionné des gens que par un manque de temps, bah sous réserve qu'évidemment, on aurait un soignant qui serait attiré 24/ 24 pour une personne, on n'aurait pas besoin de la contentionner, quand elle voudrait se lever on la rassoierait, mais ça parait totalement irréalisable.

Moi : Et vous vous posez des questions quand vous contentez un résident ?

Infirmier n°1 : Je me demande si la contention est justifiée ou pas, c'est des questions qui reviennent régulièrement. Et donc il y a pas mal de contentions ces temps-ci, on en a 4 ces derniers mois et on ne reste pas bloqué parce qu'il y a une contention, quand la situation évolue et quand on a l'impression que la personne elle ne va plus forcément se lever ou de façon très rare, à ce moment-là ça vaut le coup de lever la contention parce que bah voilà, ce sont trois types de décisions, une décision qui peut être sous notre impulsion quand la personne elle n'arrête pas de tomber, vraiment toutes les heures ou toutes les deux heures et que là vraiment la catastrophe va arriver donc soit on laisse arriver la catastrophe, est-ce que c'est une forme de non-assistance à personne en danger ? D'autant qu'elle se sera cassé le col du fémur, de fait elle sera dans un brancard et dans un lit donc comme ça on sera sûr qu'elle ne se lèvera plus ou voilà, ou une contention. L'autre option c'est le médecin qui décide unilatéralement, ça arrive. Et autre assez fréquente quand même c'est bah, elle tombe un peu mais pas forcément tout le temps, pas forcément tous les jours, mais c'est un peu, fin on a quand même peur, et on demande l'opinion de la famille, ou au moins on donne l'information à la famille et la famille souhaite la contention ou fait même carrément pression auprès du médecin. On a des allers-retours hein nous des fois, on a fait un peu pression pour enlever une contention, la famille est revenue à la charge derrière et le médecin est revenu sur sa décision et il a fallu remettre la contention.

Moi : Une contention est réévaluée tous les combien du coup dans votre établissement ?

Infirmier n°1 : C'est normalement toutes les 24h, mais c'est impossible de le faire. On n'a pas une routine établie c'est-à-dire que notre logiciel ne va pas nous sortir « attention la contention est de tant ». En fait dès que, toutes les personnes dans le personnel ont le droit à la parole, dès que quelqu'un se pose la question « est ce que la contention est encore pertinente ? », dans ces cas-là bah c'est évoqué en transmission, mieux encore, au temps de parole parce qu'il y a encore plus de monde, et puis en règle générale, 9 fois sur 10 on fait l'essai si le médecin est d'accord, sur une journée ou deux, et si on n'a pas de catastrophe, on préconise de lever la contention.

Moi : D'accord, c'est donc une décision interprofessionnelle. Et est-ce que vous pensez que vous avez été assez formé sur la contention dans votre formation infirmière ou dans des formations professionnelles ?

Infirmier n°1 : Alors au niveau pratique, je dirais non. Au niveau théorique, je dirais oui, parce que la forme de contention qui est enseignée durant les études d'infirmiers c'est celle des hospitalisations contre la volonté de la personne, tout simplement. Et ça bah moi oui j'ai été très bien formé, je savais comment ça se passait, je savais pourquoi, comment et j'ai toujours vu respecter justement à la lettre. Donc nous dans l'écrasante majorité des cas on a un problème de chutes multiples extrêmement fréquentes. On a quand même un cas qui n'était pas de ce registre-là, qui m'a posé problème, le cas de quelqu'un en fait qui allait dans toutes les chambres des autres, quelqu'un de relativement valide, et qui jetait leurs affaires personnelles dans les toilettes, qui voilà, et donc bah c'était tout le temps, c'est-à-dire, tous les matins, tous les après-midi, donc forcément bah les gens, il pouvait également rentrer dans une salle de bain quand une dame prenait sa douche donc elle a quand même été assez traumatisée même s'il ne l'a pas agressé mais elle, elle s'est sentie mal. Donc il a fallu enfermer dans sa chambre la personne, sauf que ça a posé un double problème parce que ce n'est pas très légal, on s'est tourné vers le psychiatre parce qu'évidemment ce sont des troubles psychiatriques, donc nous ce que l'on espérait c'est qu'un traitement arrive à faire stopper ces manifestations là et puis bah le psychiatre n'a pas réussi à faire arrêter les manifestations, je pense qu'ils ont tapé très fort parce qu'il a fait des malaises avec des chutes en tension extrêmement graves et il a fallu lever le pied parce que je pense qu'on allait le perdre et puis bon voilà, on a discuté un moment, voilà je l'ai eu au téléphone, on a discuté, on a même fait un écrit, lui aussi par rapport à ça parce que c'est vrai que c'est dérangeant. Bon bah lui, moi j'espérais qu'il nous couvrent un peu et en fait lui a rappelé que bah malheureusement on n'était pas dans la légalité en le faisant sauf que moi je n'ai pas de solution, je suis aussi tenu de protéger les autres résidents des chambres d'à côté, y compris leurs souvenirs de famille et les seules photos qu'ils ont peut-être de personnes qui sont décédées depuis et qu'ils ne pourront pas ravoire enfin vous imaginez l'implication, ou de choses extrêmement intime et extrêmement personnelle ou faire irruption dans une salle de bain quand on prend sa douche c'est totalement inadmissible quoi. Donc il a fallu et ça arrive encore, chaque fois qu'on a l'impression que la personne le fait moins ou ne le fait plus, on arrête de l'enfermer et on lui redit pourquoi on est obligé de l'enfermer surtout, qu'il le sache parce que ce n'est pas pour l'embêter hein. Et bon on est moins en période de crise mais il arrive d'être obligé de le refaire.

Moi : Je vois que vous êtes en difficulté par rapport à des situations comme celle-ci mais justement est ce que des formations professionnelles vous permettrai de vous aider à mieux appréhender ces situations ?

Infirmier n°1 : Alors moi je ne pense pas. Très sincèrement je ne pense pas. Je ne vois pas, par la formation, comment on peut aborder ce problème-là. Y a eu une solution pour ce cas précis qui existerait, mais qui impose autre chose de dérangeant aussi donc... En fait on peut tous maintenant, la technologie peut nous géolocaliser en permanence donc on pourrait imaginer pour des personnes désorientées qui sont très valides qui peuvent avoir des bracelets de localisation, si jamais, ils échappent à une surveillance. Ce qui est quand même une assez bonne chose, on pourrait imaginer que la personne est un médaillon d'appel mais qui en plus détecte s'ils entrent dans d'autres chambres, par exemple. D'ailleurs dans la partie fermée on a des détecteurs de portes s'ils ouvrent la porte la nuit et qu'il n'y a personne pour les surveiller, les veilleuses savent que la porte est ouverte et que quelqu'un est sortie, elles vont aller voir au cas où il y a un problème, emmener la personne se recoucher, des choses comme ça donc bon. Ça me paraît, après bon on va dire « oui la personne elle est fliquée » mais on est chez des gens totalement désorientée et qui provoque un préjudice donc je pense que ce serait moins contraignant pour la personne qu'on est une alarme quand il retourne dans les chambres parce que ça permettrait de lever complètement la contention dans ce genre de situation particulière, mais bon la technologie existe, maintenant faut que ça passe dans les mœurs. Malheureusement, ce que je constate, c'est que l'évolution des technologies et ce qu'on pourrait en faire a toujours beaucoup de retard. Les technologies sont là, on peut en faire des choses vraiment formidables mais le temps que les gens en prennent conscience, que ça face le tour des décideurs et que finalement ça se mette en application, il se passe énormément d'années. Moi ça fait une dizaine d'années que je suis là, j'avais préconisé qu'on travaille avec des ordinateurs portables il y a au moins sept ou huit ans, on m'a ri au nez et on m'a dit que je ne verrais jamais ça avant ma retraite et maintenant on a tous des tablettes, c'est obligatoire, donc voilà. Donc ce système-là il est plausible, il existe techniquement, il a un coût, mais il a un bénéfice aussi derrière, et il a aussi des dérives possibles, ça il ne faut pas l'oublier, tous les outils de surveillance peuvent amener des dérives et donc c'est bien dans le cadre des contentions, ça serait une certaine forme de contention d'ailleurs, d'un certain point de vue, point de vue très large. Mais il est bon en fait que l'on n'est pas la main sans garde-fou juridique, même si je regrette vraiment que le législateur, en imposant 24h, il fait quelque chose qui concrètement n'est pas réalisable. Après nous chaque jour, si on voit quelque chose de totalement inadapté on va réagir, ce n'est pas parce qu'un délai x va être passé qu'on ne va pas... ce serait presque le risque de se dire « oui bah ce sera réévalué dans deux semaines donc on ne va pas y toucher », non en fait dès qu'on a un doute, dès qu'une personne en parle et a un doute s'est pris très au sérieux tout de suite, c'est débattu en équipe et en général, à part de très rare exceptions, on est vraiment tous les autres convaincus qu'il va y avoir encore une catastrophe, en général, on fait un essai le jour même, de lever la contention et de voir ce qu'il se passe.

Moi : D'accord. **Est-ce que vous avez connaissance du référentiel de l'HAS sur les alternatives à la contention ?**

Infirmier n°1 : Non je ne pense pas que je le connaisse. Après il faudrait que je le voie pour avoir une certitude.

Moi : (Je montre à l'infirmier le référentiel sur les alternatives à la contention réalisée par l'HAS).
Voici donc le référentiel de l'HAS sur les alternatives à la contention avec le premier tableau qui présente les alternatives à la contention dans le risque de chute avec les raisons médicales, l'adaptation de l'environnement, l'accompagnement de la personne âgée, et cetera (l'infirmier lit brièvement le référentiel).

Infirmier n°1 : Alors tout ça on le fait déjà en fait.

Moi : Donc sans en avoir la connaissance vous essayez d'autres choses que la contention.

Infirmier n°1 : Voilà. Je pense qu'on n'est pas mauvais, on n'est pas parfait. On n'est pas mauvais au vu des moyens quand même. On fait ce que l'on peut mais le temps qu'on passe quelque part, on l'a pris ailleurs et il faut toujours en avoir conscience.

Moi : Oui. **Est-ce qu'avant de finir cet entretien vous auriez envie de rajouter quelque chose ?**

Infirmier n°1 : Moi je me bats pour que ce soit une question fermée à l'entrée dans les directives anticipées. Que la personne décrive oui ou non si elle souhaite, et même une question fermée par type de contention. Parce que ça peut être très vague, si la personne peut ne pas vouloir être attachée dans son lit mais accepter qu'on lui mette une ceinture pelvienne dans un fauteuil roulant si elle ne fait que de tomber, mais prendre le risque de tomber sur le sol pour peu que le lit soit bas. Fin voilà, faut que ce soit des questions fermées après ça pose un second problème qui est le problème du traumatisme, les gens qui rentrent ici quand même ça n'est pas rien, c'est leur dernière demeure, ils viennent là pour y mourir hein. Faut ouvrir les yeux hein, il y en a très peu qui font autre chose, même si ça arrive quand même. Leur abattre des questions sur en gros, voilà ce que vous allez devenir peut-être, ça paraît quand même être une grande violence psychologique donc le problème, c'est comment l'amener pour avoir le renseignement tout en n'étant pas destructeur et violent. Voilà.

Moi : Eh bien merci beaucoup d'avoir pris du temps pour cet entretien et d'avoir répondu à mes questions. Je vous souhaite une bonne journée !

Infirmier n°1 : De rien. Bon courage à vous.

Moi : Merci ! A vous aussi !

Annexe V : verbatim de l'infirmier n°2

Moi : Pour commencer, est-ce que vous pourriez vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?

Infirmier n°2 : Oui. Je suis actuellement infirmière en soins généraux. Je suis diplômée depuis juillet 2012. Depuis juillet 2012, j'ai eu l'occasion de, alors j'ai fait principalement de la médecine puis des soins de suite et rééducation qui est de la médecine hein aussi, avec des remplacements aussi en chirurgie, mais aussi de la rhumatologie, de la gastro ou de la gynéco avec le pool de remplacement. Puis là principalement, on va dire vraiment vraiment vraiment encré aux soins de suite, donc ça fait 3 ans que je suis de jour sur ce poste et puis, plus, donc ça fait 4 ans car j'ai fait un an de nuit et donc un an et demi de pool.

Moi : D'accord, ok. Je voudrais savoir d'abord, pour commencer sur les représentations, qu'est-ce que vous pensez de la contention physique chez la personne âgée ?

Infirmière n°2 : Alors la contention physique, un vaste sujet... Effectivement la contention physique ça nous est présentée, alors là, je vais vous parler en soins de suite, ce que je connais actuellement. La contention, première chose, c'est pour limiter le risque de chute et la mise en danger de la personne, donc c'est considérée comme une aide thérapeutique. Après, chez la personne âgée, alors on va dire grand âge, on va parler de contention pelvienne au fauteuil mais on peut parler rien que des barrières de lit, des bas flancs, c'est une contention, ça peut être aussi, contentionner, ça peut être, ça peut paraître anecdotique mais on en a déjà questionné, nous, mettre une table devant quelqu'un qui ne peut pas forcément se déplacer tout seul, c'est une contention.

Moi : Oui oui.

Infirmière n°2 : C'est limiter la personne dans ses mouvements. Alors c'est sûr qu'après chez la personne âgée qui n'a pas forcément de troubles cognitifs mais qui a un gros risque de chute, on va prendre quelqu'un par exemple qui vient en rééducation suite à une prothèse totale de hanche ou de genou, enfin on va dire de l'orthopédie, euh, la contention ça va être sur un instant, un moment limité, le temps de sa rééducation, si elle est mise en place, parce que tout ça s'est évalué, après moi je différencie vraiment la contention chez quelqu'un qui n'a pas de troubles cognitifs et quelqu'un qui a des troubles cognitifs.

Moi : **Vous en métriez plus à quelqu'un qui a des troubles cognitifs que quelqu'un qui n'en a pas ?**

Infirmière n°2 : Alors chez quelqu'un qui a des troubles cognitifs, ça se questionne beaucoup, soit on met d'emblée effectivement, alors on parle d'une contention pelvienne, hein, pour limiter la marche, chez quelqu'un qui a des troubles cognitifs et qui a une déambulation active ou qui est productive. J'ai en exemple une dame qu'on a actuellement dans le service où, si vous voulez, ça ne va pas être tant le risque de chute mais ça va être le risque d'une déambulation avec, aller dans les chambres des autres patients, aller chercher des affaires dans sa chambre, enfin voilà, donc perturber la vie du service on va dire, dans un service de SSR.

Moi : Je voulais relever quelque chose, **vous parlez de la contention physique chez quelqu'un qui entre dans le service pour de l'orthopédie, justement, est-ce que ce n'est pas contradictoire de mettre une contention physique, qui altère l'autonomie à quelqu'un qu'on rééduque ?**

Infirmière n°2 : Je vois ce que vous voulez dire, mais c'est dans un but, quand la rééducation n'est pas encore bien entamée, parce que c'est vrai que, nous en tant qu'infirmier, c'est pas nous qui allons prendre la décision. On ne prend jamais la décision finale, c'est le médecin ça c'est clair. Mais c'est toujours en concertation avec les kinés. Ce sont eux qui vont dire « attention risque de chute », quand ils font des essais que la personne se lève toute seule, se couche toute seule ou se lève de son lit, c'est eux qui vont vraiment nous dire, nous on va avoir un œil en plus avec nos collègues aides-soignants, mais ce n'est pas nous qui allons définitivement dire « bah non il n'y a plus besoin » ou « il y a besoin ».

Moi : D'accord. **Je voulais savoir, quel est votre ressenti quand vous contenez un patient, est ce que vous exprimez plus des difficultés, de la culpabilité, un sentiment de maltraitance ou au contraire un sentiment de bien faire ?**

Infirmière n°2 : Alors chaque cas va être particulier. On va rester sur le cas de la personne âgée. 1^{er} cas, la personne n'a pas de troubles cognitifs, elle va comprendre l'intérêt.

Moi : **Donc c'est moins difficile pour vous dans ce cas de figure là ?**

Infirmière n°2 : Pour moi ce n'est pas difficile parce que c'est en accord avec la personne, la personne comprend. Fin dans la majorité des cas, on peut lui expliquer et elle entend surtout ce qu'on va lui dire. On va lui dire « on vous met cette petite ceinture, c'est une ceinture de sécurité », moi je la présente souvent comme ça, « c'est votre ceinture de sécurité le temps que vous puissiez retrouver votre marche stable », voilà.

Après chez une personne avec des troubles cognitifs, là, moi je ne suis pas à l'aise. Je ne suis pas à l'aise parce que, l'idéal ça serait que la personne elle puisse faire comme elle veut, je repense encore à cette même personne qu'on a actuellement dans le service, elle est en attente d'aller dans une unité type cantou, elle ne met pas en danger les autres ni elle par de la violence, il n'y a pas de violence, non c'est vraiment, elle est productive quoi, elle déambule beaucoup, elle déménage sa chambre, ce n'est pas de la mise en danger. Elle serait dans un cantou cette dame, elle pourrait faire tout ce qu'elle veut, on la laisserait, il y a très peu de risque de chute. Sauf que chez nous on réévalue tous les jours, j'ai encore eu l'exemple hier parce que je m'occupais de cette dame. Hier matin au levé, bon elle était bien, elle a pris son petit déjeuner, on l'a aidé à s'installer au fauteuil, petit-déjeuner pris et puis petit-déjeuner passé, un collègue aide-soignant m'interpelle en me disant « ohlala Mme G. commence à aller dans toutes les chambres, qu'est-ce que tu en penses ? », bon j'y suis allée, j'ai revu avec elle pour voir si j'arrivais, mais sauf qu'elle a des troubles cognitifs. On ne peut pas résonner quelqu'un qui a des troubles cognitifs majeurs, donc là le fait de la contentionner, voilà... moi s'est sûr que je ne le fais pas, pour moi c'est toujours contraignant mais en même temps je me dis, elle n'est pas toute seule quoi, elle est en attente justement de rentrer dans une structure adaptée, mais à l'heure actuelle dans un service de soins de suite, malheureusement... Après elle n'est pas contentionnée tout le temps car quand sa famille vient, bah voilà, la ceinture pelvienne n'est pas mise, ou bien quand nous on est disponible elle vient avec nous et on la laisse, mais voilà... En prenant l'exemple de cette personne-là, après il y a d'autres exemples de contention. On a aussi un autre monsieur qui lui ça va être vraiment, alors là on va être plus dans de l'agressivité, dans de l'opposition aux soins et le fait de le contentionner, ça va être un petit peu pour...

Moi : Pour poser un cadre contenant ?

Infirmière n°2 : Oui une contenance et un peu pour ôter le bouchon de sécurité d'une cocotte-minute quoi, pour faire redescendre la pression, de l'obliger à souffler. Sauf que souvent, enfin dans la majorité des cas dans ces cas-là c'est qu'on allie la contention physique avec une contention chimique. Quand je dis chimique c'est un anxiolytique ou voilà, un neuroleptique. Chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs c'est ça, parce que c'est vrai qu'on parle de contention mais on peut parler aussi de contention chimique aussi hein. Pour avoir travaillé dans une unité cognitivo-comportementale, il y a très peu de contention physique mais c'est de la contention chimique, pour aider la personne à se poser quoi, à être moins productive, moins se mettre en danger, baisser l'agressivité physique ou verbale, surtout physique.

Moi : Oui tout à fait. **Alors, qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné dans l'équipe vous faites l'usage de la contention ? Un manque de temps, de l'épuisement, un manque de connaissances sur les alternatives, par facilité, juste l'application d'une prescription médicale ou autre ?**

Infirmière n°2 : Alors on se questionne toujours, ça ne sera jamais une seule personne dans l'équipe qui va prendre la décision de contenir la personne, enfin en tout cas, dans notre service. Bah encore sur cette même dame, hier quand la collègue aide-soignante est venue me trouver elle me disait « vas voir Mme G. mais je pense qu'il va falloir qu'on la contienne ». Je suis allée voir, je suis allée évaluer la personne et effectivement elle était trop productive et il a fallu à un moment donné mettre cette contention. Bien sûr on vérifie toujours si la prescription est bien perdue, bon la veille on avait eu la visite médicale donc je savais que la contention était renouvelée.

Moi : Ok. **Et quelles questions vous posez-vous quand vous contenez un patient ?**

Infirmière n°2 : Moi souvent, même tout le temps j'ai envie de dire c'est, « qu'est-ce que ressent la personne quand je mets la ceinture ? ». Parce qu'on va plutôt parler de ceinture pelvienne au quotidien on va dire. C'est ce qu'on utilise le plus souvent. Qu'est-ce que ressent une personne qui a des troubles cognitifs quand on lui met cette ceinture ? Alors j'ai toujours un peu, moi, cette phrase : « je vous mets la ceinture de sécurité, voilà ça va vous aider », mais je ne sais pas ce qu'elle perçoit, c'est ça qui est difficile, qu'est-ce qu'elle perçoit ? Elle a des troubles cognitifs, qu'est-ce qu'elle perçoit de son environnement ? Qu'est-ce qu'elle ressent ? Personne ne sait, on ne peut pas savoir. Après quand on met des barrières, fin des bas flancs pour parler dans le langage, à quelqu'un qui ne les souhaite pas mais qui a une prescription-là aussi hein... Je me souviens d'un monsieur qui demandait « mais pourquoi vous mettez ça ? », il avait des troubles hein, « pourquoi vous me mettez ça, je ne vais pas m'échapper ! Pourquoi ? », c'est délicat hein. En sachant que, les barrières et surtout les barrières, on évalue d'autant plus parce que ça peut être délétère de mettre des barrières. Les gens peuvent avoir l'impression de vouloir les enjamber, donc de se mettre plus en danger. Nous je sais qu'on trouve une alternative dans le service et que souvent les gens qui ont un gros risque de chute, bah il existe ce qu'on appelle communément les lits Alzheimer, c'est-à-dire des lits au plus bas donc ce n'est pas considéré comme une contention donc ça permet de lever une contention on va dire et la personne bah si elle chute ça ne sera pas dramatique. Elle va glisser, elle ne va pas pouvoir se mettre debout, elle va être sur les fesses quoi. On a soit cette possibilité-là, soit aussi nous ce qu'on utilise assez régulièrement c'est qu'on met le lit contre le mur alors avec ou sans mais on a tendance maintenant à l'enlever, avant, il a quelques années de ça on mettait souvent un matelas au sol pour limiter s'il y avait une chute parce qu'un lit classique ça peut être assez haut mais quelques fois ça peut être délétère, parce que mettre un matelas au sol bah la personne peut être plus en danger mais c'est déjà un système de contention.

C'est prescrit hein, le lit contre le mur est prescrit. Dans un service hospitalier s'est prescrit, ça serait chez vous non mais là effectivement ça permet d'avoir un côté qui est protégé on va dire. Mais en même temps chez les gens qui ont des troubles cognitifs, ça il y a des études qui l'ont montré, et on l'utilise beaucoup à l'unité cognitivo-comportementale, c'est que les gens qui ont des troubles cognitifs majeurs type Alzheimer ont besoin de ressentir une contention, de ressentir une contenance et c'est une protection. Souvent on va utiliser le lit contre le mur et on mettait un système de coussin en enveloppement autour de la personne, donc on pourrait dire qu'on la contentonne mais non, comme un cocon. Et par-dessus on mettait le drap, et ça se fait encore, qu'on borde. Donc la personne elle est contentonnée mais on va dire plus naturellement que de mettre des sangles dans le lit. Ça peut quelques fois suffire, mais tout dépend des troubles cognitifs de la personne.

Moi : Oui d'accord, ce qui a un côté plus doux quand même que la contention par des sangles.

Infirmière n°2 : Tout à fait oui.

Moi : Alors moi ce qui me questionne aussi, c'est comment on peut rester dans le prendre soin avec quelqu'un à qui on a mis une contention physique, parce que, comme vous dites, c'est difficile et je voudrais savoir comment vous faites pour conserver se prendre soin ?

Infirmière n°2 : Alors moi tout de suite ce que je me dis, c'est la dignité de la personne. On reprend encore cet exemple de la contention pelvienne au fauteuil, quelqu'un qui a une contention au fauteuil, personnellement, je fais en sorte qu'elle ne se voit pas. C'est perso hein, c'est-à-dire que la personne si elle va avec sa famille ou si nous on l'accompagne en salle à manger, parce qu'on a la chance d'avoir une salle à manger, ou qu'elle est dans le couloir, je fais en sorte que la contention ne se voit pas ou tout au moins qu'elle soit propre. Ça peut paraître basique mais déjà la personne elle n'a pas demandé hein et puis elle ne le comprend pas forcément alors si déjà ça peut être discret on va dire, voilà. Après qu'est-ce qu'elle en percevra...

Moi : Est-ce que vous proposez aussi des activités ou d'autres choses envers la personne ?

Infirmière n°2 : Alors tant que c'est possible, on enlève la contention pelvienne et on reste avec la personne, fin tout au moins on essaye de créer un moment d'activité dans ses capacités. Après ça reste très limitée, par manque de temps. Dans une unité type cantou où il y a un personnel dédié ou encore l'unité cognitivo-comportementale où il y a 10 patients pour le double de personnel de nous, automatiquement on aura plus de rapports. C'est toujours un peu ce problème de temps.

Moi : Oui, malheureusement. **Du coup, quelle est la place de l'entourage dans la contention ? Est-il aidant ou au contraire gênant ?**

Infirmière n°2 : A la base, il faut que ce soit bien expliqué à la famille. Alors quelques fois on a des situations, toujours dans le cadre de la personne âgée ayant des troubles cognitifs, où c'est à la demande de la famille qu'elle se pose. Parce qu'ils ont peur aussi que la personne se mette en danger ou qu'elle aille embêter les autres patients. Donc quand c'est une demande de la famille, on est très très très prudent parce que si nous on n'en a pas mis c'est qu'il y a une raison, nous ça a été évalué en équipe, voilà, ça a été questionné. On a, dans l'établissement où je suis, et avec la certification, une évaluation institutionnelle, c'est-à-dire qu'on doit évaluer le risque de chute, donc qui entraîne éventuellement la contention. On doit l'évaluer dans les 48h de l'arrivée de la personne. C'est une obligation institutionnelle. Donc si nous on n'a pas évalué un risque de chute majeur, parce que bon, potentiellement tout le monde peut avoir un risque de chute, ça, ça se discute avec les proches. Après quand c'est dans l'autre sens, quand c'est le médecin qui a prescrit la contention, il faut bien l'expliquer à l'entourage parce que ça peut être violent aussi de voir son proche soit avec une table devant lui et il ne peut pas bouger, soit avec une ceinture pelvienne, fin avec une contention tel qu'elle soit, ou même ne serait-ce que, ce qui est souvent très questionnant pour les familles, on se rend compte, c'est la grenouillère. Grenouillère qui est une contention.

Moi : Oui puis infantilisant également.

Infirmière n°2 : Oui voilà, il y a deux images très fortes là hein. Donc là il faut vraiment expliquer tout l'intérêt, soit c'est parce qu'il se fait du mal, soit parce que c'est quelqu'un qui est incontinent donc qui enlève son change et qui se souille malencontreusement parce que bah, les troubles cognitifs font que voilà. Donc il faut tout le temps, tout le temps, expliquer à la famille l'intérêt et l'objectif et qu'il n'y a rien de définitif.

Moi : Oui, oui. Bon vous avez déjà répondu à ma prochaine question qui était de savoir comment la décision de mettre quelqu'un sous contention est-elle prise.

Infirmière n°2 : Oui alors c'est institutionnel hein, déjà avec l'évaluation du risque de chute, parce que c'est principalement... on va plutôt dans un contexte de chute nous à la base, à l'hôpital où je suis. Après il y a l'évaluation de chute mais il y aussi l'évaluation comportementale, en dehors du risque de chute, comme quelqu'un qui serait très productif qui pourrait se mettre en danger ou mettre en danger les autres, donc voilà. C'est une évaluation médicale et de l'équipe, et réévaluée au quotidien, toutes les 24 heures.

Moi : Oui d'accord. **Après j'avais des questions par rapport à votre expérience et justement, est-ce que ça a modifié votre pratique sur la contention ? C'est-à-dire, est ce que, quand vous étiez jeune diplômée par exemple, vous contentiez plus par crainte et que maintenant avec l'expérience vous contentiez moins ?**

Infirmière n°2 : Alors quand j'étais jeune diplômée, j'utilisais moins la contention, pas spontanément on va dire, enfin, comment expliquer... C'était très compliqué pour moi de mettre cette contention physique on va dire. Donc je me suis appuyée de mes collègues aides-soignants et infirmiers qui avaient plus d'expérience pour un petit peu comprendre. J'étais un peu dans une certaine, euh, comment on peut expliquer ça... Je préfèrai rester à côté de la personne et essayer de l'occuper sauf que je me suis vite rendue compte que c'était très chronophage et que malheureusement bah, en règle générale on a 12-13 patients voir 25 certains jours en fonction, et que malheureusement, il n'y a pas le temps et qu'à un moment donné ça n'est plus possible. Et puis il y aussi avec les quelques années, parce que ça ne fait pas très longtemps, ça fait 5 ans et demi, à peine 6 ans, je me suis rendue compte aussi que ça pouvait être un bénéfice pour la personne la contention physique, parce que ça permettait vraiment à la personne de, alors on parle de contention pelvienne, de se poser aussi. Sauf que conjointement, parce qu'encore hier sur une situation, mais qui n'était pas d'ordre du trouble cognitif mais d'ordre psychiatrique, où je me suis rendue compte que systématiquement on alliait la contention physique avec la contention chimique, à l'instant où on la mettait vraiment hein, pour aider à, comme on dit toujours cette cocotte-minute, à faire redescendre la pression. Après pour les barrières par exemple dans le lit où là c'est encore un autre objectif, parce que c'est souvent en lien avec la nuit ou d'autres choses, là, moi j'ai du mal hein à mettre des barrières à quelqu'un. Là je me dis que ça peut être vraiment délétère, encore maintenant. Et on se rend compte qu'au fur et à mesure des années, dans le service où je suis, on les met de moins en moins car on démontre que les gens se mettent encore plus en danger, peut-être parce que les gens ça les stress. Donc le fait de mettre le lit contre le mur est beaucoup plus bénéfique, fin, en tout cas nous c'est ce qu'on a constaté.

Moi : Oui d'accord je comprends. **Est-ce que vous pensez que vous avez été assez formé ou préparé sur la contention physique à l'école ou en formation professionnelle au sein de votre structure ?**

Infirmière n°2 : Lors des 3 années d'études, non. Clairement, c'est un sujet... je me souviens brièvement d'une intervention, c'était au tout début, sur la personne âgée, l'intervention d'un soignant qui avait évoqué et puis c'est surtout, moi j'avais été confrontée, comme tout étudiant infirmier, en stage. Donc là on en discute avec les gens sur les lieux de stage mais sans avoir... et c'étaient des recherches personnelles. Lors de mes études, non, c'était que des recherches personnelles. Après lors des formations que j'ai pu faire, euh, alors, ça n'était pas dans le cadre de la personne ayant des troubles cognitifs, c'était sur la personne en soins palliatifs. Parce qu'on a tendance à mettre systématiquement des barrières à quelqu'un qui est en soins palliatifs. Donc voilà, je n'ai eu que ça. Je me souviens que de ce questionnaire lors de la formation soins palliatifs, on se questionnait « mais pourquoi mettons systématiquement des barrières à quelqu'un qui est en fin de vie ? ».

Moi : Oui c'est vrai, c'est vrai. C'est marrant quand même puisqu'il n'y a aucune formation...

Infirmière n°2 : Non, alors que c'est une pratique quotidienne.

Moi : Mais oui. On fait des formations sur la chambre implantable par exemple mais ça non, on a l'impression que c'est assez tabou ou que c'est réservée à la psychiatrie quoi.

Infirmière n°2 : Oui. Oui c'est réservée à la psychiatrie ou alors c'est un petit peu d'emblée quoi vous voyez.

Euh c'est tout bête, je vous prends une expérience personnelle que j'ai vécu hier soir, c'est de la pédiatrie hein où d'emblée on met les barrières quoi, pour un grand ado hein. Moi ça m'a choqué, en tant que soignante. Là j'étais dans mon rôle privée hein mais en tant que soignante la première chose que j'ai fait, j'ai enlevé les barrières. Ça m'a choqué.

Moi : Mais c'est bien en même temps car ça permet de s'imaginer comment le vivent les familles.

Infirmière n°2 : Oui et puis mon proche m'a dit « bah oui je ne comprends pas pourquoi on m'a mis les barrières », parce que la question ne lui a pas été posée. Comme quoi ça questionne beaucoup.

Moi : Oui tout à fait. **Donc vous pensez que des formations peuvent vous aider dans votre pratique ?**

Infirmière n°2 : Oui, parce que la formation sur les soins palliatifs ça m'a aidé dans ma pratique et depuis systématiquement c'est quelque chose que je questionne. Alors après la personne parfois elle est demandeuse donc ça ne s'appelle pas une contention, c'est elle qui a besoin. Mais vraiment sur de la fin de vie, lorsqu'on est sur les tous derniers instants de la vie, ça crée une barrière avec les proches. C'est le cas de le dire, barrière physique et barrière visuelle quoi. Et souvent ça questionne beaucoup. Et c'est vrai que d'avoir une formation rien que sur ça, oui. Parce que si je me souviens, je me remémore, sur des cours de psychiatrie où ça avait été évoquée mais c'était vraiment que sur de la psychiatrie. C'était sur la chambre d'isolement, sur vraiment les contentions, au lit, avec les poignets, les jambes, la ceinture ventrale, c'est encore autre chose là.

Moi : Oui, **et il y a l'HAS qui a sorti un référentiel sur les alternatives à la contention, est-ce que vous en avez eu connaissance ?**

Infirmière n°2 : Non. Non ça ne me parle pas.

Moi : D'accord, **et c'est le cadre de santé qui est chargé de la veille documentaire dans votre service ?**

Infirmière n°2 : Oui, tout à fait, oui. Ou alors quelques fois nous, je me souviens de l'évaluation du risque de chute au sein du centre hospitalier où c'est notre médecin qui nous avait transmis les documents de l'HAS sur le risque de chute. Mais ça en reste là quoi.

Moi : D'accord. Alors j'ai fini de vous poser mes questions. **Auriez-vous envie de rajouter quelque chose avant de finir cet entretien ?**

Infirmière n°2 : Non mais c'est un sujet qui mériterait effectivement d'être diffusé, pour interpeller les soignants, et parce qu'il faut que ça questionne plus. Car ça manque.

Moi : Oui c'est sûr. Écouter je vous remercie de votre temps. Merci beaucoup.

Infirmière n°2 : De rien et bon courage. C'est un sujet très intéressant.

Annexe VI : verbatim de l'infirmier n°3

Moi : **Pour commencer est-ce que vous pourriez vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?**

Infirmier n°3 : Oui, ça va être rapide. Je suis diplômée depuis juillet 2017. J'ai travaillé 4 jours en remplacement en onco-hématologie et après j'ai été dès fin juillet en soins de suite et réadaptation.

Moi : D'accord. Alors je souhaitais connaître vos représentations sur la contention physique. **Qu'est-ce que vous pensez de la contention physique chez la personne âgée ?**

Infirmier n°3 : Alors moi j'ai un peu de mal aussi avec ça. Après quand ils se mettent en danger eux-mêmes, quand ils se font du mal, par exemple pour un patient qui est très agité et qui peut se faire du mal, là des fois c'est nécessaire mais avec une surveillance. Après la mettre automatiquement parce que l'équipe en a marre de surveiller la personne, d'être auprès d'elle, ça après j'ai plus de mal. Après voilà, on applique la prescription, mais ce qui est compliqué dans les prescriptions c'est qu'ils ne mettent pas « contention pendant 2h », ils mettent « contention si agitation ou agressivité ». Et en fait, selon chaque soignant c'est différent car chacun juge différemment.

Moi : Oui c'est sûr. **Quel est votre ressenti quand vous contenez un patient ? Est-ce que vous exprimez des difficultés, de la culpabilité, un sentiment de maltraitance ou au contraire un sentiment de bien faire, de confort, de moyens de protection, etc. ?**

Infirmier n°3 : Alors moi la contention je l'ai utilisée une fois depuis que je suis diplômée. C'était sur un patient qui avait des troubles cognitifs qui était rentré dans la chambre d'un autre patient ce qui angoissait l'autre monsieur. Il commençait à être agressif envers nous verbalement et physiquement, il se mettait du dentifrice partout sur le visage. Ça n'était pas dangereux en soi, mais il y avait pas mal de passage des familles donc bon. On a dû interpellé un de nos collègues de l'étage au-dessus, un homme, et donc on a procédé à la contention. Là c'est vrai que moi je ne l'ai pas très bien vécu, c'était la première fois que ça m'arrivait, ça m'a un peu offensé. J'essayai de le rassurer et de lui dire « c'est pour votre bien » et au final c'est vrai que le fait de l'avoir laissé seul une heure dans sa chambre avec la contention pelvienne au fauteuil gériatrique, ça l'a détendu. Il a eu le temps de rester seul au calme et il n'y avait pas tout cet environnement avec les soignants et les familles qui pouvaient être autour de lui en fait. Là pour le coup ça avait été bénéfique, mais je m'en suis rendue compte après. Sur le moment je me disais « le pauvre » quoi.

Moi : Oui oui je comprends. **Qu'est-ce qui fait qu'à un moment dans le service vous faites l'usage de la contention ? Est-ce que c'est par épuisement, manque de temps, manque de connaissances sur les alternatives, par facilité ou bien l'application pure d'une prescription médicale ?**

Infirmier n°3 : Alors pour ce monsieur par exemple, il y avait un ensemble de beaucoup de choses. C'était un manque d'effectif, un manque de temps et aussi parce qu'il était dangereux envers lui-même et les autres. Après dans le service où je travaille, c'est plus mes collègues qui utilisaient la contention. Par exemple pour une dame qui avait chuté 3 fois dans la journée, parce que c'est vrai qu'elle a des traitements, mais aussi parce qu'elle n'arrive pas à dormir et du coup la fatigue s'accumule sur 24-48h et puis bah, plus elle est fatiguée, moins elle fait attention à sa marche et à son environnement, et du coup elle avait chuté 3 fois. Donc là mes collègues du matin avaient décidé de la contentionner une heure dans sa chambre au calme, elle avait pu se reposer un petit peu. Sinon on contient quand le patient devient agressif, quand le patient angoisse aussi, après on n'utilise pas forcément la contention mais plus l'enveloppement avec les draps ou avec nos bras. On se met derrière lui et on l'enroule en fait. Du coup peut-être qu'il se sent plus contenu et protégé, comme une maman pourrait faire.

Moi : Oui ça a un côté maternant en fait.

Infirmier n°3 : Oui voilà.

Moi : D'accord. **Quelles questions vous posez-vous quand vous contenez un patient ou quand vous êtes face à un patient contenu ?**

Infirmier n°3 : Pour le monsieur justement je me demandais « est-ce qu'on lui fait mal ? », « est-ce qu'il se rend compte de ce qu'on lui fait ? », « est-ce qu'il va nous en vouloir après ? », « est-ce que ça va impacter la relation de soin avec lui ? », « est-ce qu'il ne va pas être moins bien après ? ». Après voilà c'est des personnes qui ont des troubles cognitifs donc c'est vrai qu'ils vont oublier mais bon.

Moi : Oui d'accord. **Qu'est-ce que vous mettez en place auprès d'un patient qui est porteur de contention physique pour conserver le prendre soin ?**

Infirmier n°3 : Là du coup pour ce monsieur, je lui parlais, je me mettais à sa hauteur, je lui disais que c'était pour son bien, qu'on ne voulait pas lui faire de mal, qu'il se mettait en danger et qu'on allait le mettre en sécurité. Après avec ce monsieur c'est qu'il se croyait chez lui dans la chambre de l'autre patient donc là j'essayais de lui dire « on vous ramène dans votre chambre, ne vous inquiétez pas ». En fait c'est vraiment de la réassurance. Il ne faut pas, après je pense hein, leur dire « oui on vous contentionne parce que vous êtes méchant, parce que vous êtes agressif ».

Moi : Oui ne pas faire culpabiliser.

Infirmier n°3 : Oui. Il faut tout leur expliquer, après dans la mesure du possible. Quand on contentionne souvent ça n'est pas dans la délicatesse. Alors moi je parlais et c'est vrai que le reste de l'équipe agissait quoi.

Moi : Oui c'est ce que j'ai pu apprendre en psychiatrie dans la mise sous contention. Il y en avait un qui parlait et les autres qui contentonnaient.

Infirmier n°3 : Oui c'est ça.

Moi : Oui. **Quelle est la place de l'entourage dans la mise sous contention et aussi, en quoi il est aidant ou au contraire gênant ?**

Infirmier n°3 : Il faut toujours expliquer à la famille. Je me souviens d'un patient qu'on contentonnait avec une ceinture pelvienne qui ne comprenait pas pourquoi elle avait ça et quand la famille elle vient, il faut leur expliquer, là en l'occurrence cette dame c'est qu'elle n'avait pas le droit à l'appui donc c'était pour sa sécurité, pour pas qu'elle aggrave ses fractures. Après quand la famille est vraiment contre la contention, là j'ai le cas d'une dame qui chutait beaucoup et pour qui la famille et l'EHPAD étaient contre la contention. On a donc dû trouver un moyen pour faire en sorte qu'elle soit bien mais sans contention, car on ne peut pas aller contre la famille. On essaye d'expliquer les dangers, les risques, que ça n'est pas forcément tous les jours, toute la journée et tout ça, mais bon après c'est à nous de trouver des moyens. Il faut bien expliquer à la famille tout ça car la famille peut se dire qu'on vole la liberté de leur proche.

Moi : Oui, **et comment la décision de mettre quelqu'un sous contention est-elle prise ?**

Infirmier n°3 : Alors c'est une discussion, souvent pendant le staff, entre les aides-soignants, les infirmiers, le médecin et le kiné. Après ça peut être discutée dans une équipe, par exemple l'équipe du matin décide de mettre une contention et voilà. Après si ça pose question dans l'équipe, on la re-questionne. Mais les contentions elles sont évaluées toutes les semaines ou toutes les deux semaines, ça dépend.

Moi : **Ça n'est pas réévaluée toutes les 24h ?**

Infirmier n°3 : Si elles sont mises toute la journée oui. Après si c'est une contention en si besoin c'est réévalué toutes les semaines ou toutes les deux semaines suivant la durée du séjour prévue pour le patient.

Moi : D'accord, mais c'est un peu dur de juger ce « si besoin » ... **A quel moment on juge que le « si besoin » est nécessaire ?**

Infirmier n°3 : Ah bah c'est sur hein. C'est bien ça le problème. Moi et un autre infirmier n'aurons pas le même degré du « si besoin ».

Après c'est pour ça que moi qui suis jeune diplômée et qui n'ai pas d'expérience dans la contention, on demande aussi beaucoup conseil aux aides-soignants, qui sont au plus près des soignants et qui les connaissent mieux. Ils arrivent plus à percevoir si un patient a un changement d'humeur par exemple et après on en discute. Si le médecin est sur place on en discute avec lui aussi. Mais c'est pareil avec les médecins, certains mettront des contentions plus facilement que d'autres.

Moi : D'accord. **Est-ce que le fait que vous soyez jeune diplômée ça joue sur la pose ou la non-pose de contention ?**

Infirmier n°3 : Je pense que j'en mets moins que met collègue oui. J'ai beaucoup plus de mal. Après on a des contentions chimiques, on appelle ça des PMA ; « prescriptions médicales avancées » et en fait, si on voit qu'un patient commence à monter un peu, on peut lui donner une PMA.

Moi : **Vous avez plus tendance à utiliser une contention chimique alors ?**

Infirmier n°3 : Oui.

Moi : C'est parce que vous trouvez ça moins agressif ?

Infirmier n°3 : Oui j'ai l'impression. Après ça n'est pas forcément mieux, enfin je ne sais pas ce qui est le mieux, mais je me dis qu'ils se rendent moins compte, ils ne sont pas renfermés, c'est juste que ça va les apaiser un moment, ou pas d'ailleurs.

Mais c'est vrai que les premiers jours moi j'avais du mal à les donner, c'est plus les aides-soignants qui me disaient de donner, mais moi je préférais attendre encore voir si le patient se calmait et puis au bout de deux, trois jours je me suis rendue compte que ce n'était pas possible d'attendre car le patient il monte encore plus. Après c'est au cas par cas. Mais je pense que oui, j'ai plus de mal à contentionner physiquement un patient. Même si par exemple un jour j'ai eu un patient était agité, je ne l'ai pas contentionné mais j'ai préféré l'isoler et attendre de voir comment ça se passe, j'ai eu de la chance ça s'est bien passé...

Moi : D'accord. Est-ce que vous pensez que dans votre formation initiale vous avez été assez formé à la contention ?

Infirmier n°3 : Alors là comme ça je vous dirais que je n'ai pas eu de cours sur la contention. Ou alors peut-être quand on a abordé la psychiatrie, mais ça a dû faire l'objet d'une ou deux heures de cours. Après c'est tellement différent les modalités de contention en psychiatrie pour quelqu'un qui a des troubles psychiatriques et en secteur général pour quelqu'un qui a des troubles cognitifs. En psychiatrie il y a des patients qui le demande et qui en ont besoin. Là chez quelqu'un qui a des troubles cognitifs s'est compliqué car ils sont dans leur monde et ils ne comprennent pas la contention.

Moi : Oui tout à fait. Et justement, est-ce qu'une formation sur la contention physique dans le cadre de votre travail, vous aiderai ?

Infirmier n°3 : Oui je pense. Après dans le service où je suis, je sais que le médecin fait des sortes de conférence avec les psychomotriciennes et les ergothérapeutes, où elles expliquent la prise en charge des personnes atteintes de démences et il me semble qu'elles ont déjà dû aborder la contention. Donc ce genre de chose oui ça m'aiderait. Parce que la contention s'est énormément utilisée et ça pose questions aux soignants mais on n'en parle pas.

Moi : Oui, c'est sûr. **Est-ce que vous avez déjà eu connaissance du référentiel de l'HAS sur les alternatives à la contention ?**

Infirmier n°3 : Alors oui j'en ai connaissance juste pour le risque de chute car j'ai fait mon mémoire sur ce sujet. Et lors des entretiens qu'on a pu mener, la contention revenait beaucoup. Les soignants disaient justement qu'ils mettaient la contention pour éviter un risque de chute, et au sein de cette équipe ça faisait beaucoup débat. En fait il y avait une prescription de contention de fait, l'équipe n'avait pas voulu le faire et en fait ils ont retrouvé ce monsieur, qui a troubles cognitifs, dans une rivière, prêt à se noyer. Donc ça pose question c'est vrai.

Moi : Ah oui dis donc, oui c'est une situation compliquée.

Infirmier n°3 : Oui.

Moi : **Alors voilà j'ai posé toutes mes questions, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose avant qu'on termine l'entretien ?**

Infirmier n°3 : Oui, je suis jeune diplômée alors je voulais vous conseiller d'imposer vos idées, y compris sur la contention, et ne pas forcément suivre tout ce que disent les collègues. Il faut se positionner avec ce que vous avez appris et ce que vous pensez. Voilà, ça n'est pas forcément facile mais il faut essayer.

Moi : Merci beaucoup, ce sont des bons conseils. Merci pour votre disponibilité.

Infirmier n°3 : De rien, bon courage.

Annexe VII : verbatim de l'infirmier n°4

Moi : Pour commencer est-ce que vous pourriez vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?

Infirmier n°4 : Alors je suis diplômée depuis 94, ancien diplômé. Donc je suis du diplôme psy à savoir. J'ai travaillé 13 ans en psychiatrie et là je suis depuis 10 ans ici, à l'EHPAD. En sachant qu'avant j'ai travaillé dans un centre de post cure pour personnes alcooliques. En gros c'est ça.

Moi : D'accord. Alors du coup, qu'est-ce que vous pensez de la contention physique chez la personne âgée ?

Infirmier n°4 : Alors globalement je suis contre. Sauf qu'après on peut avoir plein d'exemples où on peut y être favorable. Je vais vous en donner un. On a une personne qui était démente, mais valide, elle se déplaçait énormément dans l'établissement, beaucoup de déambulation. Elle a fini par chuter, fracture du col du fémur. Donc appui impossible et puis je vous passe tous les détails. Donc on s'est dit que dans un premier temps qu'on ne mettrait pas de contention. On la mettait dans un fauteuil confort en bascule. On avait quand même des prescriptions de contentions. Jusqu'au jour où elle est tombée de son fauteuil. Elle a rechuté. Donc là, bénéfice/ risque... donc on la maintien maintenant. Donc globalement je suis contre mais quand on a des situations hyper particulières comme ça, on ne peut qu'être pour quoi. Et aussi je voulais rajouter, je pense qu'il y a mieux que les contentions, enfin il y a des prises en charge spécifiques qui peuvent empêcher les contentions. C'est sûr que si vous laissez une dame dans un coin avec la ceinture de maintien, elle risque de voilà, de s'agiter et tout ça. Mais si vous la prenez en charge par des moyens bien spécifiques je pense qu'on peut oublier la contention.

Moi : D'accord. Je trouve ça intéressant du coup car souvent dès qu'il y a chute, il y a contention derrière. Et on voit bien qu'ici vous n'êtes pas dans cet esprit-là.

Infirmier n°4 : Alors nous l'esprit de la maison, c'est : pas de contentions quoi. Sauf qu'on en a quand même plus qu'on en a eu. Parce qu'on se retrouve avec des pathologies vieillissantes avec des gros risques de chute. Après on a une autre contention, c'est la contention chimique, donc voilà...

Moi : Oui tout à fait. **Et quel est votre ressenti quand vous contenez un résident ? Est-ce que vous exprimez des difficultés, un sentiment de maltraitance, ou au contraire un sentiment de bien faire, de confort, de moyen de protection ?**

Infirmier n°4 : Alors moi je ne suis pas dans un sentiment de culpabilité, je suis dans un sentiment de bien faire. Je pense que quand on met la contention à un moment donné et que c'est réfléchi, ça veut dire qu'on a tout essayé et qu'il n'y a rien qui marche. Alors est-ce qu'il ne vaut pas mieux que quelqu'un soit contenu et qu'il ne chute pas et ne soit pas mal ? Après, où j'aurai le sentiment de mal faire c'est si la personne était sous contention et hyper agitée, à vouloir tirer sa ceinture et tout ça. Alors ça, ça me gênerait. Donc je pense que dans ces cas-là la contention physique doit être associée à une contention chimique. Mais sinon je n'ai pas le sentiment de culpabilité, de toute façon, on ne le fait pas pour l'emprisonner, on le fait pour son bien. A partir de là, si c'est réfléchi et analysé en équipe, moi ça ne me pose pas tant de questions que ça.

Moi : D'accord. **Alors qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné vous faites l'usage de la contention physique ?** J'ai cru comprendre que c'était vraiment par rapport à un risque de chute...

Infirmier n°4 : Alors oui voilà. Donc déjà nous, quand on décide de la mise en place d'une contention, c'est-à-dire qu'il y a eu une réflexion d'équipe. Alors sois parce qu'il y a eu des chutes, alors attendez que je réfléchisse... en fait chez nous c'est la seule raison, c'est le risque de chute. Donc il y a un risque de chute, on s'est rendu compte que la dame elle a chuté 10 fois, elle a fini par se casser le col du fémur, l'épaule et là on en discute en équipe mais ça ne suffit pas, donc après il y a toujours, toujours, une prescription médicale. Il y a toujours l'avis du médecin traitant. Mais dans un premier temps on ne va pas contenir, là on a une dame, on se rend compte qu'elle chute de plus en plus, il n'y a pas de fracture, il n'y a rien. Par contre on s'est rendu compte qu'elle prenait de l'haldol, donc c'est sédatif, du coup, dans un premier temps on a commencé par arrêter l'haldol, vous voyez ? Il y a vraiment un travail de réflexion, ça n'est pas fait comme ça. Je n'ai jamais vu ici qu'on décidait du jour au lendemain de mettre une contention. Ce qui est différent de mon parcours d'avant quoi. Le vécu est complètement différent, déjà parce que les contentions sont différentes hein, ça va être la ceinture pelvienne, les sangles pour les poignets et les chevilles... et puis vous êtes 6 autour du patient qui est très agité, non c'est complètement différent.

Moi : Oui tout à fait. C'est bien pour ça que je fais bien la différence dans mon travail avec la psychiatrie.

Du coup, quelles questions vous posez-vous quand vous contenez un résident ?

Infirmier n°4 : Alors... est-ce la meilleure solution ? Comment va réagir la famille ? Parce qu'alors ça... Puis, est-ce qu'il n'y a pas autre chose à essayer ? Est-ce qu'on a tout essayé ? Alors pour moi je me dis que c'est le dernier recours quoi, on ne commence pas par ça.

On commence par enlever la sédation, on commence par prévenir la famille et voir comment ils vivent ça, parce que ça peut être hyper violent pour une famille hein. Alors oui nous on ne le fait jamais sans prévenir la famille. C'est une décision qu'équipe, c'est le médecin et ensuite la famille. Alors maintenant je n'ai pas eu de cas où la famille est complètement contre.

Moi : D'accord. **Et qu'est-ce que vous mettez en place auprès d'un résident porteur de contention physique pour conserver le prendre soin ?**

Infirmier n°4 : Alors déjà, tout ce qui est autour des soins d'hygiène s'est fait sans contention. Après c'est pareil, les contentions on n'est pas obligées qu'elles soient visibles quoi.

Moi : C'est quelque chose qui ressort souvent chez les infirmiers ça justement, que la contention ne soit pas visible.

Infirmier n°4 : C'est marrant ça. Eh bien moi justement l'autre jour, j'ai vu une dame qui avait une contention hyper voyante, du coup j'ai enlevé le pull et je l'ai remis par-dessus, je trouve que c'est moins... je ne sais pas, c'est plus digne quoi.

Moi : D'accord. **Alors vous avez déjà un répondu à ma question suivante en fait qui était de savoir quelle était la place de l'entourage dans la mise sous contention. Mais du coup, en quoi ce dernier il peut être aidant ou au contraire gênant ?**

Infirmier n°4 : Alors on n'a pas eu de situation où la famille refusait catégoriquement la contention, parce qu'à chaque fois on donne des explications. Voilà, « votre maman elle est tombée deux fois, elle s'est cassée le col du fémur, il y a eu une luxation de l'épaule, on prend des risques, est-ce que ce n'est pas mieux qu'elle vive bien avec une contention ? », alors après au lieu de dire contention on dit « une ceinture », enfin voilà, il faut employer les bons mots quoi. Donc en leur expliquant et en les réassurant, la famille accepte. Après la contention ça peut être associée à un truc un peu bestial donc ça peut faire peur. Fin franchement nous, de tous ceux qu'on a eu, en donnant des explications, c'est bon. Puis quelque part ils disent « bah oui puis si elle ne tombe plus c'est mieux quoi ».

Moi : Oui c'est très important les explications. **Et aussi, est-ce que vous avez eu le cas que parfois ce soit la famille qui demande la contention ?**

Infirmier n°4 : Oui. On a eu un cas, la famille voulait absolument la contenir, enfin c'était pire car elle nous disait qu'il fallait l'attacher. Mais on l'a jamais fait, parce qu'il n'y avait pas nécessité de le faire. Elle est décédée maintenant mais pas d'une chute.

Moi : Mais je pense que dans certaines équipes c'est difficile parce que la pression de la famille est telle qu'on se sent obligé de mettre la contention. Puis il y a aussi le fait que la société se judiciarise de plus en plus ce qui entraîne une frilosité des soignants à prendre des risques...

Infirmier n°4 : C'est ça, c'est ça. C'est pour ça que, quand on contient, il faut être sûr d'être hyper au clair avec la loi quoi. Puis quand on ne contient pas, il faut être très prudent. C'est hyper paradoxal en fait, et quelques fois c'est, on se couvre quoi. On va décider, nous l'équipe infirmière de mettre la contention parce qu'il y a un vrai danger quoi, mais si par exemple je fais ça ce soir pour x raison, demain, allô le docteur pour prescription médicale. Nous ça ne dure jamais plus de 24 heures sans qu'il y ait un coup de fil au médecin. C'est vraiment de la couverture hein.

Moi : D'accord. Du coup vous avez également répondu à la question qui était de savoir comment la décision de mettre quelqu'un sous contention est-elle prise.

Infirmier n°4 : Oui c'est toujours en équipe pluridisciplinaire.

Moi : Du coup, en quoi votre expérience a pu modifier vos pratiques sur la contention physique ? Est-ce que le fait que vous ayez plus d'expérience, vous contentionnez moins ou plus ?

Infirmier n°4 : Dans tous les cas, moi je l'utilise beaucoup, beaucoup moins que je l'utilisais avant, ça c'est sûr, parce que j'ai un public complètement différent. Après, ce n'est pas mon expérience qui fait que je l'utilise moins, c'est vraiment le public, et de toute façon, si moi je suis toute seule à décider de contenir et que j'ai trois collègues en face de moi qui ne veulent pas contenir, il n'y aura pas de contention. Donc voilà.

Moi : D'accord. Est-ce que vous pensez avoir été assez formé et préparé sur la contention physique dans votre formation initiale ou en formation professionnelle ?

Infirmier n°4 : Alors je pense que oui. Je suis à l'aise avec ça.

Moi : Du fait de votre diplôme spécialisé à la psychiatrie du coup ?

Infirmier n°4 : Oui tout à fait. Puis en psychiatrie les contentions c'était revues quoi donc je suis à l'aise avec ça. Sauf que, nous ici, pour les contentions des barrières de lit, on a trouvé un système pour pallier au manque de médecin, et ça n'est absolument pas légal, en fait, on a des prescriptions valables 1 an.

Moi : Ah oui !

Infirmier n°4 : Oui, il y a une grosse pénurie médicale, on a des médecins qui viennent une fois tous les 6 mois pour un renouvellement... C'est impossible de faire une réévaluation des contentions, alors je parle des barrières de lit, tous les mois.

Moi : Et votre médecin coordinateur ne gère pas ça ?

Infirmier n°4 : Non pas du tout. Mais aussi, on a des gens qui ont des barrières parce qu'ils l'ont demandé quoi. Donc pour ceux-là, il y a une prescription médicale aussi, en fait c'est pour se couvrir. Imaginez qu'il y en a un qui passe par-dessus la barrière et qui se casse les deux jambes, la famille va nous dire « quoi vous mettez des barrières ? », et on aura la preuve que c'est madame qui a décidé de mettre les barrières quoi. On sait qu'on n'est pas du tout à la loi sur ça mais...

Moi : D'accord, **après j'imagine que vous savez quand même réévaluer en équipe la contention ?**

Infirmier n°4 : C'est ça. Après, c'est des personnes âgées hein, il n'y a pas un jour où on va revenir en arrière quoi, faut être lucide quoi.

Moi : Oui bien sûr mais par exemple si vous estimez que quelqu'un ayant des barrières de lit, mais est très agité la nuit, vous saurez juger que les barrières de lit peuvent être délétères et auquel cas vous en informerez le médecin...

Infirmier n°4 : Alors oui voilà, alors ça par contre on demande au médecin traitant mais on l'évalue quoi. Alors on trouve d'autres systèmes hein. C'est-à-dire qu'on met un matelas par terre.

Moi : Ok. **Est-ce que vous avez pu bénéficier de formation dans cet établissement ?**

Infirmier n°4 : Non aucune ici. Et pour être honnête je ne suis pas forcément demandeuse du coup.

Moi : D'accord. **Vous n'êtes pas demandeuse du fait que vous soyez à l'aise avec ça en rapport avec tous les apports que vous avez eu en psychiatrie ?**

Infirmier n°4 : Oui voilà. Après je ne sais pas si mes collègues ont des difficultés avec ça... Mais c'est tellement bien fait dans notre établissement, sans vouloir me vanter hein, mais on a vraiment une logique du prendre soin ce qui fait qu'on se sent à l'aise.

Moi : Oui d'accord. **Est-ce que vous avez eu connaissance du référentiel de l'HAS sur les alternatives à la contention ?**

Infirmier n°4 : Non je n'en ai pas connaissance.

Moi : D'accord. Alors c'est un référentiel qui donne des alternatives à la contention physique pour le risque de chute par exemple et du coup ça peut aider parce qu'il donne des petits conseils à essayer avant de passer à la contention.

Infirmier n°4 : D'accord, après nous on les fait toutes ces choses je pense.

Moi : Oui c'est vrai.

Infirmier n°4 : Après moi je suis vraiment pour qu'on fasse une prise en soin plus spécifique, avec des séances de bien-être, sauf qu'aujourd'hui on ne peut pas hein, on manque de personnel... Et aujourd'hui je suis convaincue que si on prend une personne âgée, qui est contenue à la base, en soin sur des ateliers, il n'y a pas besoin de contention hein. Mais bon, on ne peut pas refaire le monde hein...

Moi : Oui c'est sûr, si on pouvait se permettre d'être auprès d'eux en permanence, les contentions n'existeraient plus.

Infirmier n°4 : Tout à fait.

Moi : Voilà, je vous ai posé toutes mes questions, **voulez-vous rajoutez quelque chose ?**

Infirmier n°4 : A savoir que dans la contention, même si ce n'est pas quelque chose d'idéal, toujours faire le bénéfice/ risque, savoir qu'est-ce qu'y est le mieux, qu'elle soit contenue au fauteuil ou qu'elle tombe 3 fois, qu'elle ait 3 anesthésies pour remettre le fémur, et cetera. Voilà, toujours évaluer.

Moi : Oui. Écouter je vous remercie d'avoir pris du temps pour cet entretien.

Infirmier n°4 : De rien. Bon courage. C'est un sujet où il y a matière à travailler !

Moi : Oui. Bon courage à vous aussi, merci.

Annexe VIII : verbatim de l'avocat

Moi : Pour commencer est-ce que vous pourriez vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?

Avocat : Alors j'ai passé un diplôme d'état infirmier en 81, janvier 81. Je n'ai pas exercé longtemps, j'ai très peu exercé. Par contre après je me suis servi de mon diplôme d'état pendant mes études de droit, pour pouvoir financer une partie des études. Puis j'ai dû travailler trois étés de suite en centre de réadaptation fonctionnelle. Et donc, c'est vieux, ça fait 22 ans que je suis avocat.

Moi : D'accord.

Avocat : Alors pour la contention, vous êtes dans le registre de l'altérité. C'est-à-dire, comment est-ce que je peux respecter l'autre dans la relation de soin ?

Moi : Oui.

Avocat : Et il se trouve qu'il peut y avoir des hypothèses dans lesquelles vous êtes obligée de porter atteinte bien évidemment, à la liberté de mouvement de la personne. Et il y a deux positions antagonistes, il y a le soignant qui veut pouvoir faire son geste de façon efficace et puis vous avez la personne qui peut très bien vous dire en dernier ressort, soit je ne veux pas, soit je n'accepte pas ce soin, vous avez aussi la personne qui n'a pas conscience.

Moi : Oui tout à fait. Moi la difficulté qui se pose à moi, c'est de poser une contention à une personne qui a des troubles cognitifs et qui ne comprend pas cet acte.

Avocat : Oui ils ne comprennent pas.

Moi : D'ailleurs, est ce qu'un infirmier peut contenir un patient ?

Avocat : Alors normalement c'est une prescription, par contre ça rentre dans votre décret de compétence, il n'y a pas photo. Le problème, c'est qu'il faut que la contention soit toujours proportionnée avec les moyens dont vous disposez. Dans certains services, ils ont du matériel exprès, c'est des sangles qui sont un peu rembourrées avec un système de sécurité pour ne pas pouvoir les enlever.

Par exemple en réa, pour qu'une personne ne s'extube pas au moment, soit du réveil, soit au cours de l'anesthésie, vous êtes obligée de contenir dans certaines hypothèses.

Moi : Oui. Et là moi les soignants que j'ai rencontrés et les situations que j'ai vécues, c'est la plupart du temps pour un risque de chute.

Avocat : Alors les principales hypothèses vous avez quoi ? Vous avez le risque de chute du lit, du fauteuil, vous avez tout ce qui est mouvement et coordination de mouvement, mouvement incontrôlé, de la défense, l'hypothèse du réveil en réa, vous avez aussi du matériel très invasif et on ne peut pas se payer le luxe de laisser le patient se dépiquer, ou alors vous allez passer votre temps à piquer. Alors après il ne faut pas que ça tourne non plus aux abus, à l'abus. Il est plus facile d'immobiliser et de lui laisser une sonde urinaire pendant très longtemps, on gagne tous du temps et beaucoup l'ont fait. Ça peut être jugé comme une atteinte intolérable à l'autonomie puis aux droits de la personne quoi.

Moi : D'accord. **Et concrètement est-ce qu'il y a des lois qui encadrent la contention ?**

Avocat : Non. Moi je n'en ai pas trouvé. Je savais qu'on se voyait ce soir et j'ai fait des recherches, j'ai appelé deux trois potes qui sont restés dans le métier, ils m'ont dit « système D ». Pour être irréprochable, bien vérifier la prescription médicale, essayer d'en parler en équipe. Vous le verrez aussi, pas mal, hélas, en gériatrie. Et très souvent, alors ça se fait moins maintenant, ça se faisait beaucoup plus avant, on attachait un petit peu la personne âgée dans son fauteuil pour être sûr qu'elle n'aille pas se balader à droite ou à gauche avec une alaise attachée derrière le fauteuil. C'était aussi un moyen de surveiller certaines personnes.

Moi : Oui, j'ai déjà vu l'alaise en guise de contention. Et en termes de prescription, normalement pour une contention elle est valable 24 heures, or, dans les maisons de retraite, ça n'est pas le cas...

Avocat : Non, moi je pensais très naïvement qu'il y avait des protocoles écrits. Je suis sûr que ça existe dans certains services mais je n'ai pas assez d'ancienneté dans ce métier pour pouvoir avoir une idée et je n'ai pas eu le temps d'appeler pour m'informer mais les 3-4 potes que j'ai appelé m'ont dit « attend ça fait partis des questions très très pratiques », très très souvent si vous êtes une seule infirmière pour trois étages de nuit avec une aide-soignante dans le meilleur des cas par étage, très concrètement, je vous souhaite de ne jamais avoir à attacher de gens, mais vous n'allez pas non plus passer votre nuit à cavalier après les gens qui sont un peu agités, qui peuvent être dangereux pour eux même et pour vous.

Moi : Oui oui c'est vrai... **J'avais vu aussi dans mes recherches que la personne contenue avait un statut de victime, du coup, est-ce que c'est quelqu'un qui peut porter plainte plus tard ?**

Avocat : Oui oui oui. Il y a des fois des plaintes. C'est toujours classé. En soins généraux, dès qu'on ne touche pas à la sainteté d'esprit, en soins généraux il y a toujours une présomption. C'est fait dans l'intérêt du patient donc ça évidemment, mais que la personne peut ou ne pas consentir, dès qu'on commence à toucher à la psychiatrie, et il y a beaucoup de plaintes, enfin beaucoup de lettres qui atterrissent sur le bureau du procureur et sur le bureau d'un tel et un tel avec « je suis maltraité », mais si on lit tous ces courriers... Je ne vois pas qui aurait intérêt à maltraiter volontairement quelqu'un en l'attachant, faut être raisonnable. Mais pour la loi, c'est une atteinte au corps. Donc si ça reste proportionné dans le cadre d'une prescription, vous ne risquez rien. Après il y a, je dirais, celle de votre propre initiative. Vous êtes toute seule, il faut faire des soins, il y a le grabuge dans une chambre parce qu'il y a une perf qui passe à côté, vous êtes seule et tout et vous avez un agité, c'est sûr que la question peut se poser. Le problème c'est que les hypothèses de restriction de personnel sont quand même énorme et il faut bien prendre des initiatives. Maintenant, plus vous allez contraindre quelqu'un sans son consentement, le résultat est inévitable hein. Ça va provoquer bien sûr une réaction. Moi dans tous les cas je n'ai pas eu dans des dossiers que j'ai pu connaître en tant qu'avocat, le cas de mauvais traitement ou de plainte qui y face allusion. Les plaintes qu'on voit parfois c'est la baffé, c'est les propos humiliants, les attitudes brusques, les gestes inadaptés. En tout cas c'est un problème où vous touchez à l'autonomie de la personne, il faut que ce soit pour une raison médicale.

Moi : Oui oui. Dans mes recherches il est démontré que le risque de chute n'est pas un motif à la contention...

Avocat : Disons que le risque d'une chute n'est pas en soit suffisant pour contraindre quelqu'un. Après c'est le médecin qui prend sa responsabilité. Mais vous aurez ça aussi en éthique professionnelle, vous voyez une prescription qui vous demande de contraindre quelqu'un, de bien le contenir, si vous trouvez que c'est abusif, il y a toujours la fameuse question de, qu'est-ce que je fais quoi ? Est-ce que j'obéis ? Est-ce que je ne peux pas prendre un peu de liberté ? Il suffit qu'il y ait un couac dans cette liberté, c'est vous qu'on embêtera.

Moi : Ah oui d'accord. S'il y a une prescription médicale de contention et que je décide de ne pas l'appliquer je peux être embêtée quoi.

Avocat : Moi je pense qu'il faut essayer de raisonner, un des paramètres que vous pouvez faire jouer c'est monsieur bon sens, c'est-à-dire, voilà, en éthique il y a qu'est-ce que peux faire ? qu'est-ce que je peux ne pas faire ? puis après, dernier temps de l'interrogation éthique, et moi, dans ce cas-là, qu'est-ce que je fais ? Vous ne pouvez pas ne pas choisir, donc vous prenez le risque de vous tromper. A ce moment-là je crois qu'il faut être assez pragmatique, même si toutes les issues sont fermées à clef, le soir, et cetera, et cetera, il a des personnes désorientées vous risquez de les retrouver chez Pierre, Paul, Jacques, dans la chambre d'à côté, qu'ils se perdent dans les couloirs, mais ça peut aller loin, en psychiatrie il fut un temps il y a plusieurs personnes qui sont partis dans la nature quand même, et c'est des ennuis permanents et pour tout le monde. Donc je sais que la contention pose des problèmes. La contention chimique n'est pas beaucoup plus glorieuse hein. Quand il y a des gens qui se sont pris des petites gouttes d'atarax, en gros c'est quoi, c'est une forme de contention.

Moi : Ah oui oui tout à fait.

Avocat : Nous quand on donnait des placebo, ce qui maintenant fait hurler, mais parfois ils nous arrivaient à la tournée du soir, de donner des petites pastilles à la menthe ou des choses comme ça à la petite mamie qui avalait ça religieusement, et ça pouvait marcher ! C'est pour vous dire que la psychosomatie peut exister aussi. Après on va dire « oui mais éthiquement c'est minable », oui oui oui ce n'est pas glorieux, c'était une parade comme une autre. Mais c'est un problème.

Moi : Oui. Mais ça questionne en fait car on ne sait pas, il n'y a rien là-dessus...

Avocat : Non, non mais il y a des thèmes récurrents comme ça qui reviennent et on ne peut pas donner de réponse clairement définis sauf protocole. Quelqu'un qui rentre en psychiatrie, il est agité, il y a des protocoles, il y a des camisoles chimiques, les chambres d'isolement, on sait comment faire. Vous, vous êtes simplement avec quelqu'un qui a un bon Alzheimer ou bien quelqu'un qui est bien désorienté et agité, faudra bien... On sait tous que l'emploi de la force, non expliquée, qui ne peut pas être compris, peut engendrer des réactions disproportionnées de l'autre côté. Et après on n'est pas loin du mauvais traitement puisque si le ton monte et que la personne n'accepte pas la contention, va bien falloir que quelqu'un l'emporte. Mais c'est un vrai problème. Après c'est vous, il n'y a rien de plus désagréable que de venir faire un pansement et puis deux secondes après d'être obligée de le refaire quoi.

Moi : Oui, oui oui. Mais c'est pareil il y a la contention prescrite en si besoin, c'est quand même très abstrait...

Avocat : Du moment que, toutes les prescriptions à la demande, si besoin, tout ce genre de prescription engage le prescripteur... par contre celui qui applique fait appel aux compétences qui sont les vôtres, celle que vous êtes censé avoir. Donc après, tout est une question d'appréciation aussi. Moi j'encourage les gens toujours à rester assez raisonnable quoi. Certaines personnes vont vous réclamer je ne sais pas, 20 efferalgan si vous les calmer pas, est-ce qu'il est raisonnable de donner 20 efferalgan de suite à quelqu'un ?

Moi : Non c'est sûr. Après dans la contention chez la personne désorientée on peut se poser la question de son consentement à cela...

Avocat : Le sujet est intéressant hein. Dans la contention on a d'abord le problème de l'altérité, c'est-à-dire, je respecte l'autre, le patient, en tant qu'être humain. Philosophiquement et éthiquement c'est intéressant. Donc ça, il y a le thème de l'altérité. Après il y a l'inviolabilité de la personne, c'est-à-dire qu'on ne peut pas toucher à l'autre sans son accord express, fusse pour une raison médicale. Et surtout pour une raison médicale, avec tous les excès qu'on peut voir. Par contre vous ne pouvez pas faire, au nom des droits du patient et puis je dirais des droits de l'être humain, de l'homme en général, il y a des choses que vous ne pouvez pas faire sans le consentement des gens, bien sûr, la contention en fait partie, toute atteinte à la liberté. Pour la contention je pense qu'on a tous dans les services un peu difficileux, des bracelets de contention... Et généralement la contention chimique n'est pas loin.

Moi : C'est sûr. Elle va de pair même je dirais.

Avocat : La personne qui est agitée, elle est prévisible, donc on prend des précautions. La personne qui est désorientée est beaucoup plus dure à décèler, on ne sait pas trop ce qu'elle veut faire ou ne pas faire. Il y a quelqu'un qui peut être très bien, vous prenez la relève pour la nuit et tout se passe bien puis après vous ne la trouvez pas, bah elle s'est barrée. Dans certains services je sais qu'il existe des protocoles écrits, comme en réa mais dans 9 services sur 10 il n'y a pas, c'est la pratique. Mais voilà, je n'ai pas trouvé, il n'y a pas de réponse imparable. Dans l'idéal il ne faudrait pas mais c'est impossible.

Moi : C'est sûr.

Avocat : Après les terrains sur lesquels on peut vous chipoter bah c'est dans le respect des droits des patients, ça peut être une atteinte à la personne, ce serait des blessures involontaires pour les conséquences à la contention, par exemple une sangle qui est mal rembourrée où voilà, il y aura des bleus, ça peut être des atteintes volontaires, quelqu'un qui arrive à prouver que ça n'était pas nécessaire ou strictement nécessaire peut vous faire des ennuis. Ça peut se terminer, à la rigueur, dans le bureau du cadre et on s'explique quoi. Mais moi je n'ai jamais vu d'affaire sur ça. Voilà, je ne sais pas si ça a répondu à vos attentes.

Moi : Ah si si, c'était très intéressant !

Avocat : Tant mieux, mais je pense que ça fait partie des thèmes très très intéressant car on n'a pas la réponse, et puis là tout repose sur le praticien.

Moi : Oui. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré et pour votre aide. Merci beaucoup.

Avocat : De rien. Bon courage pour la suite surtout et j'aimerais beaucoup lire votre travail.

Moi : C'est très gentil, je vous le ferai parvenir alors !

LA CONTENTION : BIENVEILLANCE OU MALTRAITANCE ?

Résumé :

La contention physique chez la personne âgée désorientée s'est développée de façon importante au fil du temps et est même devenue une pratique courante, bien que l'efficacité en soit aléatoire. Pourtant, cet acte, dit de soin, est loin d'être anodin et soulève de grandes questions éthiques et déontologiques. La contention remet alors en cause le respect de la liberté et de la dignité de la personne et est contraire à l'éthique du soin. Bien que la contention ait des effets bénéfiques sur certaines personnes et dans certaines situations, n'est-elle pas mise de manière systématique ? ne s'est-elle pas peu à peu institutionnalisée ? Ce sujet, pourtant tabou encore aujourd'hui, me pousse à mener une réflexion autour de la posture soignante face à ce type de situation et de la limite avec l'abus. C'est alors que j'ai pu m'entretenir avec des infirmiers, avocat, médecins et responsable éthique pour investir ce thème. Pour compléter cette réflexion, il me paraissait intéressant d'aborder les concepts d'altérité, de bienfaisance et de non-malfaisance.

Mots-clés :

CONTENTION PHYSIQUE / PERSONNE AGEE DESORIENTEE / ABUS / ALTERITE / DIGNITE
/ LEGISLATION / DILEMME

RESTRAINT : KINDNESS OR ILL-TREATMENT ?

Abstract :

Physical restraint of the disoriented elderly person has developed significantly over time and has even become a common practice, although the efficiency is quite random. However, this act, considered above all like a care act, is far from being harmless and raises major ethical and deontological issues. Then restraint calls into question the respect for the person's freedom and dignity and is contrary to the ethics of care. Although the restraint has beneficial effects on some people and in some situations, we wonder if it isn't used systematically and if it hasn't gradually become institutionalized ? This subject, which is still taboo even today, leads me to question myself on the posture of health care workers faced with this type of situation and on the limits when it is about situations of abuse. Then I interviewed nurses, lawyers, doctors and ethics manager to invest this topic. To complete this reflection, it seems to me interesting to approach the concepts of alterity, benevolence and non-harmfulness.

Key words :

PHYSICAL RESTRAINT / ELDERLY PERSON DESORIENTED / ABUSE / ALTERITY / DIGNITY
/ LEGISLATION / DILEMMA