



Institut de formation en soins infirmiers

Nancy

**UE 5.6. S6 - Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles.**

**Vécu de l'infirmier(e) face à l'utilisation de la contention physique
en secteur d'hospitalisation de courte durée.**

Travail de fin d'études

Spenle Julien

Promotion 2015 / 2018

Année de soutenance 2018



Institut de formation en soins infirmiers

Nancy

**UE 5.6. S6 - Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles.**

**Vécu de l'infirmier(e) face à l'utilisation de la contention physique
en secteur d'hospitalisation de courte durée.**

Travail de fin d'études

Spenle Julien

Promotion 2015 / 2018

Année de soutenance 2018

Remerciements

Je tiens à remercier ma référente pédagogique Madame Lee Youg Ping Odette, Cadre de santé formateur à l'Institut de formation en Soins Infirmiers Lionnois, pour sa bienveillance et le soutien apporté pendant ma formation.

J'adresse également mes remerciements à ma référente T.F.E. Madame Charlois Laurence, Cadre de santé formateur à l'Institut de formation en Soins Infirmiers Lionnois, pour m'avoir suivi tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidé pendant l'élaboration de ce mémoire, et notamment Demangeon Elsa pour son intérêt, son soutien et son aide à relecture.

Je remercie également Chalon Antoine pour sa participation à la relecture et son aide précieuse apportée à la mise en forme de ce mémoire.

Je remercie enfin mes camarades et amis, qui m'ont accompagné tout au long de ces deux années, pour leurs attentions et leurs encouragements.

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Contexte.....	1
1.2. Situations interpellantes.....	1
1.2.1 Situation 1	1
1.2.2 Situation 2	2
1.2.3 Situation 3	3
1.3. Constats.....	4
1.4. Questionnement	4
1.5. Question de départ	5
2. Cadre de référence	6
2.1. La contention physique.....	6
2.1.1 Définitions	6
2.1.2 Les moyens.....	6
2.1.3 Les motifs de contentions	7
2.1.4 Chiffres.....	8
2.1.5 Réglementation	9
2.1.6 Bénéfice / risque pour le patient	10
2.2. Le concept de soin.....	12
2.2.1 Définitions	12
2.2.2 Le soin dans la législation	12
2.2.3 Les devoirs infirmiers et les droits du patient.....	13
2.2.4 La formation de l'infirmier(e)	14
2.2.5 Les bonnes pratiques / les alternatives à la contention	14
3. L'impact sur le soignant	16
3.1. Méthode exploratoire	16
3.2. Résultats	17
3.3. Limites.....	21
4. Conclusion.....	22
Bibliographie.....	

1. Introduction

1.1. Contexte

Actuellement étudiant en troisième année de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Lionnois à Nancy, j'ai choisi, dans le cadre de mon travail de fin d'études de travailler sur un thème qui tout au long de mon parcours particulier m'a interpellé, questionné et parfois mis dans des situations d'incompréhension ou d'inconfort.

Mon parcours étudiant est peu commun. J'ai suivi une formation médicale jusqu'en fin de cinquième année avant de changer de cursus. Ceci m'a permis d'effectuer de nombreux stages dans des services de soins de courte durée ou j'ai participé à la prise en charge de patients qui devaient être placés sous contention physique.

Après mon intégration au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, dans le cadre d'une réorientation faite à ma demande, j'ai également été confronté à ces prises en charge particulières. Ces situations vécues, hors du cadre de la psychiatrie, ont fait émerger en moi beaucoup de questions, avec toujours un sentiment d'inconfort ou de malaise tant vis-à-vis du personnel soignant que des patients et parfois de frustration car la mise sous contention représente pour moi la mise en échec des tentatives alternatives à cette méthode.

La contention physique était pour moi une mesure de dernier recours utilisée uniquement en psychiatrie, dans des situations de violence importante et/ou de menace imminente pour le patient ou les personnes à proximité de celui-ci. Mais elle est aussi, contrairement aux croyances que j'avais, utilisée dans de nombreux services d'hospitalisation de courte durée, notamment au service d'accueil des urgences.

J'ai décidé d'aborder le sujet de la contention physique en service d'hospitalisation de courte durée, désireux d'approfondir mes connaissances sur ce sujet, ayant pour projet professionnel de travailler dans un service d'urgence une fois mon diplôme obtenu.

1.2. Situations interpellantes

1.2.1 Situation 1

Au cours de mon externat, en stage dans une unité de soins fermée pour patients atteints de démence, nous prenons en charge une patiente âgée de 68 ans atteinte d'une maladie d'Alzheimer et déambulant toute la journée. Elle suit beaucoup le personnel médical et paramédical et doit être régulièrement accompagnée à sa chambre.

Le secteur dispose d'une infirmière, de deux aides-soignantes, d'un médecin et d'un interne. Ce jour-là, c'est une infirmière d'équipe de secours qui est en poste. Après avoir accompagné la patiente à sa chambre à plusieurs reprises, elle sollicite le médecin du service afin de prescrire une contention au fauteuil pour la patiente. Elle se sent en effet dans l'incapacité de surveiller cette malade tout en continuant à effectuer les soins pour les autres patients. L'infirmière explique que la patiente la gêne dans la réalisation de ses soins et que les aides-soignantes sont aussi occupées.

Elle raconte que cela fait plusieurs fois qu'elle raccompagne la patiente dans sa chambre et la réinstalle au fauteuil mais celle-ci se relève immédiatement. Elle déambule dans les couloirs, entre dans les chambres des autres patients et dans la salle de soins.

L'infirmière dit avoir peur que la patiente se blesse, et dit manquer d'expérience avec les personnes atteintes de démence, ce qui lui donne l'impression de ne pas pouvoir assurer la sécurité de cette personne. J'ai ressenti la détresse de cette infirmière face à une prise en charge pour laquelle elle ne se sentait pas suffisamment préparée. Face à l'insistance de l'infirmière, l'interne présent décide donc de prescrire une contention ventrale au fauteuil limitée à la matinée, mais dit qu'il n'est pas certain que cela soit la bonne solution car la patiente va probablement s'agiter dès qu'elle sera limitée dans ses mouvements. La patiente est contenue au fauteuil par une ceinture ventrale. Elle y est installée confortablement, puis un drap est placé autour de sa taille pour la ceinturer afin qu'elle ne puisse pas se relever ni glisser du fauteuil. Dès que l'infirmière sort de la chambre, la patiente s'agite, crie, refuse de rester assise, se contorsionne pour se libérer. Cette agitation est inhabituelle chez cette dame.

Suite à ce changement de comportement, la décision est rapidement prise par l'interne de retirer la contention qu'il trouve délétère dans la prise en charge de la patiente. Elle risque de se blesser en se débattant et pour lui le risque de dommage est plus élevé si elle reste physiquement contrainte que si elle peut librement se déplacer. Dès que la contention est retirée, la patiente se calme. Elle continue à déambuler et l'infirmière est obligée de modifier son organisation afin d'assurer sa surveillance. Cette dernière dit qu'elle ne veut pas être tenue pour responsable d'un quelconque dommage si la patiente venait à chuter ou se blesser, l'interne devant assumer lui-même cette responsabilité.

1.2.2 Situation 2

Toujours au cours de mon externat, lors d'une garde dans un service d'urgences, nous prenons en charge une jeune femme de 21 ans pour intoxication éthylique aiguë. Cette patiente est violente verbalement. Mon interrogatoire et mon examen clinique se déroulent toutefois sans incident. Je quitte le box d'examen pour remplir le dossier médical, puis je retourne auprès de la patiente accompagné de l'interne pour compléter le bilan d'entrée. Dès le début de l'entretien, la patiente répond de façon agressive et son discours est ponctué de propos insultants. L'interne décide de la mise en place de contentions aux poignets car il l'estime dangereuse pour l'équipe soignante.

L'interne et le médecin senior se rendent donc dans le box d'examen accompagnés de deux infirmiers. L'un d'eux porte les bracelets de contention dans ses mains. Lorsque la patiente aperçoit les contentions, elle se lève immédiatement et demande d'une voix apeurée: «Qu'allez-vous me faire? Vous n'allez quand même pas faire ça, je ne suis pas une bête». Lors de la mise en place des bracelets s'ajoute à la violence verbale une forte agitation physique, la patiente tente de se délier et de porter des coups aux soignants aidant à la mise en place de ses contentions. Elle est maintenue sur le brancard et ses poignets sont attachés de chaque côté de celui-ci. Lorsque les soignants quittent la salle, la patiente est toujours en train de crier et de les insulter. Une fois sorti du box, un des deux infirmiers exprime ses doutes quant à l'indication de la contention et ses craintes d'une aggravation de l'agitation de la patiente. Le médecin lui répond d'attendre de voir l'évolution du comportement de la patiente et que les contentions seront retirées si la patiente se calme.

Un quart d'heure plus tard, je rentre dans la chambre de la patiente pour effectuer ma surveillance clinique. Elle a réussi à se détacher et me porte un coup au visage. Je lui maintiens les deux mains et lui demande de se calmer. A plusieurs reprises elle me crie de la lâcher et je lui réponds que je le ferai dès qu'elle arrêtera de s'agiter et qu'elle acceptera de s'asseoir, ce qu'elle fait rapidement.

Je lui demande alors d'expliquer son geste. La patiente dit le regretter, mais qu'elle est prête à recommencer si on l'attache à nouveau. Elle ne comprenait pas pourquoi on l'avait attachée «*comme une folle à l'asile*» alors qu'elle n'avait agressé personne.

L'infirmier qui m'a rejoint entre temps convient avec elle, en accord avec le médecin, de ne pas remettre les contentions si elle reste calme et allongée sur le lit jusqu'à sa sortie. Suite à cela la patiente ne présente plus de signes d'agressivité ni d'agitation.

1.2.3 Situation 3

Lors de mon premier stage en tant qu'étudiant infirmier, en service de diabétologie, nous prenons en charge une dame de 72 ans suite à une chute à domicile. La patiente présente des signes de début de démence pour laquelle il n'y a pas encore de diagnostic établi.

Les deux premiers jours de sa prise en charge se passent sans évènement particulier, elle est levée deux fois par jour et bénéficie de séances de kinésithérapie tous les matins.

Elle a pour consigne de ne pas se lever seule. Le troisième jour de sa prise en charge, elle se rend seule aux toilettes durant la nuit. L'infirmière en poste qui s'en aperçoit la raccompagne au lit. L'évènement est expliqué lors des transmissions. Le lendemain après ses soins d'hygiène, la patiente est installée au fauteuil et l'infirmière, après discussion avec l'aide-soignante, décide d'utiliser un drap afin de l'y maintenir de peur qu'elle ne se lève seule et chute. En effet, celles-ci estiment qu'elles n'ont pas le temps d'assurer la surveillance de cette patiente au vu de leur charge de travail. Mais immédiatement après la mise en place de la contention, la patiente s'agite et commence à tenir des propos injurieux envers les soignants. Elle dit ne pas comprendre la raison de sa contention, répète qu'elle n'est pas traitée dignement, mais de façon inhumaine, comme un animal, et perçoit cela comme de la maltraitance.

A son arrivée, le médecin refuse la prescription de la contention, en expliquant qu'au regard de l'agitation générée par celle-ci, il n'est pas bénéfique de maintenir la patiente attachée. L'infirmière et l'aide-soignante expriment leur désaccord. Elles craignent que la patiente chute car le personnel n'est pas en nombre suffisant à ce moment-là pour assurer la sécurité de tous les patients.

La ceinture est retirée et la patiente retrouve rapidement son calme. Il est convenu après concertation que la patiente restera alitée en début de matinée, avec mise en place des deux barrières quand le personnel est occupé, puis qu'elle serait installée au fauteuil dès que le personnel serait plus disponible.

L'infirmière reste en désaccord avec le médecin, le risque de chute restant présent selon elle si la patiente passe par-dessus les barrières.

1.3. Constats

La prescription de contentions par le médecin ou la demande de leur mise en place par les infirmiers dans les cas présentés est souvent source de désaccord entre les différents membres d'une équipe soignante. Dans la première situation, l'infirmière ne se sent pas capable d'assurer la sécurité de la patiente et perçoit le risque de chute comme un danger réel menaçant la patiente. L'interne quant à lui ne perçoit pas comme nécessaire la mise en place de la contention et considère que le risque de blessure est plus élevé avec la mise en place de la contention.

J'ai remarqué ici une différence de perception du danger entre l'infirmière et l'interne, source de désaccord entre eux et source d'insatisfaction pour l'infirmière qui a dû modifier son organisation de soins.

Dans la seconde situation, je me suis à nouveau retrouvé face à un désaccord de prise en charge, le médecin décidant après discussion avec l'équipe soignante de la mise en place de contentions physique afin d'assurer la sécurité du personnel face à l'agitation de la patiente. Un des infirmiers quant à lui estime que le risque d'aggravation de l'agitation de la patiente est bien plus important si une contention est mise en place. La contention est tout de même prescrite et la patiente, comme envisagé par l'infirmier, majore son agitation et parvient à se détacher et me porter un coup. Le retrait de la contention après négociation avec la patiente entraîne comme dans le premier cas une diminution de son agitation et de son agressivité.

Dans la troisième situation, j'ai constaté les mêmes processus que dans les deux situations vécues précédemment. On y retrouve une différence d'évaluation du bénéfice de la contention entre les membres de l'équipe soignante. En effet, la limitation de la mobilité de la patiente a rapidement pour conséquence une majoration de son agitation et de son agressivité.

La demande de mise en place de contentions dans les trois situations fait suite à l'évaluation subjective d'un danger perçu comme imminent par certains soignants, que ce soit pour le patient lui-même ou pour le personnel. Elle me semble être une réponse à la peur des soignants de ne pas pouvoir assurer la sécurité de leurs patients du fait de leur charge de travail et de leur manque de disponibilité. J'ai fait le constat que dans ces trois situations, ainsi que dans d'autres cas non cités, l'utilisation de contentions s'est à chaque fois soldée par une augmentation de l'agitation de la personne contrainte. J'ai aussi remarqué que les explications données aux patients lors de l'application des contentions étaient souvent vagues et imprécises voire même inexistantes.

1.4. Questionnement

De ces situations vécues découlent plusieurs questions sur lesquelles j'ai décidé de réfléchir:

- Comment définit-on la contention physique?
- Quels sont les moyens de mise sous contention et ceux-ci sont-ils facilement disponibles?
- Quelles réglementations régissent la mise en place de contentions physiques ?
- Quelle place a l'infirmier dans la bonne utilisation des contentions physiques?
- Quels critères motivent l'infirmier à demander la prescription de contentions ?

- Existe-t-il des échelles, des outils ou des formations permettant à l'infirmier de raisonner sa demande au médecin de mise en place de contentions physiques?
- Le résultat de leur mise en place est-il toujours celui attendu par l'infirmier qui en fait la demande?
- Existe-t-il des situations qui poussent l'infirmier à faire un mésusage de la contention et si oui quelles sont-elles?
- Comment ne pas franchir la limite qui sépare la volonté de bienveillance du risque de maltraitance?
- Le malade est-il en droit de refuser la contention?

1.5. Question de départ

Dans les situations évoquées, il existe souvent des désaccords au sein de l'équipe soignante sur l'indication de la mise en place de contentions physiques. Elle est perçue par certains infirmiers comme une nécessité, alors que pour d'autres elle est perçue comme délétère pour la bonne prise en charge du patient. Ceci tend à montrer qu'il existe des différences d'avis entre les membres de l'équipe soignante.

Partant de ces constats, est née la question suivante qui est le point de départ de ce travail:

Comment est vécue par l'infirmier(e) l'utilisation des contentions physiques passives dans les services d'hospitalisation de courte durée ?

J'ai volontairement écarté, dans le développement de ce travail, les services de psychiatrie où la mise sous contention peut à elle seule représenter un sujet de mémoire.

Dans l'exploration de mon sujet, basé sur une étude non exhaustive de la littérature, je commencerai par définir et expliquer les termes nécessaires à mon travail, j'aborderai les aspects législatifs qui régissent la mise en place des contentions ainsi que les motifs qui peuvent amener les infirmier(e)s à faire la demande de mise sous contention. Je m'attarderai ensuite sur les bénéfices attendus et les risques, tant pour les patients que pour les soignants. Ensuite, j'aborderai le concept de soin, les droits du patient et la formation de l'infirmier(e). Enfin je chercherai à savoir quel impact l'utilisation de la contention peut avoir sur l'infirmier qui la met en place.

2. Cadre de référence

2.1. La contention physique

2.1.1 Définitions

Dans le dictionnaire Le Petit Larousse Illustré, la contention physique est décrite comme un *«appareil ou un procédé destiné à immobiliser de force une partie ou la totalité du corps humain»* (1) dans un but thérapeutique ou de protéger un malade agité. C'est un soin réalisé sur prescription médicale qui consiste à restreindre les mouvements d'un patient en l'immobilisant.

Au cours de sa neuvième conférence de consensus, la société francophone de médecine d'urgence a défini l'agitation comme *«une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel»* (2).

Lors des journées régionales sur l'évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé de l'ANAES¹, il a été décrit que *«La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps»* (3).

Une définition détaillée de la contention physique est difficile à retrouver dans les dictionnaires des termes de médecine où elle est définie de façon plus globale comme *«Immobilisation forcée (patient agité, foyer de fracture)»* (4).

Le moyen de contention est un procédé ou un appareil visant à une immobilisation ou une limitation des mouvements.

La contrainte physique représente tout procédé de contention visant à limiter la personne dans ses mouvements et ses déplacements.

2.1.2 Les moyens

Il existe divers moyens de contention. J'ai pu au cours de mes recherches relever quatre types de contentions. En premier lieu, la contention chimique qui regroupe les médicaments et drogues dont le but est d'obtenir la sédation (tels que les anxiolytiques, les antipsychotiques) ou dont l'objectif est d'obtenir une «-plégie» (les curares).

Ensuite vient la contention spatiale ou architecturale. Elle se compose de moyens tels que la détention de la personne dans une pièce fermée, l'utilisation de bracelet de localisation ou de bracelets anti-fugue, l'utilisation de digicodes ou de systèmes de sas verrouillés aux entrées des bâtiments dans le but de prévenir la sortie d'une personne d'un lieu, d'un espace ou d'une structure.

Nous pouvons aussi évoquer la notion de contention psychologique, Celle-ci ne relève pas du domaine des soins. C'est une méthode d'enfermement psychologique qui peut être effectuée par des injonctions répétés à une personne.

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, aujourd'hui remplacé par le Haute Autorité de Santé.

Il existe enfin la contention physique dite passive, qui est le centre de notre sujet. Elle peut être divisée en deux catégories avec les moyens dits spécifiques et les moyens dits non spécifiques.

Les moyens spécifiques sont tous les dispositifs développés dans le but primaire de limiter la mobilité de la personne. On y retrouve au niveau du tronc, les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures abdominales et les harnais en U visant à prévenir la chute vers l'avant d'un fauteuil. Au niveau des poignets et des chevilles on retrouve les bracelets de poignets spécifiques et les attaches de chevilles (en mousse, en cuir souple, en tissu, équipés d'une boucle ou à fermeture sécurisée par un dispositif à aimant) et les mouffles «anti- préhension» ou conçues pour prévenir le grattage. Pour l'assise, on peut citer les sièges et fauteuils gériatriques ainsi que les sièges avec adaptable fixé dans le but d'empêcher le lever. Enfin, à distance, on notera l'usage de barrières de lits équipées ou non de protèges barrières en mousse afin d'éviter les blessures en cas de choc ou d'appui prolongé. Ces derniers ont pour objectif d'empêcher la personne de se lever, de descendre du lit dans lequel elle se trouve.

Les moyens dits «non spécifiques» comprennent tous les matériels dont l'usage peut être détourné afin de limiter la mobilité. De façon non exhaustive, nous pourrions citer l'utilisation d'un drap en guise de sangle abdominale, d'un vêtement, d'une table placée de façon à empêcher la personne de se lever ou d'un gant de toilette utilisé afin de limiter ou d'empêcher la préhension. Ils regroupent tous les matériels non initialement prévus pour obtenir une limitation de mobilité.

2.1.3 Les motifs de contentions

Comme cité dans le rapport de l'ANAES d'octobre 2000, la contention est appliquée «*dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté*» (3). Cette définition nous permet de comprendre que le but de la contention est d'éviter le danger et d'assurer la sécurité de la personne elle-même contrainte mais aussi de toute personne présente dans son environnement. Cette contrainte physique n'est donc pas applicable de façon systématique mais relève d'une réflexion faite au cas par cas.

Une étude américaine (5) montre qu'après des soignants, le recours à la contention est le plus souvent motivé par l'agitation, suivi de près par la déambulation et la crainte du risque de chute.

D'autres études montrent que les caractéristiques que l'on retrouve majoritairement chez les personnes mises sous contention sont un âge avancé, le risque de chute et la désorientation.

Le recours à la contention est motivé chez la plupart des infirmier(e)s par le désir de protéger le patient ou de se protéger soi-même et ce, quel que soit le moyen utilisé. Les soignants y ont recours afin d'assurer la sécurité du patient en cas de crise, d'agitation ou de violence et en l'absence de violence, afin de le protéger d'un danger perçu comme réel (risque de chute chez la personne déambulant ou prévention d'un risque de fugue). On retrouve dans la littérature que «*la majorité des soignants (25/27) disent que la nécessité de garantir la sécurité des patients les conduit à utiliser la contention*» (6).

Elle servira aussi en cas d'incapacité à maintenir une position, par exemple l'utilisation d'une ceinture pelvienne chez un patient glissant constamment de son fauteuil. Elle est également utilisée afin de prévenir la rupture thérapeutique par arrachement ou arrêt de dispositifs médicaux ou médicamenteux.

La protection de l'entourage du patient est aussi un recours fréquent à l'utilisation de la contention physique, afin de prévenir l'agression physique du personnel soignant, d'autres patients ou de visiteurs. D'un point de vue indirect, nous pouvons constater qu'elle est parfois motivée par la protection du soignant face à sa responsabilité en cas de chute, de blessure ou de fugue: *«Les soignants craignent enfin d'être poursuivis par des familles si jamais le patient tombe, alors que la chute aurait pu être évitée si le patient avait été attaché»* (6).

Mais nous pouvons remarquer, toujours dans ce même article (6), que *«quand on leur pose une question sur la réalité du risque de chute encouru par les patients, ils ne fournissent aucun élément objectif. Il s'agit d'une appréhension fondée sur des éléments souvent subjectifs liés à l'état physique du patient (malade, fatigué, faible...) ou à sa pathologie...»*.

La mise sous contention ne doit faire suite qu'à l'échec des autres mesures mises en œuvre comme il est souligné dans le rapport de l'ANAES (3) et ne doit pas être la réponse à un manque d'effectif. Toujours dans ce même rapport, il est indiqué que la décision est prise lors d'une concertation en équipe, après évaluation des risques et après élimination des causes sur lesquelles il était possible d'agir par d'autres méthodes.

2.1.4 Chiffres

Afin d'évaluer l'importance de l'utilisation des contentions, j'ai recherché la prévalence de leur utilisation dans les services d'hospitalisation. Aux Etats Unis, une étude de 1992 montre que dans les services de courts séjours, la prévalence d'utilisation de contention physique était estimée entre 7.4 et 17% de la population hospitalisée (7).

Une étude réalisée dans un service de médecine interne en 2001 au CHU de Brest montre que 32% des patients de plus de 70 ans avaient une prescription de contention (8). Une autre étude plus récente menée en 2009 à Paris retrouve des chiffres proches de l'étude américaine avec une prévalence de 15% (77 patients sur 589) dans des services de courte durée (9).

La prévalence de l'utilisation de la contention est similaire dans divers pays. Un taux de 16% est décrit par Werner P. en 2001 en Israël (10).

Il existe peu d'études récentes quant à l'utilisation de contentions physiques en service de courte durée, contrairement à leur utilisation en milieu psychiatrique. On peut tout de même souligner que, bien que censée être une mesure d'exception, l'utilisation des contentions en service de courte durée en dehors du cadre de la psychiatrie n'est pas anecdotique.

2.1.5 Réglementation

En France, la contention physique relève de la prescription médicale. Il s'agit d'un acte dont la prescription est obligatoire, contrairement à ce qui est observé au Québec depuis la mise en application de la « *loi modifiant la loi sur les services de santé concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* » du 1^{er} juin 2003. Celle-ci décrit désormais le recours à l'utilisation de la contention comme étant « *une activité partagée entre le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute et le physiothérapeute* » (11).

Le rapport de l'ANAES de 2000 stipule que la mise sous contention nécessite « *une prescription médicale motivée [...] Elle doit être écrite, horodatée et permettre l'identification du prescripteur. [...] Les motifs de la contention, sa durée prévisible, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention sont détaillés [...] Elle a une validité de 24 heures au-delà desquelles une évaluation de l'état clinique du sujet et de l'efficacité de la contention est à entreprendre* » (3). Ce même rapport montre toutefois que « *ce sont les infirmières qui initient le plus souvent la contention d'un sujet* ».

Depuis ces recommandations, la décision de placer un patient sous contention physique doit donc au préalable faire l'objet d'une discussion en équipe et doit être suivie d'une prescription. Cette prescription s'avère manquante dans de nombreux cas comme le constate Jarrassier A. lors de son étude dans un service de réanimation où « *la prescription médicale n'était faite que dans 20% des cas* » (12).

Dans l'hypothèse d'une urgence absolue et en absence de médecin, il est possible pour l'infirmier(e) d'utiliser la contention physique. Dans ce cas, sa prescription est faite « *a posteriori et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin* ».

Sur rôle prescrit, « *l'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin: [...] Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; [...]* » (13).

La mise en place de la contention et leur retrait n'est donc pas réalisable par l'infirmier(e) dans le cadre de son rôle propre, ceci relève bien de son rôle sur prescription. En revanche, ce dernier peut participer à la décision de leur mise en place lors des discussions en équipe.

Dans le Code de la Santé Publique, l'article 4311-5 définit qu'il relève du rôle propre de l'infirmier d'« *accomplir les actes ou dispenser les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ». Le point 27 de cet article suggère qu'il est du devoir de l'infirmier de « *rechercher des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* » (14). Ainsi, la surveillance des complications relève donc bien de son rôle propre.

L'alinéa 42 de ce même article stipule qu'il est de son rôle propre de réaliser l'« *observation et surveillance des troubles du comportement* ». En concordance avec la recommandation de 2000 de l'ANAES, l'infirmier(e) est donc apte à évaluer une situation dans laquelle un patient présente des troubles du comportement et de participer à la prise de décision en équipe de la mise sous contention.

Il n'existe pas d'article décrivant précisément la possibilité de mise en place de contention physique par l'infirmier(e) sur rôle propre, celle-ci relevant du rôle sur prescription. En revanche, *«en l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable [...] En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin»* (15).

En opposition à cet article, l'ANAES stipule que *«le choix du matériel est à faire au cas par cas»*. Cet aspect de la recommandation rend donc complexe la mise en place d'un protocole qui ne permet pas le choix au cas par cas. Ce point peut donc être une première difficulté dans la prise de décision de l'infirmier(e) lors de la mise sous contention d'un patient en urgence en absence d'un prescripteur.

Il est aussi de son rôle de *«protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leur fonctions vitales physique et psychique en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion [...]»* de *«contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs»* ainsi que de *«participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes»* (16).

Ce dernier paragraphe souligne la complexité des lois qui régissent la mise en place des contentions. D'une part, le maintien de l'autonomie du patient appartient au rôle propre de l'infirmier et d'autre part son rôle sur prescription lui impose de suivre la demande écrite du médecin lors de la mise en place de contention. Ce contraste peut toutefois être modéré de par sa participation à la discussion en équipe préalable à la mise en place d'une contention physique. La mise sous contention étant fondamentalement une limitation dans la possibilité d'autonomie du patient, on peut ainsi remarquer que d'un point de vue législatif, l'infirmier se retrouve pris entre plusieurs articles qui sont fondamentalement en opposition.

2.1.6 Bénéfice / risque pour le patient

Le but recherché par l'infirmier(e) étant en premier lieu d'assurer la sécurité et de limiter les risques, je me suis donc intéressé aux bénéfices attendus de la mise sous contention ainsi qu'aux effets secondaires et aux risques que cette dernière pouvait engendrer. Comme nous avons pu le constater précédemment, la contention physique doit être motivée par le but précis d'assurer la sécurité des personnes (patients, soignants, entourage). La crainte d'une chute et l'agitation d'un patient sont les principaux motifs de mise sous contention. C'est une mesure qui doit rester exceptionnelle et temporaire suite à l'échec de la prise en charge relationnelle. Mais celle-ci n'est pas dénuée de conséquences. Il y a actuellement peu d'études sur les conséquences bénéfiques de la mise sous contention et le bénéfice de celle-ci *«sur une indication purement médicale manque de preuves scientifiques»* (17). Ce constat effectué en 2008 reste d'actualité en 2018 où très peu d'études, prouvant l'apport bénéfique de la contention, existent.

Une étude de 1989 sur l'utilisation de contentions montre qu'elle est associée à un risque de morbidité accru. En effet, il a été constaté un risque d'infections nosocomiales augmenté de 12 % chez les personnes immobilisées au-delà de 4 jours, 29% des patients ont développé une incontinence urinaire et le même chiffre est retrouvé pour l'apparition d'une incontinence fécale. Dans cette même étude, 13% des patients ont développés une thrombophlébite (18).

Une étude sur le risque de chute associé aux contentions physiques (7) montre qu'une chute grave a été rapportée chez 5% des patients hospitalisés et que ce taux s'élève à 17% quand on ne prend en compte que les personnes mises sous contention au moment de la chute. Ces chutes graves sont définies par des chutes entraînant une fracture, un alitement de plus de 48h ou toute blessure nécessitant le recours à un médecin.

D'autres complications peuvent découler de la mise sous contention. En premier lieu, des troubles d'ordre psychique tels que l'apparition ou la majoration d'un syndrome confusionnel, l'apparition ou la majoration d'une dépression ou une accélération du déclin des fonctions supérieures. La mise sous contention d'un patient peut entraîner chez lui un sentiment d'isolement, de solitude, de perte d'espoir, d'une dépression voir un désir de mourir.

D'un point de vue social, la contention peut être responsable d'un sentiment d'humiliation, de maltraitance ou de non-respect de la dignité.

Sur le plan somatique on peut retrouver un nombre non négligeable de conséquences. De façon non exhaustive, nous pouvons citer la majoration de fausses routes liées à la mauvaise position lors de la prise alimentaire ou de boisson découlant de l'immobilisation. L'apparition d'escarres et autres troubles trophiques (macération, érythèmes, cisaillement, plaies) dus au maintien prolongé d'une position et d'absence de variation des points d'appuis sont mentionnés. Une perte d'autonomie rapide, une grabatisation et une augmentation des durées d'hospitalisation sont également cités. Ces quatre dernières complications se retrouvent dans diverses études et sont aussi évoquées par le personnel dans les services où j'ai pu effectuer mes stages.

L'utilisation de moyens de contention physiques passifs est responsable de l'augmentation du taux de mortalité avec en premier lieu le risque de décès par strangulation. Plusieurs incidents rapportés lors de l'utilisation du dispositif SECURIDRAP ont poussé l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des dispositifs de santé (ANSM) à la révision de la notice d'utilisation et le renforcement des précautions quant à l'utilisation de ce dispositif en février 2017. Suite à deux nouveaux incidents entraînant le décès de patients par strangulation les 13 et 18 juillet 2017, L'ANSM a édité un message d'alerte sanitaire le 21 juillet 2017 demandant l'arrêt immédiat de l'utilisation du dispositif (19).

Ces différentes études montrent que les effets indésirables de la contention physique sur les patients ne sont pas anecdotiques et que les conséquences pour le soigné peuvent être importantes. Mais l'effet néfaste de la mise sous contention n'affecte pas uniquement les patients.

Ces différents constats sont autant d'éléments qui alimentent le questionnement initial de ce travail. Bien que les répercussions négatives de la mise sous contention des patients soit aisément mise en avant, il m'a paru évident qu'il ne fallait pas non plus négliger l'impact que ces mesures peuvent avoir sur l'équipe soignante.

2.2. Le concept de soin

2.2.1 Définitions

Le dictionnaire Larousse définit le soin comme un «*acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un, acte de thérapeutique qui vise à la santé de quelqu'un, de son corps*» (1).

Le soignant est la «*personne qui donne des soins à quelqu'un*».

Pour Virginia Henderson², les soins infirmiers ont pour objectif «*d'assister de manière individualisée les personnes malades et en santé et de promouvoir des actions contribuant au maintien en santé ou au retour de la santé, d'assister les mourants et leur permettre de mourir dans la paix et la dignité, d'assister tous ceux qui n'ont plus la force ou n'ont pas les connaissances pour rester ou recouvrer la santé seul*».

Le soin est effectué au cours de ce qui est nommé relation de soin.

L'Organisation Mondiale de la Santé donne en 1946 dans le préambule à sa constitution une nouvelle définition, un nouveau sens au terme santé. Celle-ci est dorénavant définie comme «*un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*» (20).

Suite à cette charte La santé est désormais définie comme un état général plutôt qu'au travers d'une vision purement mécanique où l'accent était mis sur le traitement de maladies précises.

La vision de la santé évolue encore en 1986 où la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé définit alors celle-ci comme «*la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci*» (21).

Cette vision n'est pas nouvelle et on y retrouve des notions similaires au concept de satisfaction des besoins fondamentaux de Virginia Henderson.

2.2.2 Le soin dans la législation

En France, le soin est également régi et encadré par le Code de la Santé Publique. Ce code, en constante évolution, permet lui aussi d'apporter une nouvelle vision du soin.

Nous pouvons débiter ce chapitre en citant la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui indique dans son second article que «*Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation*» (22). L'article 16 de cette même déclaration stipule que «*toute personne a le droit de circuler librement*».

D'un point de vue législatif, la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner établit qu' «*aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment*» (23).

² (30 novembre 1897-19 mars 1996) Infirmière, enseignante et chercheuse à l'origine du modèle des 14 besoins fondamentaux.

Ce concept a été un nouveau pas dans la définition de la santé. Elle est un droit pour tous et ne doit désormais plus être subie, mais choisie par le patient et celui-ci est en droit de refuser un acte, un traitement, un soin ou toute autre mesure auparavant considérée comme indispensable à sa santé. Le patient n'est plus passif dans la réalisation de ses soins et doit être en mesure de comprendre et de participer aux démarches visant à l'amélioration de sa santé.

Cette vision du patient en tant qu'acteur principal de sa santé est à nouveau renforcée par la loi du 2 février 2016 qui étend le droit des patients et donne le droit à toute personne de *«refuser ou de ne pas recevoir un traitement [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable»* (24).

On constate ainsi l'établissement d'un paradoxe. Le patient est en mesure de décider quels soins il accepte de recevoir et a le choix de refuser un acte ou un traitement. La contention physique est une contrainte, et si elle semble nécessaire au vu de l'état du patient, elle n'en est pas moins spoliatrice de liberté car cette dernière lui est imposée. La personne contrainte n'est plus, dans le cadre de la contention physique passive, actrice des décisions qui la concerne.

De façon similaire, Agnès Maillard³ fait remarquer dans ses travaux que *«la contention ne peut respecter les principes fondamentaux du respect de l'être humain si elle vient à être utilisée comme technique disciplinaire (par exemple l'utilisation de gants de toilette comme moufles), méthode pour diminuer le stress des soignants ou moyen de préserver le calme dans le service»* (17).

2.2.3 Les devoirs infirmiers et les droits du patient

D'un point de vue réglementaire, l'infirmier a le devoir d'informer le patient sur les soins qui lui sont prodigués. L'accès à l'information est un droit pour le patient et un devoir pour les soignants. Ainsi le Code de Déontologie Infirmier dans son article R.4311-13 stipule que *«l'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles. Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles»* (25). Aucune note n'établit d'exception relative à la contention.

Il est également notifié que l'information donnée par l'infirmier se doit d'être *«loyale, adaptée et intelligible»* et il est du devoir de celui-ci de s'assurer que le patient a bien compris les informations communiquées. Cette notion de droit à l'information est également retrouvée dans le Code de Déontologie Médicale à l'article 35 (26) ainsi que dans la charte de la personne hospitalisée où il est écrit que *«toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient»* (27).

³ Cadre supérieur de santé CH de Château-du-Loir.

L'ensemble de ces articles précisent clairement que l'accès à l'information est un droit fondamental pour le patient. Les infirmier(e)s, tout comme les médecins, ne peuvent se dérober au devoir qu'ils ont de fournir les explications concernant les soins qu'ils prodiguent tel que l'indique l'article R.4312-13 du Code de la Santé Publique, repris dans le Code de Déontologie Infirmier, ainsi que de s'assurer de leur bonne compréhension par les patients.

2.2.4 La formation de l'infirmier(e)

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier aborde le sujet de la contention dans son annexe première relative au référentiel d'activité. L'infirmier est tenu à la «*surveillance de personnes nécessitant une contention physique*» de même que celui-ci est habilité à la «*réalisation [...] d'immobilisation ou de contention*». Il est aussi responsable de la «*surveillance de personnes immobiles ou porteuses de dispositif de contention [...] nécessitant une contention momentanée*».

Ces notions sont abordées au cours de l'unité d'enseignement (U.E.) 4.4 au cours des quarante heures dédiées à cette unité au semestre 4 et au cours de l'U.E. 1.3 Législation, Ethique et Déontologie.

Il apparaît que la formation des étudiants dans le domaine de la santé, que ce soit dans les spécialités médicales ou paramédicales, n'aborde que très peu la thématique de la contention physique. Ceci se retrouve dans l'avant-propos de l'étude de l'ANAES en 2000 où l'on peut lire que «*cette pratique courante ne figure pas très souvent dans les divers programmes de formation des professionnels de santé*».

Les réponses des infirmières interrogées dans les services en 2009 permettent d'effectuer le même constat: «*seulement deux personnes sur 27 nous ont dit que le problème de la contention avait été abordé au cours de leur formation, mais de façon très sommaire et en rapport avec les problèmes des soins en psychiatrie*». Ce constat est réalisé près de dix ans après la publication du rapport de l'ANAES par Bagaragaza E. (6).

2.2.5 Les bonnes pratiques / les alternatives à la contention

Afin d'aider les soignants lors de l'utilisation de la contention, l'ANAES en 2000 a émis un guide de bonnes pratiques à leur disposition⁴. Ce guide, comportant dix critères, permet à l'infirmier de retrouver les points clés nécessaires à la réalisation d'une contention dans de bonnes conditions, d'en limiter l'usage autant que possible et d'en améliorer la sécurité et le confort quand elle s'avère nécessaire.

Aux Etats-Unis, le Nursing Home Reform Act (NHRA) établit lui aussi des règles de bonne conduite et limite la pratique de la contention physique qui s'est révélée trop systématiquement mise en place dans des études préalables. Il sera mis en œuvre en 1991 suite à l'application de l'Omnibus Budget Reconciliation Act. Il stipule que le résident doit rester libre de toutes les contraintes physiques imposées dans le but de la discipline, ou de la convenance.

⁴ Référentiel de bonne pratique pour la contention. Mis en annexe.

Malgré tout, les études réalisées suite à la mise en place de cette réforme montrent que l'utilisation des contentions est toujours élevée. Castle N.G. (28) montre que les facteurs subjectifs influençant la mise sous contention des patients sont eux aussi liés au manque de personnel, au manque de temps et à la peur des soignants vis-à-vis des blessures potentielles pour le patient. Après l'entrée en vigueur de cette loi, les mêmes freins à la réduction de l'utilisation des contentions physique ont été retrouvés. Il s'est également avéré que les tentatives de réduction d'utilisation des contentions ne pouvaient se faire sans une augmentation du budget dédié à la prise en soins des patients.

En France, Bagaragaza E. (6) montre de la même façon qu'en 2009, l'utilisation des contentions reste une pratique considérée comme «*souhaitable malgré les mesures prises pour encadrer sa prescription voire pour la réduire*». Elle sert à protéger les patients et permettrait de rassurer les soignants.

Bien que la mise sous contention engendre une charge accrue de travail, liée à la surveillance de ses effets secondaires et à leur mise en place d'un point de vue pratique et règlementaire, elle reste paradoxalement une solution à laquelle les infirmiers ont recours. Les raisons évoquées sont principalement le manque de temps et les difficultés à assurer une surveillance des patients agités ou risquant de chuter.

3. L'impact sur le soignant

Ces recherches m'ont permis de mieux comprendre la problématique posée par la contention physique et de réaliser que les constats effectués lors de mes stages concordaient avec les éléments trouvés dans la littérature. La mise en place des contentions est souvent une réponse au sentiment d'insécurité des soignants. En effet, ils craignent le danger que peuvent représenter les patients pour eux-mêmes, pour les soignants ou pour leur entourage. Même si le recours à la contention physique passive n'a pas pour vocation à pallier à un manque de temps ou de personnel, elle est encore parfois demandée et appliquée dans ce but.

D'un autre côté, j'ai pu constater que certains infirmiers vivaient de façon négative les soins auprès des personnes placées sous contention car cette pratique était en décalage avec le respect de l'autonomie, de la dignité, de la liberté et du droit au refus de soins. C'est ce même sentiment personnel qui m'a conduit à développer ce sujet.

C'est ce qui m'amène à la phase exploratoire de mon travail. J'ai cherché à réaliser un état des lieux concernant le vécu des infirmiers face à l'utilisation de contentions, à rechercher quel impact sur le soignant pouvait avoir la prise en soins d'un patient dont on a restreint les libertés et l'autonomie alors que notre formation nous apprend au contraire à rendre le patient acteur de sa prise en charge.

Dans ma démarche de recherche, je me suis heurté à une difficulté que l'on retrouve dans les limites de la plupart des écrits traitant de la contention physique. Si les infirmier(e)s sont prompts à donner leur opinion de manière informelle sur ce sujet, la majorité d'entre eux sont réticents à parler du sujet de la contention du point de vue de leur ressenti ou de leur vécu personnel lors d'entretiens individuels. Les personnes les moins réticentes à répondre à ce sujet étaient les infirmiers exerçant en service de psychiatrie. L'autre profil des personnes sollicitées et disposés à participer à un entretien sur ce sujet était celui des professionnels n'étant pas confrontés à cette problématique dans leur activité.

3.1. Méthode exploratoire

Face à la difficulté de trouver des participants à mon étude, j'ai choisi de réaliser une revue de la littérature scientifique. Même s'il s'avère que le ressenti des infirmier(e)s vis-à-vis de la contention physique est un sujet peu abordé dans la littérature, nous pouvons trouver des articles qui traitent de la contention physique, que ce soit des études de prévalence, des études concernant les raisons de leur mise en place ou de leurs effets secondaires sur les patients.

Pour répondre à ma question de départ, à savoir: «*Comment est vécue par l'infirmier(e) l'utilisation des contentions physiques passives dans les services d'hospitalisation de courte durée?*», je me suis référé aux articles traitant de ce sujet au niveau international et faisant suite à la mise en place dans ces pays de réformes ayant pour but la rationalisation et la réduction de l'utilisation de la contention.

Les articles retenus pour mon travail sont pour la majorité des études étrangères. En effet, la littérature française, au moment de la rédaction de ce mémoire, s'est révélée très succincte. Afin de limiter les biais, seuls les articles concernant des études réalisées dans les pays où la prescription de la contention par un médecin est indispensable (et où des lois ou recommandations visant à limiter et rationaliser l'utilisation de la contention physique sont en place) ont été considérés.

3.2. Résultats

Les résultats de cette revue de la littérature sont présentés sous la forme d'éléments notables retrouvés dans les études retenues. Chacun des points mis en évidence ci-dessous représente une notion importante émergeant des articles étudiés.

- L'utilisation de la contention physique est avant tout génératrice d'émotions négatives chez les infirmiers (55, 56)

Même si certains auteurs affirment que la contention doit rester un moyen à utiliser par défaut (38), la gêne et la sensation de mal-être sont des constantes dans le ressenti des infirmiers (37, 39, 44, 48, 52, 55) non seulement face au patient (37) mais aussi face aux autres membres de l'équipe, aux soignants d'autres services et aux visiteurs. C'est le cas des travaux de Bigwood S. (48) où un infirmier décrit la difficulté d'expliquer la mise en place de contention aux personnes n'ayant pas participé à la prise en charge malgré le sentiment d'avoir à se justifier face à eux.

Parmi les émotions négatives, nous pouvons retrouver le sentiment de culpabilité chez les soignants face au fait de restreindre les patients dans leur mobilité et de les priver de leur liberté (46, 50, 53, 55). Ce sentiment de culpabilité s'accompagne parfois de honte, de l'impression de faire quelque chose de mal et peut amener à une baisse de l'estime de soi voire le «*sentiment d'être un bourreau*» (56). Les situations de soins où la contention est utilisée sont très fréquemment douloureuses à vivre pour le soignant (40). Parmi les autres sentiments négatifs, nous pouvons évoquer la tristesse exprimée par beaucoup d'infirmiers, la pitié pour le patient ou la colère envers eux-mêmes (46,53, 55, 56).

- L'utilisation de la contention est génératrice de conflit intérieur et fait surgir des sentiments contradictoires chez les infirmiers

L'évolution des professions médicales et paramédicales suite aux nombreuses réformes, comme la mise en œuvre de la tarification à l'acte, le désir croissant de rentabilité, la réduction des effectifs et les cadences de plus en plus dures à maintenir, génèrent une anxiété accrue et des conflits de valeurs dans les nécessités et les désirs de prise en charge (39). Les injonctions contradictoires entre les objectifs de qualité et de productivité creusent de plus en plus l'écart entre la logique des directions et celle des soignants. Ceci accroît le mal-être au travail et face à ces contraintes, l'utilisation de la contention paraît être la seule solution pour de nombreux infirmiers (45).

Partagé entre le devoir de protéger le patient, de l'empêcher de faire (ou de se faire) du mal et la connaissance des risques potentiels en cas d'absence de recours à la contention (46, 48, 56), ce conflit intérieur est renforcé. Les infirmiers citent prioritairement comme critère de décision de mise en place de contention la sécurité de leurs patients (46, 48, 52) afin de prévenir le risque de chute (46) et le risque de rupture thérapeutique par arrachement de dispositifs médicaux ou médicamenteux (42, 44, 51). En service de réanimation, 71% des infirmiers disent avoir été confrontés à l'ablation d'un dispositif à au moins une reprise. Dans 21% des cas, ils citent comme principale raison l'absence ou le défaut de contention et ensuite la protection des soignants (46, 48, 55, 56) qui est reconnue par tous comme une nécessité bien que génératrice d'un sentiment de conflit intérieur.

- La contention physique bien que non désirée, reste un acte inévitable

Les infirmiers sont nombreux à rapporter qu'ils ont recours à la contention physique. Paradoxalement, la plupart d'entre eux expliquent qu'ils ont rarement l'intention ou l'envie de l'utiliser (46, 50, 51, 55). Chez deux tiers à trois quart des interrogés, la raison invoquée en premier lieu est qu'elle reste un «*acte inévitable*» principalement dû au manque d'alternatives (52, 55). Nombreux sont les soignants interrogés à affirmer qu'ils ne veulent pas utiliser la contention dans un premier temps mais qu'ils échouent dans la recherche d'une meilleure option (46, 50, 56). On note toutefois que certaines études présentent des réponses en désaccord avec ce constat, certains soignants considérant cette pratique comme «*hautement thérapeutique*» (48).

- La contention physique vécue comme un traumatisme

Comme évoqué précédemment, l'utilisation de la contention physique génère un certain nombre de sentiments négatifs. Nous avons vu que pour certains soignants, leur utilisation peut entraîner un sentiment allant de la culpabilité à une baisse de l'estime de soi. Pour ceux-ci (et le même constat est fait chez les patients), l'expérience de la mise sous contention d'une personne soignée peut être vécue comme un véritable traumatisme. Les infirmiers soumis à une forte charge émotionnelle et à un conflit intérieur concernant l'image qu'ils se font de leur pratique sont plus à risque de développer un burn out comme le fait remarquer Hervé E. dans son article (39). Il met en avant que «*la détresse des patients est étroitement corrélée aux burnout des soignants*». En effet, ce dernier serait lié à l'épuisement professionnel induit par la deshumanisation de la relation soignant-soigné.

Pour Kayoko O., une détresse morale accrue augmente le niveau de fatigue et de cynisme des soignants, ce qui peut rapidement mener à une diminution de la qualité des soins. Des réactions et des comportements inadéquats de leur part sont rapportés par les soignants eux-mêmes (47).

Certains infirmiers font état de «*ruminations*» suite à l'utilisation de contention, même après avoir quitté le travail: «*Quand on pense à ce que l'on aurait pu mettre en place, on rumine en boucle sans jamais arriver à une solution*»⁵ (48).

⁵ Traduction du discours d'un infirmier dans l'étude citée.

Le vécu traumatique est retrouvé dans plusieurs études (48, 49). Certains soignants, mais également des patients, ayant vécu des évènements d'abus ou de violence extrême dans leur vie personnelle, admettent avoir fait l'expérience de reviviscence de ces évènements traumatiques lors de l'utilisation de contention. Dans l'étude de Bonner G, une infirmière raconte: «*c'est comme un viol, sans l'étape de la pénétration*» ⁶(49).

D'autres n'ayant pas ce vécu décrivent un réel sentiment de peur et une véritable envie de fuir. Un infirmier explique: «*Pendant mes études, je m'étais psychologiquement préparé aux pires situations. J'avais l'impression que ma formation m'y avait préparé. Mais quand je me suis retrouvé face à cet évènement [Mise sous contention d'un patient agressif], je me suis senti dépourvu, comme si je n'avais jamais été préparé à cela*» ⁷.

- La contention physique est source de désaccords au sein des équipes

L'utilisation de contentions physiques est d'autant plus mal vécue par les soignants qu'ils n'ont pas participé à la prise de décision de leur mise en place, comme le rapporte Bigwood S. (48). Quand la contention est demandée par un autre soignant et qu'il faut l'aider à la mettre en place, si les infirmiers ont l'impression que d'autres alternatives sont possibles, ils rapportent le sentiment d'être « sales ». Le conflit intérieur est pour eux renforcé, pris au piège entre le devoir de soutenir leurs collègues, d'appliquer les prescriptions des médecins et l'impression de maltraiter le patient.

Le soutien des collègues est un aspect crucial comme méthode de coping dans les situations traumatisantes comme le fait remarquer l'auteur de cette étude. Certains infirmiers affirment trouver cela injuste ou inutile, mais constatent que cela permet de renforcer la cohésion de l'équipe, constituant donc un mal nécessaire.

Ceci étant, elle reste malgré tout vécue négativement par les soignants (37): «*Nous avons l'impression que tout le monde prend la décision sans même se soucier de la personne qui est dans le lit*» ⁸.

- L'utilisation de la contention n'aboutit pas aux résultats attendus

En France, le rapport d'octobre 2000 décrit le fait que, contrairement aux attentes des soignants, «*l'utilisation de la contention ne semble pas générer un sentiment de sécurité pour les infirmières alors que c'est le motif premier*» (3). C'est cette même attente qui ressort de la plupart des études à l'étranger (42, 44, 46, 48, 51, 52, 56). Gelkopf M. montre lui aussi que seul 5% des infirmiers ayant fait la demande de mise sous contention de leurs patients expriment avoir obtenu le résultat recherché (53).

⁶ Traduction de l'entretien d'une infirmière dans l'étude cité.

⁷ Traduction du discours d'un infirmier dans l'étude cité.

⁸ Approche d'une équipe soignante. Cit. p35.

D'autres résultats montrent que l'un des motifs de demande de contention souvent invoqué est le maintien du calme dans le service (53). Parfois, la contention peut être demandée par simple convenance, particulièrement quand la charge de travail est élevée ou que l'équipe est en sous-effectif. Pourtant la contention de convenance, punitive ou visant à pallier un défaut de fonctionnement dans un service, est explicitement proscrite par les lois ou les recommandations dans les pays où ces études ont eu lieu (38, 46, 51). Il est à prendre en compte que la charge de travail et de soins nécessaires auprès des patients contentionnés est augmentée du fait de la nécessité d'une surveillance accrue afin, comme vu précédemment, de prévenir l'apparition des complications liées à cette contention. L'objectif de la réduction de la charge de travail n'est ainsi pas atteignable par la mise en place de contentions.

- Des axes d'améliorations spontanément évoqués par les interrogés

Même si certains soignants expriment le fait de ne rien ressentir face à l'utilisation des contentions (46, 56), le vécu de leur mise en place est souvent négatif.

Lorsque les infirmiers sont interrogés sur les moyens qui permettraient d'améliorer l'utilisation et le vécu de la contention, ils sont nombreux à avoir le sentiment qu'une meilleure formation (48, 49, 50, 52, 53, 54) les aiderait à adopter une meilleure réponse ou à mieux vivre ces situations. Elle permettrait de réduire l'utilisation des contentions et de diminuer les complications et les dommages en résultant. Une infirmière sur deux seulement affirme avoir reçu une formation interne concernant l'utilisation des contentions et pour 70% d'entre elles la durée de cette formation est inférieure à 2h (46).

La moitié des infirmières interrogées dans la précédente étude ne sont pas sensibilisées aux complications liées aux contentions. Certains soignants, de par ce manque de formation et par les routines qui s'installent dans les services, ne perçoivent plus certains dispositifs comme des contentions, à l'image des barrières de lits, systématiquement utilisées dans les services de soins intensifs et de réanimation (12, 51). Cela a pour conséquence une absence de leur prescription dans près de 80% des cas.

Une infirmière interrogée par Chang Yeu-Hui explique bien ce phénomène: *«Parfois nous sommes trop occupées pour penser aux émotions du patient. Cette pratique est devenue une routine... Une réaction automatique... particulièrement dans les moments où nous sommes surchargés de travail.»* *«Quand vous restez longtemps dans ce genre d'environnement, vous le faites sans réfléchir, comme une pratique acceptée de tous. Je n'ai plus ce genre de sentiment et la passion que j'avais quand j'ai débuté...»*⁹. Ce manque de formation peut être corrélé aux difficultés que rencontrent les soignants dans leur recherche de solutions alternatives à la contention physique.

Ces résultats sont appuyés par des études menées dans les services spécialisés où la réduction de l'utilisation des contentions semble corrélée de façon significative à une meilleure formation du personnel (48, 54). Une autre raison invoquée face à leur mauvais usage ou à leur abus d'utilisation est la surcharge de travail et le manque d'effectif (39, 46, 47, 56), ce dernier étant aggravé la nuit (55).

⁹ Traduction d'un extrait d'interview. Issu de : Chang Yeu-Hui. *Nurses' Feeling and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients.*

Enfin, on observe également que la difficulté d'accès à du matériel adapté entraîne une utilisation de matériel inadapté. Les procédures de plus en plus contraignantes, alors que les effectifs ne permettent pas le plus souvent de les respecter en totalité (39), sont elles aussi ressenties comme un frein à la bonne pratique et à un vécu positif. Les agents sont de plus en plus nombreux à avoir le sentiment qu'un travail « bien fait » leur impose de toujours devoir aller plus vite.

La modification des rôles, la diminution de la proximité des cadres et la difficulté croissante d'avoir accès à un prescripteur laissent à l'infirmier le sentiment d'être « *seul dans son secteur face aux décisions difficiles* ». Cela leur communique l'impression d'être la seule cible des critiques concernant la décision d'avoir recours à la contention physique (39, 48).

Enfin, certains soignants évoquent la possibilité d'équipes spécialisées dans ce domaine, à l'image des équipes mobiles de liaison gériatriques (54). De telles équipes auraient un rôle de référent, permettraient d'apporter un regard extérieur afin de « *dédramatiser* » certaines situations et d'ouvrir la perspective à des prises en charge différentes comme le souligne Doridant F. dans son article « *Quand bientraitance rime avec compétences* ».

3.3. Limites

Ce travail bien qu'il présente des résultats concordant entre les différentes analyses étudiées présente un certain nombre de limites.

La littérature récente traitant de la contention physique est peu fournie et ceci est d'autant plus vrai si l'on exclut les études en lien avec la psychiatrie. Bien que les articles les plus récents présentent des résultats similaires aux études antérieures, leur faible nombre pourrait être insuffisant pour démontrer une évolution dans la perception et le vécu des infirmier(e)s vis à vis de la contention en 2018.

Les articles utilisés sont issus d'études menées dans plusieurs pays, et bien qu'une attention particulière ait été portée sur le choix de pays ayant des législations similaires quant à la contention et aux droits des patients, il est possible que des différences sociétales puissent influencer la perception qu'ont les soignants vis-à-vis de ce soin.

Comme cité dans plusieurs études, le fait d'aborder le vécu personnel et les sentiments liés à la mise sous contention d'un patient est source de retenue pour les infirmier(e)s interrogés et, de fait, les réponses obtenues peuvent être biaisées.

4. Conclusion

Au cours de mon cursus, j'ai vécu de nombreuses prises en charge faisant intervenir la mise en place de contentions. Ces situations ont engendrée chez moi un sentiment d'inconfort lié à une incompréhension des raisons poussant à leur utilisation ou à un désaccord quant à la nécessité de leur mise en place. J'ai remarqué que cet inconfort pouvait aussi se ressentir chez les soignants participant à leur utilisation et que la mise en place de ces dernières pouvait être source de débats voir de désaccords entre les infirmiers.

L'exploration du cadre théorique concernant ce sujet m'a permis d'élargir mes connaissances et d'avoir une réelle réflexion sur ce sujet au travers des concepts développés.

La contention physique est un soin régi par un nombre important de lois et de recommandations complexes et qui semblent parfois en opposition dans leur lecture et dans la possibilité de leur application. L'infirmier est souvent situé au centre du problème, partagé d'un point de vue professionnel entre la responsabilité de protection de son patient, son devoir d'appliquer les prescriptions médicales et son rôle d'assurer le bien-être de la personne prise en soins et de maintenir ou d'améliorer l'autonomie du patient. Il est aussi en conflit avec lui-même, avec d'une part le désir d'être bien traitant et d'assurer des soins de qualité et, d'autre part, l'obligation de devoir mettre en place des mesures pouvant aller à l'encontre de ses valeurs personnelles. Il est un acteur incontournable dans l'utilisation des contentions, sa proximité avec le patient étant souvent bien plus marquée que celle du prescripteur. La mise en place de contentions fait souvent suite à la qualité de son jugement clinique et, paradoxalement, il n'est pas la personne qui prendra la décision de mise en place et de retrait des contentions.

L'infirmier est celui qui en fera la pose, et se perçoit comme la personne devant se justifier et rendre des comptes auprès de ses collègues, des familles et des patients. Cette situation est, de fait, souvent mal vécue par le soignant.

Les recommandations sont nombreuses et les lois encadrent strictement l'utilisation des contentions. L'infirmier se sent pourtant souvent démuné dans ces situations et éprouve des difficultés à trouver des alternatives efficaces à la contention du patient agité.

Bien que formés et préparés à des situations de prises en charges difficiles, les études prouvent que beaucoup d'infirmier(e)s ont l'impression d'être démunis face à l'utilisation des contentions. Les études concernant le vécu de la contention physique par les infirmiers sont peu nombreuses et le sentiment d'être insuffisamment préparé à l'utilisation des contentions revient fréquemment dans le discours des soignants interrogés. Le sujet est pour eux difficile à aborder, d'autant plus quand il est question de parler de leur sentiments et de leur vécu personnel.

Ainsi, une piste de réflexion et de recherche pouvant émerger de cette étude sur le vécu de l'utilisation des contentions physique par les infirmiers pourrait être exprimée de la façon suivante:

L'amélioration de la formation des infirmier(e)s sur l'utilisation de la contention physique permettrait-elle d'améliorer leur vécu de ce soin?

Bibliographie

- (1) LEGRAIN Michel, Garnier Yves. Le petit Larousse illustré. Paris, Larousse, 2002, 1786 pages.
- (2) Lejonc J.L. Agitation en urgence (Petit enfant excepté). 9^{ème} conférence de consensus. Société francophone de médecine d'urgence, Toulouse 6/12/2002, p. 3.
[Disponible à : http://www.sfm.u.org/upload/consensus/cc_agitation_long.pdf]
- (3) ANAES. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Oct 2000
[Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>]
- (4) GARNIER Marcel, DELAMARE Valery. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Paris, Maloine, 2004, 1046 pages.
- (5) Evans LK, Strumpf NE. Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. The American Geriatric Society. 1989.
[Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2642501>]
- (6) Bagaragaza E. Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive. Gérontologie et société. Fond national de Gérontologie. (2006). P161-170.
[Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-161.htm>]
- (7) Tinetti M.E. Mechanical restraint use and fall-related injuries among resident of skilled nursing facilities. American College of Physicians. Vol 116. 1992. P369-374
- (8) GENTRIC A., BELLION L. Contention des sujets âgés hospitalisés en médecine interne. Etude de prévalence dans trois services de médecine interne d'un CHU. Revue de médecine interne. n°22 supplément 4 (2001), p. 445s.
- (9) Menier C, Rodriguez B. La contention physique passive: une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire. Medecine Palliative, Soins de support ,Accompagnement, Ethique. Elsevier Masson. 28 Avr. 2010. p232-241.
- (10) Werner P, Mendelsson G. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. Journal of Advanced Nursing. p784–791
- (11) Gagnon J., Labbé L. Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement. Association des hôpitaux du Québec. 2004. ISBN : 2-89447-189-0
- (12) Jarrassier A. Recours aux contentions physiques dans un service de réanimation polyvalente. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. n°32 supplément 1. Septembre 2013. pA222.
- (13) Article R4311-7 relatif à la partie IV du code de la santé publique. 8 aout 2004.
[Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913894&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>]
- (14) Article R4311-5 relatif à la partie IV du code de la santé publique. 8 aout 2004.
[Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892>]
- (15) Article R4311-14 du code de la santé publique relatif à la partie IV du code de la santé publique. 8 aout 2004.
[Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913902>]
- (16) Article R4311-2 relatif à la partie IV du code de la santé publique. 8 aout 2004.
[Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103>]

- (17) Maillard A. La contention physique, un soin de dernier recours. Soins Gériatriques.n°73. Sep-Oct 2008. p28-29.
- (18) Lofgren R.P. Mechanical restraint on the medical wards: are protective devices safe?. American Journal of Public Health.Vol.79. juin 1989. P735-738.
- (19) Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de la santé, Sous direction veille et sécurité sanitaire. Arrêt de l'utilisation du dispositif SECURIDRAP. Message d'Alerte Rapide Sanitaire (MARS). Ref. MARS n°2017_17. 21 juillet 2017.
- (20) World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 1946. P2.
[Disponible à l'adresse: <http://www.bioenergetique.com/constitution-oms.pdf>]
- (21) Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986
[Disponible à l'adresse: http://coreps.npdc.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf]
- (22) Déclaration universelle des droits de l'homme. Résolution 217 A(III), 10 décembre 1948.
[Disponible à l'adresse: <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>]
- (23) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&dateTexte=20180508>]
- (24) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
[Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>]
- (25) Ordre National Infirmier. Code de déontologie des infirmiers. Décret n°2016-1605. 25 Novembre 2016.
[Disponible à l'adresse: https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf]
- (26) Code de la santé publique. Article R4311-35.
[Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210>]
- (27) Ministère de la santé et des solidarités. Charte de la personne hospitalisée.
[Disponible à l'adresse: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf]
- (28) Castle NG. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: pre- and post-implementation of the Nursing Home Reform Act. Gerontologist. Dec 1997.
- (29) Article R4127-34 du code de la santé publique (Article 34 du code de déontologie médicale), relatif à la partie IV du code de la santé publique. 8 août 2004. [Disponible à l'adresse:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103>]
- (30) Article L3222-5-1 du code de la santé publique, relatif à la partie III du code de la santé publique. 26 janvier 2016. [Disponible à l'adresse:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=71425829B2B221488454B70F2CE2BB56.tplgfr21s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031918948&dateTexte=20180107&categorieLien=id#LEGIARTI000031918948]
- (31) BOURGEOIS Françoise. «Envisager une contention physique passive.», La revue de l'infirmière. n°145 (Novembre 2008), p. 43-44.
- (32) Profession Infirmier : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession. BERGER-LEVRAULT. A jour le 15/03/2015.
- (33) Manach Maryvonne, Etienne Joseph. La contention physique des personnes âgées dépendantes : la pratique d'un hôpital local. Rennes, 8 Déc 2004. 25p. [Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/maryvonne_manach_et_joseph_etienne_diapo_bretagne.pdf]

- (34) Soins Aides-Soignantes Vol 3, N° 8 - février 2006. p. 10
[Disponible à l'adresse : <http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/contentionquebec.pdf>]
- (36) Waylands M. Physical restraints in the practice of Medicine. Current concept. Arch Intern Med. Vol 152. Nov 1992. p 2203-2206. doi:10.1001/archinte.1992.00400230029005
- (37) Charron C. Approche d'une équipe soignante. Soins Gérontologie. Nov-Déc 2013. Elsevier Masson. P33-36.
- (38) Mismo A.A., Cugny N. De la dignité en Ehpad. La revue de l'infirmière. Nov 2013. n°195. p25-26.
- (39) Hervé E. Développer le bien-être au travail à l'hôpital, un levier pour l'épanouissement professionnel des infirmiers. Savoir et soins infirmiers. EMC. 2016. p1-13.
- (40) Moulias S. Le consentement du patient au cœur du soin. Soins Gérontologie. Nov-Déc 2016. Elsevier Masson. p35-37.
- (41) Perot R. La décompensation psychotique d'un patient aux urgences. La revue de l'infirmière. Elsevier Masson. Déc 2014. N°206. P25-26.
- (42) Fazilleau C. Maintien des dispositifs invasifs (DI) en reanimation: évaluation et stratégies infirmières. Réanimation. 2010. EM Consult. p236.
- (43) Manckoundia P. Marche et démences. Annales de réadaptation et de médecine physique. 2008. p692-700.
- (44) Fourrier F. Mieux vivre la réanimation. Reanimation. 2010. EM Consulte. p191-203.
- (45) Lombart B. Peut-on mesurer l'utilisation de la contention lors des soins douloureux en pédiatrie? Archives de pédiatrie. 2013. p202-203.
- (46) Merav Ben Natan RN. Physically restraining elder residents of long term care facilities from a nurses' perspective. International journal of nursing practice. 2010. p499-507.
- (47) Kayoko O. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. Nursing Ethics. 2010. p726-740.
- (48) Bigwood S. It's part of the job, but it spoil the job: A phenomenological study of physical restraint. International Journal of Mental Health Nursing. 2008. p215-222.
- (49) Bonner G. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in th UK. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2002. p465-473.
- (50) Bower Fay L. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 updates. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing. 22 avr 2003. Vol 10. Doc n°1. 29p
- (51) Choi E. Physical restraint use in Korean ICU. Journal of Clinical Nursing. Fev 2003. p651-659.
- (52) Eskandari F. Use of physical restraint: Nurses knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. Nursing science dept. Faculty of Medicine, University of Malaya. 17 feb 2017. 30p.
- (53) Gelkopf M. Attitudes, Opinions, Behaviors and Emotions of the Nursing Staff Toward Patient Restraint. Issues in Mental Health Nursing. p758-763.
- (54) Doridant F. Quand bientraitance rime avec compétences. Soins Gérontologie. n°84. Juillet/aout 2010. P28-29.
- (55) Saarnio R. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. Journal of Clinical Nursing. 2010. vol 19. P3197-3207.
- (56) Chang Yeu-Hui. Nurses' Feeling and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. Journal of clinical nursing. 19 Nov 2005. P 486-494.
- (57) Legay M.C. L'infirmière face à un syndrome confusionnel. La revue de l'infirmière. Juin-juillet 2013. N°192. P39-40.

ANNEXE

ANAES / Service évaluation en établissements de santé / octobre 2000

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

Critère 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

Critère 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient.

Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.

Critère 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

Critère 5 : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée.

Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières.

Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient.

En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

Critère 7 : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.

Critère 8 : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

Critère 9 : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.

Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Julien Spenle

Certifie qu'il s'agit d'un travail original. Toutes les sources ont été indiquées dans leur totalité.

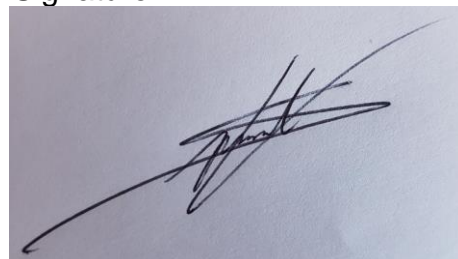
Je certifie n'avoir ni recopié, ni utilisé des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leurs origines.

Les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy le : 06 mai 2018

Signature :

A photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to be 'Julien Spenle'.

Vécu de l'infirmier(e) face à l'utilisation de la contention physique en secteur d'hospitalisation de courte durée.

NOM : Spenle Prénom : Julien

Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHRU NANCY
Promotion 2015/2018

Résumé: Le recours à la contention physique est souvent initié et appliqué par les infirmier(e)s dans le cadre de leur rôle sur prescription. Ce soin doit être utilisé en dernier recours, quand les autres mesures mises en place se sont avérées inefficaces. Malgré les recommandations, il s'avère que la prévalence de leur utilisation est encore très élevée dans les services de courte durée. L'objectif de cette étude est de comprendre comment est régie l'utilisation de la contention, comment celle-ci est utilisée et quels sentiments et réflexions sont observés auprès des infirmier(e)s qui sont acteurs dans leur utilisation. Les résultats montrent que la contention physique est génératrice d'émotions négatives chez le soignant et se révèle souvent source de malaise au sein des équipes. Les difficultés ressenties par les soignants face à leur utilisation seraient principalement liées à un manque de formation des infirmiers vis-à-vis de cette pratique.

Mots-clés: Contention physique, Vécu, Infirmier(e), Ressenti, Formation.

Abstract: The use of physical restraints is usually initiated and applied by nurses regarding their prescription role. This last resort care is supposed to be used when all other available alternatives have failed. Although recommendations exist, prevalence of the use of physical restraints in short stay units is still high. The purpose of this study is to understand which rules are regulating the use of physical restraints, how physical restraints are used and which feelings and thoughts may be encountered by nurses during their use. Results shows that physical restraints bring negative feelings to nurses as well as potential uneasiness among healthcare teams. Perceived difficulties relative to the use of physical restraints may be linked to a lack of training of the nurses.

Key-words: Physical restraints, Feeling, Nurses, Perception, Training.