



COURS IFSI

Cours IFSI : la contention

09.02.16 Mise à jour le 10.03.17



0 E J'aime 893

Cet article fait partie de l'UE :
▶ [S1 4.1 Soins de confort et de bien-être](#)

[Suivant ▶](#)

La contention a pour objectif de limiter les capacités de mobilisation d'un individu de manière à la sécuriser ou protéger son environnement. Recouvrant différents aspects, elle doit néanmoins rester exceptionnelle et s'associer à d'autres prises en charges thérapeutiques. Explications.

Définition



Toute mesure de contention repose sur un consensus d'équipe.

Etymologie : du latin contentio ce qui signifie la lutte, on retrouve par exemple cette même racine latine dans les mots contenir et contentieux.

D'après la [Haute Autorité de Santé \(HAS\)](#) et le [dictionnaire Larousse](#), la contention est un **moyen thérapeutique** regroupant l'utilisation de tous les moyens environnementaux, physiques, techniques ou chimiques **permettant de limiter les capacités de mobilisation d'un individu** afin de le sécuriser ou de protéger son environnement. Comme le précise le jury de la 9ème conférence de consensus de la [Société francophone de médecine d'urgence en 2002](#), c'est une mesure qui doit rester exceptionnelle et temporaire en étant associée à d'autres prises en charge thérapeutiques. Cette mesure fait suite à un échec de toutes les prises en charge relationnelles. Ce soin relève d'une **prescription médicale** et exige une traçabilité continue.

On entend par contention environnementale l'ensemble des moyens architecturaux qui permettent de limiter l'espace géographique dans lequel une personne peut se déplacer. Par exemple la chambre d'isolement en service de psychiatrie mais également les services fermés, les chambres fermant à clé... Bien entendu, les fermetures de pièces ou de bâtiments ne doivent en aucun cas être des entraves à la sécurité des biens et des personnes notamment en termes de sécurité incendie.

La contention mécanique ou physique consiste en la mise en place de dispositifs spécifiques (ceinture ventrale, contention de poignet, de cheville, barrières de lit...) ou non spécifiques (draps, adaptables...) ou de techniques (maintien d'une personne au sol par des soignants...) pour maintenir une personne dans une position dont les bénéfices sont supérieurs aux risques encourus pour la personne.

La contention chimique regroupe l'ensemble des traitements chimiques qui peuvent être délivrés à une personne pour contrôler son comportement (neuroleptiques, sédatifs...).

Législation

En ce qui concerne l'infirmier, au regard du code de la santé publique, il est de son rôle propre ([article R4311-5](#)) d'observer et surveiller les troubles du comportement afin de rechercher des signes de complications liés à la contention, d'installer le patient dans une position adéquate au regard de l'évaluation clinique réalisée et d'accompagner psychologiquement le patient et son entourage. L'objectif de l'infirmier étant de protéger le patient comme le rappelle l'[article R4311-2](#). En santé mentale ([article R4311-6](#)), l'infirmier est en charge de la surveillance du patient hospitalisé en chambre d'isolement.

L'infirmier par son rôle prescrit ([article R4311-7](#)) est en charge de la mise en œuvre de l'ensemble des prescriptions de mise en place de mesure de contention. En cas d'urgence au regard de l'[article R4311-14](#), l'infirmier peut mettre en place, en fonction de son évaluation clinique si possible partagée en équipe, une mesure de contention si la situation l'impose. Dans ce cas, l'infirmier prendra le soin de faire valider au plus tôt cette pratique par un médecin et une prescription en l'argumentant.

La mise en place de contention est permise à la lecture de plusieurs textes législatifs à partir du moment où les mesures sont proportionnelles avec la situation (code pénal), le comportement du patient met en jeu l'ordre public ou le bien-être général (déclaration universelle des droits de

La loi de modernisation du système de santé dans son article 72 a entériné des points clés à propos de la contention : "L'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. **Un registre est tenu dans chaque établissement**" [...] "Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée."

Les bonnes pratiques

Toutes les prescriptions de contention doivent être immédiates ou différées en cas d'urgence, motivées, tracées sur le dossier du patient et horodatées. La durée de la mesure doit être prévue tout comme des modalités spécifiques de surveillances qui peuvent être établies par le médecin. Le renouvellement de cette prescription doit avoir lieu toutes les 24 heures.

La HAS a établi 10 critères pour assurer la qualité de l'utilisation de la contention :

- Critère 1 : sur **prescription médicale** : comme dit précédemment, aucun moyen de contention ne peut être mis en place sans l'aval d'un médecin.
- Critère 2 : évaluation en équipe pluridisciplinaire du rapport bénéfices-risques : toute mesure de contention repose sur un **consensus d'équipe** afin de limiter au maximum les dérives de maltraitance par l'usage abusif de contention mais également pour permettre une discussion de recherche sur le rapport bénéfice risque.
- Critère 3 : **surveillance programmée et retranscrite dans le dossier** : l'infirmier ayant sous sa responsabilité un patient avec une mesure de contention doit programmer sa surveillance mais également la retranscrire et bien sûr transmettre les informations nécessaires à la prise en charge au médecin.
- Critère 4 : information donnée à la personne et à ses proches : même si la contention est une méthode de soins qui peut paraître contraignante, il est nécessaire d'**expliquer** ce soin au patient mais également à sa famille afin de favoriser l'alliance thérapeutique et dans certains cas la levée de cette contention après prescription médicale d'arrêt définitif ou temporaire de la mesure.
- Critère 5 : matériel approprié garantissant confort et sécurité : le matériel de contention doit être choisi de façon pertinente au regard de la situation. Il se doit d'être le moins contraignant possible. Il ne doit pas mettre en danger ni le patient ni le soignant.
- Critère 6 : préservation intimité et dignité : en aucun cas la contention ne doit être un frein au respect de l'intimité et de la dignité. Il résulte pour cela d'une discussion entre professionnels pour assurer cette surveillance.
- Critère 7 : contention levée le plus souvent possible : sous réserve d'accord et prescription médicale, si le consensus d'équipe met en avant la possibilité de suspendre le moyen de contention cela se doit d'être fait.
- Critère 8 : proposition d'activités assurant le confort psychologique : le patient ayant une contrainte ne doit pas pour autant, hors cas particulier spécifié par un médecin, être privé de contacts sociaux notamment par sa participation à des activités thérapeutiques ou occupationnelles et doit bénéficier d'entretien d'aide.
- Critère 9 : l'état de santé et les conséquences de la contention sont évalués au moins toutes les 24h. Toutes les 24h, le médecin en consultation avec l'ensemble de l'équipe doit effectuer une analyse bénéfices-risques de la méthode de contention afin de l'adapter au plus proche de l'état clinique de la personne. Cela met donc en avant l'importance de l'évaluation clinique de l'infirmier qui peut apporter des éléments en faveur ou non de la reconduction de la contention.
- Critère 10 : la contention est **reconduite par prescription médicale motivée toutes les 24h** : au regard de l'évaluation permanente de la contention, le médecin reconduit ou non la mesure.

Les indications retenues pour la contention ne sont que deux. Il s'agit des états d'agitation et de confusion avec auto ou hétéro agressivité ainsi que les situations où le patient par son état clinique se met en danger en déambulant de manière excessive ou précaire et ayant un risque de chute. Ce sont les deux seules situations qui peuvent entraîner un questionnement professionnel d'une équipe pluridisciplinaire sur la mise en œuvre ou non de mesures de contention.

Les contre-indications générales à la mise en place de contention sont les suivantes : insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique, liées aux traitements utilisés. Il est important d'avoir à l'esprit ces contre-indications et de les adapter bien sûr en fonction de la mesure de contention choisie. Néanmoins, sous réserve de décision médicale, il sera possible dans certaines situations de **passer outre ces contre-indications**. Cela n'est possible que si l'évaluation bénéfices-risques en équipe permet de mettre en avant qu'il est moins risqué de mettre en place un moyen de contention malgré les facteurs la contre-indiquant que de laisser un patient sans contention. Les seules contre-indications formelles sont l'utilisation d'un moyen de contention comme punition, répression ou recherche de confort du service aux dépens du patient.

L'application de ces bonnes pratiques au regard des définitions de la contention, de la législation et de la connaissance de ses propres représentations et valeurs passent donc par une réflexion individualisée accompagnée d'évaluation régulière. L'infirmier a donc toute sa place dans ce processus impliquant une équipe pluridisciplinaire pour atteindre un consensus dans les décisions de soins pour le patient.

Cependant comme le soulignent plusieurs textes législatifs, la contention doit être utilisée en dernier recours, il est donc important de penser à des alternatives à cette thérapeutique :

- rechercher une étiologie médicale à l'agitation (**globe urinaire**, déshydratation...);
- corriger les éventuels déficits sensoriels (appareil auditif, lunettes...);
- adapter l'environnement de la personne (diminuer les stimuli, éviter la présence d'autres personnes qui pourraient perturber, supprimer le mobilier inutile, rabaisser le niveau du lit, mettre le matelas à côté du lit, laisser une lumière allumée, augmenter la luminosité...);
- respecter le rythme de vie du patient (horaire de sommeil, heure de toilette...);
- favoriser le contact relationnel (ne pas mettre à l'écart à cause de cri...);
- accompagner le patient (inciter à la marche, proposer des occupations, accompagner au WC...);
- aménager les déplacements (chaussures adaptées, aide à la marche, barres de couloir à la bonne hauteur et visibles...);
- installation adaptée au patient (accoudoirs à la bonne hauteur, frein au lit ou au fauteuil, effets personnels à disposition, éviter les repos pieds si patient se mobilisant seul...);
- faciliter l'orientation;
- capter l'attention.

Les risques liés aux mesures de contention

Une mesure de contention n'entraîne pas des risques seulement pour le patient. Même si c'est pour le patient que l'on va se questionner en premier lieu sur les risques encourus, il ne faut pas omettre les risques pour l'entourage mais également pour les soignants.

Pour le patient les principaux risques sont :

- syndromes d'immobilisation : contracture, **escarre**, fausse route, déconditionnement musculaire, incontinence, diminution de la capacité fonctionnelle et de la masse osseuse et musculaire ;
- infectieux : apparition d'**infection notamment pulmonaire** par stase bronchique favorisée par le décubitus prolongé mais également lié à un risque d'inhalation, de fausse route... Infection également urinaire liée au risque de **rétention d'urine** ;
- digestifs : constipation liée à l'entrave à la mobilité qui est un facteur influant le transit mais également incontinence ;
- urologiques : incontinence ou au contraire rétention urinaire ;
- locomoteurs : le manque de mobilité peut entraîner une rétraction musculaire, dans les cas extrêmes, une perte d'autonomie ;
- traumatiques : augmentation du nombre de chutes graves et des blessures graves ;
- neurologiques : risque de **compression nerveuse** (contention physique), troubles de l'équilibre à la reprise de la marche ;
- atteintes dermatologiques : escarre, macération, érythème... ;
- cardiovasculaire : troubles de la circulation et complications thromboemboliques, œdème, hypotension orthostatique... ;
- physiologique : troubles de l'alimentation, de l'hydratation ;
- psychique : apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation, d'une agressivité, augmentation des délires, isolement, diminution de l'estime de soi, anxiété, troubles du sommeil ;
- pour la contention chimique : somnolence, troubles de la marche avec augmentation du risque de chute, risques liés aux effets secondaires...

Plusieurs études ont mis en avant que les risques d'infection nosocomiale, d'escarre, de chutes graves et de mortalité sont potentialisés par la mise en place de mesure de contention.

Pour l'entourage il est mis en avant un sentiment d'impuissance et de tristesse face à la situation, une désolation de par l'image renvoyée par la contention. Dans certains cas, un véritable processus de deuil va se mettre en place, principalement en milieu gériatrique, lié à une évolution négative du comportement et de l'état clinique du proche qui peut être favorisé par la contention.

Même si les soignants ne verbalisent pas forcément leurs émotions et affects face à une situation de contention, il apparaît parfois un sentiment d'insatisfaction voyant cette méthode thérapeutique comme un échec de la prise en charge. Cette insatisfaction est associée à un fort sentiment de culpabilité. Il est également mis en avant la surcharge de travail qu'entraîne la mise en place de mesures de contention. En effet, ces méthodes ont tendance à demander plus de temps de présence auprès du patient.

Rôle infirmier et contention

Comme dit précédemment, la mise en place d'une mesure de contention relève du rôle propre de l'infirmier et la contention ne réduit en rien le temps de présence auprès du patient. Le tableau présenté ci-dessous reprend, au regard des [quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson](#), les surveillances à mettre en place, néanmoins la liste des surveillances est non exhaustive. Il est également important de noter que celles-ci varient en fonction de l'état clinique du patient, du contexte, du type de contention ainsi que de la prescription médicale. L'intégralité des surveillances doit être tracée sur le dossier de soins et le médecin doit être informé en cas de besoin.

| | |
|---|---|
| Besoin 1 : Respirer | Installation permettant dégagement des voies aériennes Prévenir risque de strangulation, d'asphyxie Surveillance apparition d'encombrement bronchique et d'infection Surveillance dyspnée, bradypnée, détresse respiratoire Mise en place de mesure si patient fumeur Surveillance saturation en oxygène, fréquence respiratoire, apparition de cyanose |
| Besoin 2 : Boire et Manger | Adapter hydratation aux mesures de contention Proposer hydratation régulière Adapter alimentation aux mesures de contention Stimuler la prise alimentaire Prévenir le risque de fausses routes Utiliser du matériel cohérent avec la contention (psychiatrie principalement) Surveillance pli cutané, sécheresse des muqueuses, sensation de soif, poids et IMC |
| Besoin 3 : Éliminer | Accompagner régulièrement aux toilettes Éviter mise en place de protection si patient continent Mettre en place un système permettant d'aller aux toilettes Si incontinence change régulier Surveiller apparition incontinence fécale ou urinaire Surveiller apparition constipation ou globe urinaire |
| Besoin 4 : Se mouvoir et maintenir une bonne posture | Favoriser installation adaptée au patient Favoriser la mobilité des membres Proposer mise en place de kinésithérapie passive Éduquer le patient à l'utilisation d'un fauteuil roulant Adapter environnement aux déplacements Utiliser les systèmes de freins Répondre aux demandes et « sonnettes » Évaluer mobilité des membres immobilisés Adapter tenues vestimentaires et chaussures à la mobilité Surveiller troubles de la conscience et somnolence Surveiller signes de thromboses |

| | |
|--|--|
| | <p>Évaluer somnolence en lien avec contention chimique</p> <p>Adapter la mesure de contention durant les temps de repos et sommeil</p> <p>Évaluer en équipe l'adaptation des thérapeutiques aux temps de sommeil</p> |
| Besoin 6 : Se vêtir et se dévêtir | <p>Respecter la dignité et la pudeur du patient</p> <p>Adapter tenue vestimentaire aux moyens de contention</p> <p>Favoriser le port d'habit personnel</p> <p>Changer les vêtements autant de fois que nécessaire</p> <p>Informar la famille des vêtements les plus adaptés</p> |
| Besoin 7 : Maintenir sa température | <p>Adapter tenue vestimentaire à la température</p> <p>Adapter linge de lit à la température</p> <p>Surveiller risque d'infection lié au décubitus</p> <p>Réglage des thermostats du chauffage et climatisation</p> <p>Veiller à la température de l'eau utilisée lors des soins de confort et de bien-être</p> |
| Besoin 8 : Être propre et protéger ses téguments | <p>Stimuler l'autonomie de la personne lors de la réalisation des soins d'hygiène</p> <p>Surveiller l'apparition de rougeurs, escarres</p> <p>Prévenir apparition d'escarres</p> <p>Effleurage en fonction des recommandations en vigueur</p> <p>Informar le médecin de toute apparition d'escarres pour mise en place du protocole de soins</p> <p>Veiller à l'absence de plis sous le patient</p> <p>Effectuer autant de fois que nécessaire si l'état clinique le permet des soins de confort et de bien-être pour éviter macération</p> |
| Besoin 9 : Éviter les dangers | <p>Informar le patient et son entourage</p> <p>Évaluer l'anxiété, la peur par une écoute active</p> <p>Rechercher tous sentiments d'humiliation, tristesse, impuissance</p> <p>Mettre en place des mesures favorisant dignité notamment lors des visites de la famille</p> <p>Prendre en compte toute modification comportementale brutale</p> <p>S'appuyer sur les observations de l'entourage</p> <p>Partager en équipe son ressenti et les expressions du patient pour les analyser et les prendre en compte</p> <p>Adapter les mesures de contention à l'état actuel du patient</p> <p>Évaluer aggravation des troubles</p> <p>Prévenir tous risques de passage à l'acte</p> |
| Besoin 10 : Communiquer | <p>Prendre le temps d'être présent auprès du patient</p> <p>Favoriser réponse aux demandes</p> <p>Informar et orienter les entretiens d'aide auprès du patient et de son entourage sur les causes et objectifs des mesures de contention autant de fois que nécessaire</p> <p>Prendre en compte l'ensemble des modes de communication</p> <p>Évaluer état de conscience</p> |
| Besoin 11 : Agir selon ses croyances et ses valeurs | <p>Si participation à un culte habituellement favoriser sa participation malgré la contention</p> <p>Respecter la dignité, la culture et les valeurs de la personne même si il y a à ce jour une mesure de contention</p> |
| Besoin 12 : S'occuper en vue de se réaliser | <p>Favoriser autant de fois que possible la levée de la contention (voir prescription médicale)</p> <p>Proposer des occupations en lien avec la personne, son histoire, ses valeurs, sa culture</p> <p>Écoute active pour accompagner mesure de contention et favoriser dignité malgré la contention</p> |
| Besoin 13 : Se recréer | <p>Favoriser la participation aux activités</p> <p>Capter l'attention</p> <p>Mettre en place des activités adaptées aux mesures de contention</p> |
| Besoin 14 : Apprendre | <p>Éducation à la contention</p> <p>Favoriser autonomie au quotidien malgré la contention</p> <p>Favoriser rencontre malgré la contention</p> |

Il est possible également de relever comme actions de soins :

- la prise de connaissance des protocoles de soins de l'unité ;
- la vérification du bon fonctionnement du matériel ;
- la participation à des réflexions éthiques, GEASE, réflexion holistique... en lien avec la mise en place de contention ;
- la vérification de la concordance entre prescription médicale, les textes législatifs et les bonnes pratiques ;
- la prise en compte du contexte et de l'environnement du patient.

Conclusion

La réflexion sur la contention peut susciter chez le futur soignant un ensemble de réactions. Il n'est pas ici question de jugement, de bonnes ou mauvaises réactions, néanmoins il est indispensable d'avoir conscience de sa vision d'une telle méthode thérapeutique. En effet les affects, les valeurs et les représentations peuvent influencer la pratique de soins et le raisonnement clinique. Le partage en équipe, la réflexion éthique peuvent permettre de construire son questionnement, sa propre analyse de pratique et d'enrichir sa réflexivité dans sa pratique soignante au quotidien.

Le questionnement que peut entraîner une situation comme la contention est transposable à de nombreuses autres situations pouvant être rencontrées dans la vie professionnelle. Se connaître et analyser de manière multi-référentielle une pratique permettront, par la remise en question, d'enrichir son exercice au quotidien.

Bibliographie

Ressources internet

- [Organisation des Nations Unies](#), (page consultée le 15 janvier 2016), Déclaration universelle des droits de l'homme [en ligne]
- [Résolution de l'Organisation des Nations Unies](#), (page consultée le 16 janvier 2016), Résolution 1991 16/119, principe 11 : « Protection des personnes atteintes de maladies mentales et amélioration des soins de santé mentale », [en ligne]

Ressources littéraires

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, « [Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée](#) » (PDF), Octobre 2000, 42 pages
- Recommandations du Jury, Conférence de Consensus : « [L'agitation en urgence \(petit enfant excepté\)](#) » (PDF), 6 décembre 2002, 7 pages
- Dr FOUCRET Nabila, Réseau Hippocampes, Fédération des Réseaux de Santé Gériatologiques d'Ile-de-France, « [Comment limiter les risques de contention physique chez la personne âgée ?](#) » (PDF), non daté, 2 pages
- [Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90](#) relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, 2 mars 2006
- Fondation Nationale de Gérontologie, « [Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance](#) », version révisée 2007
- Fédération Nationale des Associations de Patients Psy « [Charte de l'utilisateur en santé mentale](#) », 8 décembre 2000
- [Code de la santé publique](#), Partie réglementaire, Quatrième partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession, Section 1 : Actes professionnels
- [Code pénal - Partie législative Livre Ier : Dispositions générales Titre II](#) : De la responsabilité pénale Chapitre II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité Article 122-7
- [Code de la santé publique, Partie législative, Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances, Livre II : Lutte contre les maladies mentales, Titre II : Organisation](#), Chapitre II : Etablissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, Article L3222-5-1, Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 72.

Benjamin JULIAN
Etudiant Cadre de Santé IFCS AP-HM
IFSI du CH Alès-Cévennes



[Suivant](#) ▶



Cet article fait partie de l'UE :

▶ [S1 4.1 Soins de confort et de bien-être](#)

Tags : Cours étudiants, Psychiatrie, specialites



PUBLICITÉ

A lire aussi sur le sujet

- 23.11.2017 • [Tout savoir sur la « solitude »](#)
- 29.11.2017 • [A voir - 12 jours : au coeur de l'internement d'office](#)
- 02.06.2016 • « [Suis-je un salaud ou un soignant ?](#) »
- 17.03.2016 • [Anglais médical - Lire un article académique](#)
- 31.07.2014 • [Edito - Vacances, on oublie tout... ou presque !](#)



Commentaires (0)

Réagir

Inscrivez-vous !



CONCOURS ▶

ÉTUDIANTS IESL ▶

PROFESSION IDE ▶

SPÉCIALITÉS ▶

EXERCICE LIBÉRAL ▶

MÉTIERS DU SOIN ▶

EMPLOI ▶

BOUTIQUE ▶

[Plan de site](#) | [Régie publicitaire](#) | [La rédaction](#) | [Proposer un article](#) | [Partenaires](#) | [Mentions légales](#)

IZEOS, LE GROUPE LEADER DU SECTEUR SOIGNANT : MÉDIAS - EMPLOI - FORMATION - EQUIPEMENT

Les sites d'izeos : [IZEOS](#) | [Infirmiers.com](#) | [Cadredesante.com](#) | [Aide-soignant.com](#) | [JNIL](#) | [EMPLOI Soignant](#) | [MEDI formation](#) | [IDE Collection](#) |

5 avenue de Verdun - Le panoramique - 94200 IVRY SUR SEINE

