



***Lien de Contention physique et Privation de liberté des Personnes Soignées.***

Connaissance, Prévention et Formation pour l'aide-soignant

Épreuve intégrée présenté par ASSANI OULFIATI  
En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant

Année scolaire 2021-2022

## Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude envers mes deux professeurs, Madame Père et Monsieur Vantomme, pour leur aide, leur patience et leurs conseils qui m'ont permis de mener à bien cette épreuve intégrée. Malgré ma période de paresse et le temps nécessaire pour finaliser ce travail, ils ont toujours été présents à mes côtés. Je n'oublie pas Madame Defraeye, dont la joie de vivre et le partage de nos passions communes, telles que le sport et la diététique, ont été très appréciés.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers mon camarade de classe, Yacoub, qui m'a constamment encouragé dans les moments de baisse de motivation.

Je tiens à remercier les différentes institutions qui m'ont accueilli lors de mes différents stages. Ces expériences ont été riches en apprentissages, en émotions et en connaissances. Les stages ont renforcé ma détermination à devenir aide-soignante afin d'apporter mon aide aux personnes dans le besoin.

# Sommaire

<b>Remerciements</b>	<b>2</b>
<b>Sommaire</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE CONTEXTUELLE</b>	<b>6</b>
1.1 Qui est la personne soignée ?	7
1.2 Qu'est-ce que la liberté ?	8
<b>PARTIE CONCEPTUELLE</b>	<b>10</b>
2.1 Qu'est-ce qu'un lien de contention ?	11
2.2 Quelles sont les cinq principaux types de contention ?	13
2.3 La contention physique c'est quoi ?	15
2.4 Quelles sont les indications et contre-indication ?	17
2.5 Quel sont les conditions de mise en œuvre ?	18
2.6 Qu'en dit la loi ?	19
2.7 Quand décider d'attacher une personne ?	21
2.8 Quelle est la frontière entre sécurité et maltraitance ?	23
2.9 Qu'est-ce que c'est la dignité ? l'un des droits fondamentaux du patient	24
2.10 Pourquoi la contention peut être considéré comme une privation de liberté ?	25
2.11 Quelles sont les risques et les dangers de la contention physique ?	26
2.12 Quelles sont les alternatives que nous pouvons mettre en place avant d'envisager d'attacher une personne ?	30
<b>PARTIE PRATIQUE</b>	<b>34</b>
3.1 Comment l'aide-soignante peut sensibiliser afin de réduire l'utilisation de la contention en institution ?	35
3.1.1 Prévenir les chutes	36
3.1.2 Eviter les trouble du comportement	38
3.1.3 Lutter contre la déambulation excessive	39
3.2 L'équipe pluridisciplinaire	40
3.3 Quelle Rôle joue l'aide-soignant ?	41
3.3.1 Rôle de surveillance	41
3.3.2 Rôle d'éducation	42
3.4 Quel rôle pour les proches et la famille ?	42
3.5 La formation	43
<b>CONCLUSION GENERALE</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
<b>ANNEXES</b>	<b>50</b>

## ***Introduction***

Au cours de notre formation d'aide-soignante, nous avons eu l'opportunité d'effectuer des stages dans diverses institutions. Ces stages ont constitué notre première expérience professionnelle dans le domaine médical/paramédical. Nous avons une certaine appréhension concernant l'accueil que les patients pourraient nous réserver en raison de notre couleur de peau et de notre manque de familiarité avec le milieu. En effet, nous avons rencontré quelques réticences de la part de certains patients, mais nous avons su gérer nos émotions, car nous étions préparées psychologiquement à faire face à de telles situations.

De plus, les infirmières et la directrice nous ont soutenues tout au long de cette période, ce qui a contribué à renforcer notre confiance.

Nous sommes également convaincues que les cours théoriques et pratiques ont joué un rôle crucial lors de nos stages. Le fait de montrer du respect en frappant à la porte avant d'entrer, en saluant les patients et en nous présentant tout en expliquant notre présence a favorisé la collaboration avec eux. Cette collaboration a facilité la prise en charge et a permis d'établir un lien de confiance avec les patients.

En ce qui concerne notre sujet d'épreuve intégré, nous l'avons choisi en lien avec nos stages d'intégration et celui d'insertion. Lors de notre stage en maison de repos, nous avons observé des personnes âgées attachées à leur chaise ou à leur fauteuil, ce qui nous a troublées car elles semblaient calmes. Interrogeant l'infirmière en chef, elle nous a expliquée que cela visait à « alléger la charge du personnel, car il déambule beaucoup trop dans les couloirs ». Ainsi, pour éviter de devoir les surveiller constamment, elles étaient attachées à leurs chaises. Cependant, aucune mention de mesures de contention n'apparaissait dans les dossiers médicaux.

Maintenant, mieux informées sur le sujet, nous nous souvenons d'une situation où une aide-soignante avait décidé d'attacher une personne sur-le-champ, estimant qu'elle interrompait constamment ses tâches en demandant des appels à sa famille. Nous ne voulons en aucun cas dénigrer cette aide-soignante, mais n'a-t-il pas commis une faute professionnelle ? Attacher une personne sans prescription médicale, sans l'avis de l'équipe pluridisciplinaire, sans en informer la famille, ne relève-t-il pas d'un abus ou de maltraitance ?

A contrario, lors de notre stage d'insertion en milieu hospitalier, plus précisément dans le service psycho-gériatrique, nous nous attendions à voir des patients attachés par des

sangles, des gilets ou des ceintures comme souvent montré dans les films. Pourtant, nous avons été surpris de constater que le recours à la contention physique était inexistant, bien que les motifs justifiant une telle mesure étaient fréquents. Cela incluait la déambulation excessive, les actes de violence envers le personnel infirmier et les aides-soignantes, les chutes répétées et les tentatives de fuite.

En rentrant à la maison, nous n'avons cessé de nous demander pourquoi prendre autant de risque ?

À la suite de cela, lors d'une séance de transmission matinale, nous avons posé la question à la directrice, exceptionnellement présente. Pourquoi ne pas attacher les patients violents ? Elle a évoqué le principe de liberté en comparant les patients aux animaux : *« Je pense que nos patients ne sont pas des animaux de cirque, ce sont des êtres humains comme les autres. Ils ont le droit de se déplacer librement. Ils ne sont pas aussi dangereux qu'on pourrait le croire, et ne trouvez-vous pas que le service est plus animé ainsi ? »*

Cette réponse nous a laissés perplexes, car elle semblait sous-entendre que les risques que prenait les soignants ne comptaient pas. Cependant, nous n'avons pas poussé plus loin la discussion par peur d'une réaction négative.

En revanche, lors d'une pause-café, nous avons saisi l'occasion pour discuter avec l'une des infirmières et recueillir son point de vue. Nathalie, infirmière depuis deux ans dans ce service, nous a confiées : *« Si c'était selon moi, j'attacherais tous les patients violents. J'en ai assez de me faire agresser en permanence. J'ai déjà été en arrêt-maladie pendant trois mois parce que j'ai tenté de maîtriser Monsieur M., et il s'est débattu jusqu'à me casser le bras. Je suis épuisée, en plus, nous manquons de personnel, personne ne veut venir travailler ici. »*

Ces divergences d'opinions et d'expériences sont précisément ce qui nous a incitées à choisir ce sujet. Bien que traitant du même thème, les avis varient d'une institution à l'autre et d'un professionnel à l'autre. Notre objectif est d'approfondir cette question afin de comprendre les raisons sous-jacentes.

# **1 PARTIE CONTEXTUELLE**

Dans cette partie contextuelle, nous nous attacherons à clarifier les deux principaux aspects du sujet que nous avons choisi d'étudier. Dans un premier temps, nous aborderons la manière dont nous pouvons désigner la personne prise en charge sur le plan médical. Par la suite, nous établirons une définition générale de la notion de liberté, en particulier en ce qui concerne la personne sous soins.

### **1.1 Qui est la personne soignée ?**

Dans le milieu médical comme dans la vie en quotidienne, nous sommes souvent dépendants de l'aide d'autrui pour prendre soins de nous. Les défis de la vie tels que la maladie, la tristesse ou même la perte d'un être cher nous amènent à rechercher le soutien d'une personne à nos côtés, quelqu'un qui puisse nous guider et prendre soin de nous.

Dans le cadre quotidien, la personne soignée peut être un ami, un membre de la famille ou un proche. Toutefois, dans le domaine professionnel de la santé qui est-elle vraiment ? Comment pouvons-nous la désigner de manière appropriée ?

En terme généraux, une personne est un individu de sexe masculin ou féminin, doté de conscience et capable d'agir en conséquence. En d'autres termes, une personne physique est capable de réagir à des événements ou des actions. Cela diffère d'une personne morale, telle qu'une institution, qui n'a pas de conscience ni de sexe.

Le terme « soigné » se réfère à celui qui reçoit des soins. Ainsi, nous pouvons définir la personne soignée comme celle qui bénéficie des soins pour atténuer, guérir ou traiter un mal-être physique ou psychique.

Dans le domaine des soins, diverses appellations sont utilisées pour désigner « la personne soignée ».

Tout d'abord il y a le "bénéficiaire de soins" terme fréquemment utilisé pour décrire les individus recevant des soins à domiciles. L'expression « bénéfice » évoque la notion de profit que les praticiens peuvent tirer en se rendant chez le patient. De même, l'expression "client" est utilisée en masse par les Anglais pour décrire l'échange de services contre paiement.

Cependant, le terme "patient" demeure le plus couramment employé dans tous les environnements de soins. Il englobe divers lieux tels que les maisons de repos, les hôpitaux, les centres pour personnes handicapées, la psychiatrie, etc.

Étymologiquement, le mot patient vient du mot latin « Pati », signifiant « celui qui endure » ou « celui qui souffre ». Au XIVe siècle, il était utilisé pour décrire quelqu'un capable de supporter la souffrance sans se plaindre. Cette étymologie suggère que la personne soignée

endure nécessairement la souffrance en recevant des soins. Cela correspond à la définition de Larousse, qui décrit le patient comme « une personne qui subit un traitement, une opération chirurgicale pour soulager une douleur ou un mal-être ».

Si l'on se réfère à cette définition et à son étymologie, il est possible de remettre en question le respect de la loi<sup>1</sup>, en particulier la loi du 22 août 2002, qui affirme clairement

Que "le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant l'information préalable". En utilisant l'appellation "patient", sous-entend-on que la personne endure passivement le traitement, qu'elle n'a pas le choix et qu'elle est soumise à la décision du praticien ? Cette dénomination ne porte-t-elle pas atteinte à la liberté de choix du patient ?

## **1.2 Qu'est-ce que la liberté ?**

La définition de la liberté est assez complexe, car elle peut varier d'une personne à l'autre. Dans sa forme la plus simple, la liberté peut être comprise comme la possibilité d'agir conformément à nos souhaits, sans entraves externes, tout en respectant les lois du pays.

Nos libertés sont établies par les dirigeants de notre nation, qui possèdent le pouvoir de créer des lois et des règlements que la population doit appliquer et respecter.

En Belgique, le roi et son gouvernement, par leur pouvoir législatif, sont responsables de cette dimension. Ils formulent, votent et assurent l'application de ces lois au sein de la société. Nos libertés sont donc en quelques sortes définies par le contexte géographique dans lequel nous nous trouvons. Par exemple, les libertés diffèrent d'un pays à l'autre : la Russie punit l'homosexualité par la peine de prison, voire la peine de mort, tandis que cela n'est pas le cas en Belgique.

La constitution des droits de l'homme et du citoyen<sup>2</sup>, définit la liberté comme « l'autonomie et la possibilité de pouvoir agir selon sa propre volonté, dans la mesure où l'on ne porte pas atteinte aux droits des autres personnes et à la sécurité publique ». Cette constitution se réfère à la liberté individuelle, qui est exercée par chaque individu.

À l'intérieur de cette notion de liberté, nous pouvons évoquer le droit de disposer de son corps. Ce concept est particulièrement pertinent dans le domaine médical, où les professionnels de la santé interviennent sur le corps humain. Bien que ces professionnels aient le droit d'agir sur le corps d'une personne, le patient conserve le droit de refuser toute

---

<sup>1</sup> Lois relatives aux droits du patient, par le Service Public Fédéral Santé publique belge

<sup>2</sup> Ensemble de textes juridiques qui définit les institutions de l'État et organise leurs relations



intervention. Par exemple, une personne malade peut choisir de suivre un traitement ou non.

La liberté d'aller et venir est également un aspect crucial, permettant à une personne de circuler où bon lui semble, sans contrainte. Nous avons le droit de voyager d'un pays à l'autre, d'une ville à l'autre ou même d'un établissement hospitalier à un autre.

Enfin, il y a le droit de sûreté, qui nous protège contre toute personne ou gouvernement tentant de restreindre notre liberté. En d'autres termes, si une action est permise par la loi, personne ne peut l'interdire, sous peine de priver quelqu'un de sa liberté.

La privation de liberté, telle qu'elle est perçue, est simplement l'incarcération ou la sensation d'être enfermé. Lorsque nous enfermons une personne, nous limitons sa liberté.

Ainsi, la notion de liberté est essentielle, car il nous confère un sentiment de sécurité et nous permet de résister à toute tentative de privation, que ce soit par une situation, une personne ou même un gouvernement.

Nous verrons par la suite le lien que nous pouvons établir entre la personne soignée et les différentes législations dont elle dispose pour garantir le respect de ces droits.

## **2 PARTIE CONCEPTUELLE**

Dans cette section conceptuelle, nous allons tenter de comprendre le lien entre la contention et privation de liberté. Premièrement, nous allons expliquer le terme « Contention », ces différentes formes, les indications et contre-indications et les conditions Sa mise en œuvre.

Deuxièmement, nous allons nous concentrer sur les différentes législations, les causes qui pousse un professionnel utiliser cette forme de soin, le lien qui peut y avoir avec la maltraitance, la notion de dignité et enfin, nous aborderons la question de privation de liberté.

Et troisièmement, nous allons mettre en évidence les risques et les dangers que peut engendrer la contention et nous finirons par proposer des alternatives pour essayer d'éviter l'utilisation de cette mesure.

### **2.1 Qu'est-ce qu'un lien de contention ?**

Dans le milieu de soin, notamment en psychiatrie et en gériatrie dans un secteur aigu, nous entendons souvent des soignants dire « *prenez vos médicaments sinon vous allez avoir du mal dormir* », ou encore « *n'oublie pas de relever les barreaux de son lit* ».

Dans l'immédiat, ce sont des actes qui nous paraissent insignifiants, faisant partie de notre routine quotidienne. Cependant, réalisons-nous qu'il s'agit d'une mesure de contention ? Et qu'est-ce que réellement ?

#### Définition de contention

Le terme « contention » englobe toutes les méthodes thérapeutiques que nous utilisons pour immobiliser une personne ou un de ses membres. L'objectif est de préserver sa sécurité ou celle de son environnement. Ces méthodes englobent divers moyens, tels que les moyens environnementaux, physiques, techniques et chimiques. Les moyens environnementaux, Comprennent des éléments architecturaux tels que les services fermés, les chambres d'isolement et les chambres verrouillées. Les moyens physiques, impliquent l'immobilisation d'une personne par la force physique. Les moyens techniques englobent des dispositifs, des équipements ou des machines. Enfin, les moyens chimiques, concernent les traitements médicamenteux.

#### Étymologie

Le mot « contention » trouve ses origines dans le latin « Contentio ». Le terme « lien » peut signifier cordon et possède plusieurs significations. Dans un premier sens, il évoque la relation que nous établissons avec une personne, un lien entre différentes personnes. Cela

implique un contact avec la personne ou les personnes concernées. Par exemple, le lien de parenté.

Le deuxième sens du terme désigne le lien utilisé pour maintenir, attacher, retenir, lutter ou fermer, comme une ficelle ou un cordon.

### Histoire

Le mot « contention », est apparu dès l'Antiquité, où les médecins gréco-romains<sup>3</sup> faisaient à la nécessité de contrôler physiquement les individus agités. À cette époque, il était question d'attacher les personnes considérées comme fous furieux, car la société les jugeait perturbateurs de l'ordre public. Ces personnes étaient rejetées, privées de tout contact avec le monde extérieur et privées de leurs droits. Elles étaient enfermées dans des établissements appelés « asiles de fous », nourries dans des gamelles alors qu'elles étaient attachées par des chaînes fixées aux murs ou à leurs lits.

De nombreux professionnels estimaient que maltraiter ces individus contribuerait à leur guérison. Un médecin du nom de Celse recommandait même d'attacher les personnes dans l'obscurité totale afin de les brutaliser et de les effrayer. Selon lui, un traitement brutal pourrait « guérir » le malade.

Cependant, un autre médecin de cette période, nommé Soranos<sup>4</sup>, s'opposait à cette idée d'attacher les patients. Il considérait cette pratique comme inhumaine. Il préconisait plutôt "d'engager une conversation avec les patients sur leurs préoccupations ou des sujets qui pourraient les intéresser". En d'autres termes, en montrant de l'intérêt envers les patients, en les écoutant, on pouvait les apaiser et réduire leur agressivité.

Ces divergences soulignent que l'utilisation de contention a toujours été un sujet de débat dans divers milieux de soin, de l'Antiquité à nos jours. En effet, cette pratique thérapeutique implique des considérations légales, tout en touchant la personne contenue, sa famille et les professionnels impliqués.

### Les personnes concernées

Pour la personne soignée, la mise sous contention peut être vécue comme une technique d'humiliation ou une punition. En effet, être interdit de sortie, se voir attacher, demander l'autorisation pour accéder à leur propre compte bancaire, ou subir une administration

---

<sup>3</sup> Begin S. Isolement et contention : revue littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent. The canadian journal of psychiatry, 1991 ; vol 36 p752

<sup>4</sup> Histoire de la psychiatrie parue chez Armand Colin, 1972, P.63

médicamenteuse sans consentement peuvent être vécus comme des actes vexatoires, infantilissants ou honteux. Par conséquent, la personne pourrait s'isoler, refuser toute coopération, cesser de communiquer et de s'abstenir de participer aux activités quotidiennes. De tels refus pourraient entraîner des conséquences graves, comme le syndrome de glissement, caractérisé par des changements rapides dans l'état de santé, accélérant la perte d'autonomie. Des problèmes mentaux pourraient également se manifester, entraînant des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement.

Les opinions au sein de la famille et de l'entourage peuvent varier. Certains pourraient être traumatisés rien qu'à l'idée de voir les dispositifs de contention et le changement de comportement de leurs proches. D'autres pourraient appuyer la mise en place d'une contention pour leurs proches voire participés à son exécution. Dans ces cas, les proches justifient souvent leur choix par le bien-être de la personne concernée et l'absence d'autres options.

Les professionnels de la santé, tout comme les proches, adoptent souvent des attitudes différentes envers l'utilisation de la contention. Certains estiment qu'ils n'ont pas d'alternatives, souvent en raison des habitudes transmises. D'autres peuvent ressentir de la culpabilité, de la honte et de la peur, car ils se trouvent contraints de mettre en œuvre une mesure de contention.

Ainsi, un malaise persiste parmi les soignants quant à l'utilisation de cette mesure. Ce malaise découle du fait qu'ils éprouvent des difficultés à concilier la promotion de l'autonomie, le respect de la dignité de la personne et le recours à la contention. Il est indéniable que cette approche thérapeutique revêt une grande sensibilité. En effet, elle est susceptible de susciter des émotions intenses chez les individus concernés. La contention demeure un sujet délicat, d'autant plus complexe lorsque le professionnel doit tenir compte de chaque forme de contention afin d'obtenir le résultat escompté.

## ***2.2 Quelles sont les cinq principaux types de contention ?***

Il n'existe pas une, mais des contentions. Cependant, il est crucial de garder à l'esprit que, quelle que soit la forme employée, le résultat reste constant : « Restreindre l'accès à nos capacités physiques ou psychologiques ».

Examinons ces différentes formes afin de mieux saisir leurs distinctions.

### La contention administrative

Interrogez le personnel soignant à ce sujet, et vous constaterez que cette forme de contention est probablement la moins évidente à identifier. Pourtant, elle est omniprésente, mais du fait de sa présence constante dans notre quotidien, nous ne réalisons pas toujours qu'elle peut être considérée comme une mesure de contention.

Cette forme de contention regroupe les différents règlements et normes qui entourent la vie des personnes soignées. C'est-à-dire les lois qui encadrent la pratique soignants, les droits des personnes soignées, mais aussi les règlements intérieurs des institutions. Ces règles ont été instaurées pour protéger les patients contre les risques de mise en danger, que ce soit pour eux-mêmes ou pour autrui.

Toutefois, dans certains cas, elles peuvent avoir l'effet inverse. Par exemple, demander une autorisation pour accéder à ses propres comptes bancaires ou être contraint de désigner un mandataire pour gérer ses biens, dans le but d'éviter toute exploitation abusive. Ces éléments restreignent en quelque sorte les droits individuels des patients.

### La contention architecturale

Cette forme de contention désigne l'utilisation des locaux afin de limiter la libre circulation des personnes. Il peut s'agir du confinement en chambre ou d'isolement dans une pièce fermée. De limiter les allers et venues d'une personne d'un secteur à l'autre ou les espaces spécifiques tels que la salle à manger, la salle d'activité ou l'interdiction de sortir à l'extérieur de l'établissement. Avec l'émergence des nouvelles technologies, une autre forme de contention architecturale est apparue. Les établissements de soins utilisent de plus en plus des dispositifs tels que les digicodes, les portes à accès magnétique, les bracelets anti-fugue ou encore les caméras de surveillance. Même si l'intention des soignants n'est pas de restreindre la liberté, mais si la personne se sent emprisonnée, privée de sa liberté de mouvement, alors il s'agit bel et bien de contention architecturale.

### La contention psychologique ou afflictive<sup>5</sup>

Au sein de la relation entretenue avec les patients, chaque geste, chaque parole peut entraîner des répercussions sur leur santé psychologique. Il arrive qu'à notre insu, nous utilisions des phrases telles que : « Si vous persistez à agiter, nous serons contraints de vous attacher », « Ne vous levez pas, vous risquez de chuter », ou encore « Restez assis ». De

---

<sup>5</sup>Un sentiment fort qui peut se définir comme étant une immense tristesse, un chagrin ou une souffrance

telles expressions peuvent sous-entendre que le soignant exerce une supériorité et détient le pouvoir sur le patient. Dans ce contexte, le patient pourrait se sentir contraint d'obéir aux menaces afin d'éviter des conséquences négatives.

Ainsi, cette forme de contention peut être définie comme l'utilisation d'ordres, de menaces ou de chantages visant à restreindre la liberté du patient.

### La Contention Chimique

De manière générale, les personnes hospitalisées ou résidant en institution sont souvent confrontées à la nécessité de prendre plusieurs médicaments, phénomène connu sous le nom de polymédication. Une étude<sup>6</sup> datant de 2011 a révélé que plus de 50% des patients âgés prennent entre 5 et 10 médicaments par jour. Parmi les médicaments les plus fréquemment prescrits, nous retrouvons les neuroleptiques, les hypnotiques et d'autres médicaments susceptibles d'induire une sédation et une confusion sont.

En psychiatrie, on retrouve les mêmes types de médicaments, tels que les psychos régulatrices comme le lithium, ainsi que des anxiolytiques tels que les benzodiazépines pour calmer une personne anxieuse. Ces substances ont la capacité de modifier l'état psychologique d'une personne.

Nous pouvons donc définir la contention chimique comme l'ensemble des traitements chimiques administrés pour contrôler le comportement d'une personne. Ces traitements peuvent être administrés par injection ou par voie orale.

Il est à noter que, par rapport aux autres formes de contention, la contention chimique est invisible et peut donc être administrée de manière abusive.

Enfin, la Contention Physique Passive

La dernière forme de contention, la contention physique passive, est la plus connue et la plus visible. Nous allons l'étudier en détail, car notre étude se concentre sur cette forme de contention.

### **2.3 La contention physique c'est quoi ?**

La pratique de la contention physique est utilisée depuis plusieurs décennies. Initialement mise en œuvre en psychiatrie, cette pratique a progressivement dévié vers la gériatrie.

Pour mieux appréhender cette forme de contention, examinons les définitions provenant de ces domaines qui s'y intéressent particulièrement. Voici quelques définitions éclairantes.

---

<sup>6</sup> « Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez les personnes âgées ? » H A S, 2014

En Gériatrie, on parle de contention physique dite « passive ». Elle implique l'utilisation de moyens, de méthodes, de matériels ou de vêtements visant à empêcher ou limiter les Capacités de mouvement volontaire d'une partie ou de la totalité du corps. Cette mesure vise à garantir la sécurité en cas de comportements perçus comme dangereux ou inadaptés. Par « comportement dangereux », entendons la crainte de chutes, les troubles du comportement et l'errance excessive.

Les moyens utilisés sont, les Gilets et les sangles thoraciques attacher sur la taille avec ou sans maintien pelvien, les ceintures abdominales, les attaches aux chevilles et aux poignets, des sièges gériatriques, des sièges avec une table fixée dessus, les sacs de couchage, des vêtements détournés de leurs usages habituels, ainsi que des barrières de lit.

La technique du fauteuil inclinable est aussi considérée comme une forme de contention, car elle empêche la personne d'accéder à la manette de déplacement. Cette technique est souvent utilisée par les soignants, mais rarement prescrit dans le dossier médical. Une étude<sup>7</sup> menée en maison de repos a en effet montré que cette position de fauteuil constituait 50 % des contentions non prescrites.

Cette contention physique est dite « passive » pour s'opposer à la contention active. Elle est utilisée en kinésithérapie ou en orthopédie pour faire retrouver à un membre sa fonctionnalité. Exemple la verticalisation d'une personne soignée après une longue période d'alitement, plâtre pour le maintien d'une fracture ou corset pour maintenir le buste.

En psychiatrie, il existe deux types de contention dont la contention manuelle, qui renvoie au maintien ou à l'immobilisation d'une personne par la simple force physique. Elle est souvent utilisée pour essayer de calmer une personne agitée ou pour la déplacer d'un point à un autre.

Il y a également la contention mécanique, dont le but recherché et les matériels utilisés sont les mêmes qu'en gériatrie. Ce qui les différencie, c'est qu'elle s'exerce uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement et cet isolement ne sera possible qu'en l'absence de consentement de la personne. Cela signifie qu'elle doit être utilisée dans un espace spécialisé avec des équipements dédiés et en l'absence de l'accord du patient.

Nous entrerons plus tard dans les détails pour comprendre ces termes et ces conditions.

En guise de conclusion, nous pouvons affirmer que la contention physique est l'une des plus

---

<sup>7</sup> Pour une approche bienfaisante de la contention la communication, la logique et l'imagination Michel T. Giroux, Claude Maheux, Manon Chevalier, Le Médecin du Québec, volume 40, numéro 1, janvier 2005



complexes, car attacher une personne avec des dispositifs peu valorisants n'est pas ordinaire. De plus, c'est un soin qui nécessite de prendre en compte plusieurs paramètres. Nous allons étudier l'un de ces paramètres.

## **2.4 Quelles sont les indications et contre-indication ?**

Lorsque la décision de contenir une personne soignée est envisagée, il est primordial de vérifier certains critères. Nous ne pouvons pas prendre la décision d'attacher une personne sans y poser une réflexion. Nous devons vérifier que le cas de la personne réponde aux modalités du soin en question, ces modalités sont appelées les indications et contre-indications. Elles guident le praticien dans sa prise de décision de prescrire ou non un traitement, de réaliser un examen médical ou d'intervenir chirurgicalement.

La Haute Autorité de Santé a dressé une liste des indications et des contre-indications à respecter pour la mise en œuvre d'une contention physique. Nous allons les énumérer.

### **Indications**

- Elle ne doit être utilisée qu'en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée et proportionnée au risque.
- L'indication est limitée à 6 heures. Si l'état de santé de la personne ne s'améliore pas, elle peut être prolongée à 24 heures.
- Nous pouvons avoir recours à la contention lorsqu'il y a un problème de maintien, c'est-à-dire que nous rencontrons des difficultés à maîtriser le comportement agressif ou agité d'une personne.
- Dès lors ou nous estimons que la mise sous contention va contribuer à l'amélioration l'état du patient. Cette indication sera nécessaire, que si le recours aux différentes mesures d'alternatives a été mis en place, et suivis d'une inefficacité.
- Lorsqu'il y a nécessité de préserver l'intimité ou la dignité de la personne, exemple une personne soignée qui se dénude devant les autres.

### **Contre-indications**

- La contention ne doit en aucun cas être utilisée pour punir une personne.
- Sous aucun prétexte, elle ne doit être utilisée pour pallier un manque d'effectif, la mise sous contention d'un patient ne remplace pas un personnel soignant.
- Elle ne doit pas être mise en place par convenance de l'équipe, autrement dit, nous ne pouvons pas l'utiliser parce que cela nous arrange.

Ces recommandations, vont permettre aux professionnels de décider de prescrire une mesure de contention ou non. Nous soignant, notre rôle sera surtout de veiller à ce qu'ils soient respectés, cela permettra d'éviter une forme d'abus. Pour éviter ces abus, nous devons aussi tenir des conditions de mise en place.

## **2.5 Quel sont les conditions de mise en œuvre ?**

D'une manière générale, la mise en œuvre d'une contention doit rester exceptionnelle et doit suivre un protocole précis. Dans ce protocole, la surveillance et la réévaluation sera fréquent vue le risques et les dangers que représente cette forme de soin. Nous allons étudier les différentes étapes de ce protocole pour structurer ce soin.

### **Évaluation**

L'évaluation se fera par l'équipe pluridisciplinaire, elle aura pour but d'identifier les risques, notamment les risques de chute, de déambulation excessive, d'agitation ou encore les troubles comportementaux. Avant de décider d'une mesure de contention, ces risques devront être identifiés et traités, si cela ne suffit pas, la contention sera alors mise en place. En aucun cas, cette décision ne doit être prise uniquement sur une impression de risque, les risques doivent être réels.

### **Informé la personne et ses proches**

Même si la contention est une méthode de soins qui peut paraître désagréable, nous avons l'obligation d'informer et d'expliquer ce soin au patient, mais également à sa famille. L'information fait partie des droits du patient, mais un devoir pour le professionnel. Le but, c'est d'expliquer au mieux possible, la décision de cette mesure pour obtenir le consentement libre et éclairé de la personne ou de sa personne de confiance.

### **Prescription médicale**

La contention est réalisée sur prescription médicale, c'est-à-dire que c'est le médecin qui décide d'une mesure de contention. La prescription doit contenir la date et le nom de la personne qui l'a prescrit. Nous devons pouvoir lire le motif, le matériel utilisé, la durée prévue de celle-ci ainsi que les risques qui peuvent en découler.

En cas de problème, nous devons pouvoir utiliser toutes ces informations comme preuve, la traçabilité est donc très importante. Notons que cette prescription doit être individualisée et renouvelée toutes les 6 heures et 24 heures en cas de prolongation.

### **Surveillance programmée et retranscrite dans le dossier**

C'est l'infirmier en chef, qui est responsable de sa mise en œuvre. La surveillance est faite au cas par cas, selon les antécédents de la personne, sa pathologie et la forme de contention utilisée.

Au niveau physique, l'attention sera portée, sur l'état cutané aux niveaux des points d'attache et d'appui, la fonction respiratoire, les paramètres physiologique, l'hydratation, l'alimentation et le sommeil...

Sur le plan psychologique, pratiquer l'écoute active peut permettre de ressentir l'émotion de la personne exemple stress, tristesse, la colère... La surveillance se portera également sur l'environnement de la personne, le nombre et la qualité de visite qu'elle reçoit, les objets familiers ou personnels, l'éclairage de la chambre et les activités. Il est obligatoire que cette surveillance soit consignée dans le dossier du patient.

### **La réévaluation**

Cette étape aura lieu 6 heures ou 24 heures après la mise sous contention. Le but sera de décider de la poursuite de la mesure ou non. En s'appuyant sur le rapport bénéfice/risque, l'équipe soignante et le médecin ayant prescrit la contention pourront décider si la mesure s'est avérée efficace ou non. En cas de levée de la mesure, le personnel soignant devra expliquer à la famille les motifs qui ont justifié cette décision. Ces motifs peuvent être de diverses natures, tels qu'une diminution du risque de chute, des symptômes d'agitation ou d'autres alternatives possibles.

Cette réévaluation se fera tous les jours, notamment lors de la transmission du matin.

En suivant ces conditions, le professionnel garantit la sécurité non seulement du patient, mais aussi celle des soignants et des autres patients. De plus il se protège lui-même, en cas de mécontentement ou litige, il pourra toujours utiliser la traçabilité pour prouver que les conditions ont été respectées et qu'il a respecté la loi.

### **2.6 Qu'en dit la loi ?**

Définition de la loi : le mot loi est un terme pour désigner une règle, une norme ou/et une obligation. Il vient d'une autorité d'un pays et s'impose à tous les individus qui y vivent. Son non-respect est sanctionné par la force publique. Elle est présente partout, dans la rue, les magasins, ou encore dans notre propre maison.

Dans la pratique soignante, la loi n'est jamais loin, car l'acte de soin constitue une intervention sur le corps humain, et d'après le droit, le corps est la personne. D'un point de

vue moral, l'acte de soin est naturel et bienfaisant, mais du point de vue juridique, une intervention sur le corps humain est assujettie à des conditions, car elle peut causer préjudice en altérant l'une des capacités du corps humain.

Dans la loi belge du 22 août 2002, l'État a mis en place une loi qui rassemble les droits de la personne soignée. Dans ce regroupement, nous pouvons trouver les deux principales conditions pour qu'un soin puisse être dispensé, le but thérapeutique, c'est-à-dire que le but de ce soin est de guérir et de soulager la personne. Et la deuxième condition, c'est le consentement, que nous pouvons définir par un accord volontaire qu'on donne à une personne. Cet accord peut être aussi donné par une personne de confiance que la personne elle-même. Dans le cas où la personne est en incapacité de choisir elle-même, c'est la justice qui tranche, nous parlons alors de mesure de protection judiciaire.

Néanmoins, il existe une exception aux deux conditions citées précédemment, dans le cas des urgences<sup>8</sup>, Lorsque nous ne connaissons pas la volonté du patient ou de la personne de confiance qui le représente, le consentement n'est pas obligatoire. En revanche, le praticien doit expliquer les raisons pour lesquelles il n'a pas pu solliciter le consentement du patient et consigner ces raisons dans le dossier du patient.

En revanche, si une personne ne porte pas assistance à une personne en danger sous prétexte de l'absence de consentement ou pour quelque autre raison que ce soit, le Code pénal prévoit une peine d'emprisonnement de huit jours à six mois ainsi qu'une amende de 50 à 500 euros<sup>9</sup>.

Dans l'arrêté royal du 18 juin 1990 dans l'article 1, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers, il stipulait que « les mesures de contention et d'isolement du patient ne peuvent être appliquées que pour prévenir les lésions corporelles chez le patient même ou chez d'autres ». Autrement dit la contention doit être utilisée que si la personne risque de se blesser, c'est-à-dire se casser un membre ou de blesser autrui, agresser un autre patient ou soignant par exemple. En aucun cas, elle ne doit être utilisé pour éviter qu'un patient ne quitte son lit ou encore parce que les soignants sont occupés avec d'autres personnes soignées.

---

<sup>8</sup> Loi du 22 août 2002, art. 8, § 5

<sup>9</sup>Article 422bis du Code pénal

À l'international.

Nous retrouvons la question de droit à la liberté et de sûreté, « tout individu a droit à la liberté et à la sûreté, nul ne peut être privé de sa liberté sauf si celle-ci fait l'objet d'un emprisonnement par la justice<sup>10</sup> ». En d'autres termes, notre liberté doit être respectée par tous.

Ces différentes législations nous amènent à nous poser les questions suivantes : Si nous devons tenir compte de ces législations, dans quels cas pouvons-nous attacher une personne ? Pour quel motif ?

### ***2.7 Quand décider d'attacher une personne ?***

Dans la pratique, de nombreux motifs peuvent justifier la prescription d'une contention. Les motifs qui sont les plus cités sont la crainte de chute, les troubles comportementaux, la déambulation excessive et l'agitation. En effet, ces motifs constituent un trouble qui est considéré comme dangereux.

Le premier motif qui pousse le professionnel à attacher une personne est donc la crainte de chute. En effet, les chutes sont récurrentes chez les personnes âgées, du fait du vieillissement ou d'une pathologie antérieure. La personne devient plus fragile et donc plus susceptible de provoquer une chute. Ces risques de chute sont souvent liés à un manque d'exercice physique, des chaussures mal adaptées, des chambres mal agencées, une dégradation de la vue ou une mauvaise alimentation. Les effets indésirables de certains médicaments peuvent aussi jouer un rôle provoquant un déséquilibre, des étourdissements, somnolence et confusion mentale.

Viennent ensuite les troubles comportementaux tels que l'agitation difficilement contrôlable, l'agressivité, l'auto-agressivité et l'hétéro-agressivité envers les soignants ou les autres personnes, mais aussi la déambulation excessive qui est souvent caractérisée par une désorientation spatio-temporelle. Ces désordres sont souvent causés par des maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson, des pathologies pouvant entraîner des troubles cognitifs irréversibles. C'est également le cas du syndrome de Korsakoff, principalement provoqué par un alcoolisme chronique. À cela s'ajoute la prescription de certains médicaments tels que les calmants, les antalgiques ou encore les somnifères.

---

<sup>10</sup> Art.3 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Outre le motif cité précédemment, diverses situations sont susceptibles de conduire à la prescription d'une contention, exemple : risque d'arracher des dispositifs tel que la perfusion, transfusion, un pansement, un plâtre ou risque de partir s'il y a un danger proche.

### Études et chiffres

Le nombre de cas d'utilisation de contention était situé entre 7 et 17 % dans les services hospitaliers de court séjour et celle-ci varie entre 19 à 84,6 % en établissement de long séjour. Chez les personnes de plus de 65 ans, les chiffres atteignent 18 à 22%. Ces chiffres ne sont pas officiels, mais l'ANAES a mené une étude<sup>11</sup> pour les recenser. Notons que ce chiffre augmente en flèche la nuit parce qu'il y a moins de personnel soignant. Nous pouvons constater la différence de pourcentage qu'il y a entre les différents types structure d'hospitalisation. Cette différence laisse à penser que l'utilisation de la contention dépend de la structure, de la durée d'hospitalisation, la pratique médicale et la politique de l'établissement.

Il est important de souligner qu'aucune étude scientifique ne prouve l'efficacité de cette mesure. Au contraire, certaines études ont montré qu'il y a plus d'incidents pour les personnes contenues. Par exemple, une étude<sup>12</sup> menée par Mary Tinetti a révélé que les chutes étaient plus fréquentes chez les patients sous contention (17 % contre 5 %), et les chutes graves n'étaient pas plus fréquentes en l'absence de contention.

Une autre étude<sup>13</sup>, réalisée par Capezuti, a confirmé ces résultats en montrant qu'une personne contenue présentait un risque accru de chutes répétées. De plus, la contention entraînait souvent des conséquences négatives sur le plan psychologique et physique. Ces conséquences incluaient une augmentation de la confusion, de la dépression et des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne.

Ces études soulèvent des interrogations sur l'efficacité de la contention et mettent en évidence le risque de l'effet inverse de celui recherché. Il est alors légitime de se demander si cela peut être assimilé à de la maltraitance ou à des abus.

---

<sup>11</sup> Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé limiter les risques de la contention physique de la personne âgée

<sup>12</sup> Tinetti ME, Liu WL, et al, utilisation de la contention mécanique liées aux chutes chez les résidents, mars 1992

<sup>13</sup> Capezuti E., Evans L., Strumpf N., Maislin G. (1996). Recours à la contention physique et chutes chez un résident de maison de retraite

## **2.8 Quelle est la frontière entre sécurité et maltraitance ?**

Dans le domaine des soins, la quête de sécurité est l'élément central. Dans la plupart des situations, c'est cette recherche de sécurité qui pousse les proches à envisager le placement. Ce placement leur procure de la tranquillité, d'apaisement, la sérénité ou encore une sensation de mettre leur proche à l'abri d'un danger. Ils placent toute leur confiance au personnel soignant pour prendre soin de leurs proches. Nous soignant, notre rôle, est de tout mettre en œuvre afin de leur procurer cette sécurité.

Cependant, il y a certaines situations qui nous amènent à être maltraitant sans nous en rendre compte. Exemple, le manque d'effectif qui peut nous forcer à faire une prise en charge inadéquate.

Qu'est-ce que la maltraitance ?

La maltraitance est un traitement néfaste que nous infligeons à une personne, la traitant avec violence, mépris ou indignité. Nous parlons de maltraitance lorsqu'un geste, une parole, ou une action fait du tort aux droits et aux besoins fondamentaux d'une personne. Elle est considérée comme physique, à partir du moment où nous touchons la personne pour lui porter atteinte exemple, frapper, mutiler, utiliser des objets pour blesser, etc. Elle est psychologique, dès lors que les paroles deviennent humiliantes, insultantes, ou quand nous infantilisons une personne par des actes ou des paroles.

Nous pouvons également évoquer les abus, c'est-à-dire l'utilisation excessive à des fins inappropriées d'une chose. En ce qui concerne la contention, l'abus de son utilisation est souvent mentionné lorsqu'il est question de maltraitance. En effet, il arrive que certains professionnels utilisent la contention pour punir, combler un manque d'effectif, sans prescription médicale ou même par négligence.

À cette liste s'ajoute la négligence, que nous pouvons définir comme un manque d'attention ou de vigilance. Elle découle souvent d'une intention bienveillante, d'une louable volonté, mais il arrive fréquemment que la mise en œuvre ne corresponde pas aux capacités physiques et/ou psychologiques de la personne.

Rachid Madrane, ministre PS de l'Action sociale pour la Région Bruxelles-Capitale, a écrit une circulaire<sup>14</sup> pour encadrer l'utilisation de la contention. Dans cette circulaire, il veut mettre en évidence et rappeler les droits des personnes âgées. Il met un accent sur le fait que cette

---

<sup>14</sup> Le soir, 24 décembre 2013, Maltraitance dans les homes : mieux encadrer la contention

mesure doit rester exceptionnelle, car il estime que cela non seulement nuit à la liberté de mouvement des personnes, mais peut parfois porter atteinte à l'intégrité, engendrer des mauvais traitements et utiliser de façon abusive. Il a donc jugé nécessaire d'écrire cette lettre qu'il a adressée à plusieurs maisons de repos pour les inciter à réduire l'usage de cette pratique et d'améliorer la sécurité avec un encadrement strict.

En lien avec la contention, le Conseil de l'Europe définit la maltraitance en institution comme « Toute situation où la personne soignée ne se sent pas en sécurité et que cette situation crée des préjudices tolérés par les procédures d'organisations responsables d'offrir des soins ou des services de tout type, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes » Dans cette définition, nous pouvons lire le mot « préjudice », que nous pouvons définir par la perte d'un bien ou d'un avantage provoqué par une autre personne. Cette notion, nous fait rappeler l'un des droits du patient qui est la dignité, en faisant du tort à la personne nous portons atteinte à sa dignité humaine, donc à son droit.

## ***2.9 Qu'est-ce que c'est la dignité ? l'un des droits fondamentaux du patient***

Le concept de droit fondamental renvoie à l'idée que cela est vital, important, capital, donc cela implique qu'il doit être respecté d'une manière absolue.

La notion de dignité peut avoir plusieurs aspects, au niveau philosophique, religieux ou encore juridique. Au niveau juridique, la dignité peut se définir par le respect, la considération que mérite quelqu'un ou quelque chose. Autrement dit chaque personne mérite d'être respectée, d'être bien traitée indépendamment de son âge, son sexe, sa religion, sa culture et son état de santé physique ou mentale. Ce principe consiste à participer à l'épanouissement et au bien-être d'une personne.

Dans la pratique soignante cette notion de dignité est primordiale pour la personne soignée, elle fait partie de son droit. Il est stipulé dans l'article 5 des droits des patients que « le patient a droit, de la part du praticien.....Dans le respect de sa dignité, sans qu'une distinction ne lui soit faite ». Le professionnel a donc l'obligation de protéger tous les intérêts de la personne, c'est-à-dire son intégrité corporelle, religieuse et culturelle.

Le respect de cette dignité doit être pris en compte à tout moment, lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, et même quand la personne est décédée.

Dans le cas de l'utilisation de contention, il peut être difficile d'allier les deux, car le soin en lui-même peut être perçu comme une pratique peu respectueuse de la dignité de l'être



humain. En effet, certains patients peuvent ressentir un manque de respect et l'impression que leur dignité est bafouée et que nous les privons de certains droits.

## ***2.10 Pourquoi la contention peut être considérée comme une privation de liberté ?***

Il est primordial de définir un cadre juridique à l'utilisation de la contention et à la privation de liberté. A faire le point entre les inquiétudes réelles du terrain et le droit, car ces mesures remettent en cause la liberté individuelle. Les soignants voient affluer des principes juridiques qui sont en totale opposition avec le soin. Droit individuel avec contrainte de service, libre consentement et devoir de protection, liberté de la personne et protection de la société, liberté individuelle et relation avec la famille.

La privation de liberté commence par les lieux de soin, car une fois qu'une personne est placée, elle doit suivre certaines règles, se comporter d'une certaine façon et avoir un certain rythme de vie. Elle doit notamment tenir compte des horaires de visites, pour manger ou encore avoir un accès limité de leurs proches. Ces éléments, peuvent laisser penser que la personne est en prison parce qu'elle a commis un crime ou un délit.

Nous pouvons donc nous demander, pourquoi une personne qui n'a commis aucun crime, aucun délit est privée de certaines libertés ? Qu'est-ce que la privation de liberté ?

La privation de liberté, c'est le fait d'interdire à quelqu'un de faire quelque chose alors qu'il en a parfaitement le droit. Nous privons une personne de sa liberté en le confinant dans sa maison par exemple.

À notre définition, peut s'ajouter celui du Conseil de l'Europe, qui le définit par « le confinement dans un lieu donné pour une durée non-négligeable et l'absence de consentement de la personne ». Dans cette explication, nous pouvons lire le terme « Confinement », qui fait référence à l'enfermement d'une personne dans un espace limité pour le tenir à l'écart de quelque chose ou de quelqu'un. Nous utilisons souvent ce terme pour parler des réductions des risques de contamination de virus par exemple.

Il est précisé dans cette définition qu'il ne s'agit pas obligatoirement d'un enfermement physique. Il est peut-être aussi psychologique, exemple l'administration d'un médicament qui risque de modifier le fonctionnement du système nerveux.

Nous pouvons faire le lien entre la définition du terme confinement et une des libertés fondamentales, qui est celle de la liberté d'aller et venir. Elle est issue de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen Cette liberté vient de la liberté de la circulation qui est le

droit pour tout individu de se déplacer, circuler librement dans un lieu et de quitter celui-ci quand elle le désire. Une personne a donc le droit de se déplacer librement sans contraintes en préservant l'ordre public.

Nous pouvons notamment parler de « l'isolement », une mesure qui consiste à couper la personne du monde extérieur, car son comportement est estimé dangereux pour les autres. C'est le cas en prison, lorsqu'un détenu risque de blesser ses codétenus ou qu'il a transgressé les règles de vie, il est mis en isolement.

En milieu psychiatrie, nous parlons d'isolement lorsque le professionnel décide d'enfermer une personne seule dans une pièce, car son comportement est estimé dangereux pour les autres.

Le conseil de l'Europe parle en outre du « consentement », pour faire référence à la liberté de choisir. C'est cette liberté qui permet à une personne soignée d'accepter ou non un traitement, un soin ou une intervention chirurgicale. Sans le consentement du patient ou celui de sa personne de confiance, un praticien n'a pas le droit de prodiguer un soin sinon cela sera considéré comme une atteinte à la personne et par conséquent à sa liberté.

Aux vues de ces éléments, nous pouvons dire que dans l'immédiat la contention est en totale opposition avec la conservation de la liberté. Néanmoins, nous pouvons comprendre et entendre que dans certains cas, il est difficile, voire impossible d'allier contention et respect de la liberté. Alors, qu'en est-il lorsqu'une personne devient violente parce qu'elle estime que ses libertés ne sont pas respectées ? Quels sont les risques et les dangers pour les personnes concernées ?

### ***2.11 Quelles sont les risques et les dangers de la contention physique ?***

La contention n'est pas une forme de soin anodin, elle est donc susceptible d'entraîner des risques et des dangers. Même si c'est le patient pour lequel nous allons nous inquiéter en premier, il ne faut pas oublier les risques pour l'entourage et pour les soignants. Une étude<sup>15</sup> canadienne a énuméré un panel de risque sur l'utilisation de cette mesure. Les risques peuvent être de natures physiques et psychologiques.

---

<sup>15</sup> Pour une approche bienfaisante de la contention la communication, la logique et l'imagination Michel T. Giroux, Claude Maheux, Manon Chevalier, Le Médecin du Québec, volume 40, numéro 1, janvier 2005

### Risque physique

Le syndrome d'immobilisation est le premier risque qui ressort. Ce syndrome, peut se manifester par des contractures provoquées par l'excès de l'utilisation des muscles. En effet, à force de contracter et décontracter, les muscles travaillent plus.

Des troubles trophiques peuvent apparaître en raison d'une mauvaise vascularisation d'un tissu, se traduisant par une pigmentation ou une décoloration de la partie du tissu concerné. Il peut notamment provoquer des escarres de décubitus dû à une compression continue des tissus. Des plaies peuvent apparaître et peuvent aller jusqu'à atteindre les muscles.

Une rétention d'urine à répétition peut se manifester à cause l'affaiblissement du muscle de la vessie ou des problèmes nerveux qui empêche les signaux entre le cerveau et la vessie. La capacité fonctionnelle peut diminuer, c'est-à-dire que la personne n'aura pas suffisamment de force pour accomplir diverses tâches. En effet, rester dans une même position pendant un temps peut provoquer une perte de la masse musculaire. Cette perte va entraîner une perte de poids, donc la personne va se sentir faible, ressentir de la fatigue et aura du mal à se déplacer.

Il est aussi question de l'accélération de la perte d'autonomie, car une personne immobilisée aura du mal à accomplir les actes de la vie quotidienne.

Ce syndrome d'immobilisation peut aussi avoir pour effet l'allongement de la durée d'hospitalisation ou celle de la rééducation s'il y a besoin. Cet allongement va augmenter le risque d'infection nosocomiale, car plus on reste à l'hôpital et plus on risque d'attraper une infection.

### Risque psychologique

L'image que nous avons de la contention est souvent stérile, la personne contenue ne comprend pas toujours les raisons de cette décision. Comme nous avons pu voir cette mesure peut être mise en place même si la personne n'est pas d'accord ou même si elle a donné son consentement, elle peut être difficile à accepter. Face à ce désaccord, des sentiments négatifs peuvent se manifester.

Des sentiments tels que la dépression, provoquant un repli sur soi-même, l'isolement ou encore la baisse de l'estime de soi.

Ces sentiments peuvent conduire à un refus total participé aux actes de la vie quotidiennes. La personne ne voudra plus rien faire, elle ne voudra plus communiquer, ne coopérera plus lors des soins et ne voudra plus participer aux activités proposées.

La personne peut ressentir de l'humiliation ou encore le sentiment que sa dignité a été bafoué. Cette incompréhension peut mener à une forme de colère, d'agressivité, de confusion, de l'agitation ou de l'angoisse.

En conclusion, nous pouvons dire que cette forme de soin est un cercle vicieux, car nous mettons une personne sous contention parce qu'elle est agitée ou violente, mais cette mesure le rend encore plus turbulent.

### Risque pour les soignants

Il est difficile de prendre en charge une personne contenue, car nous risquons d'être blessés à tout moment. Nous pouvons nous prendre un objet en pleine face, de tomber lorsqu'elle nous repousse ou tout simplement se prendre une baffe.

Outre ces risques physiques, il y a aussi la méconnaissance du sujet, qui peut laisser apparaître des sentiments d'incertitude face à la dangerosité de la mesure. La crainte de représailles, tant de la part de la famille que de l'administration.

Des fausses croyances concernant l'efficacité de la contention conduisent les soignants à se concentrer sur la sécurité au détriment de la liberté de l'individu.

D'ailleurs un médecin nommé Difabio<sup>16</sup> a analysé les vécus des infirmières concernant l'utilisation de contentions physiques en milieu psychiatrique. Il en résulte de cette étude que pendant la prise en charge des patients, la plupart des soignants ressentent de l'anxiété, la frustration et un sentiment de culpabilité ne sachant pas comment réagirait la personne contenue.

Il est également question de la surcharge de travail que peut entraîner la mise en place de cette mesure. En effet, il est à noter que la charge de soin par les patients contenus est plus importante que celle des non contenus, ces méthodes ont tendance à demander plus de vigilance, surveillance, présence.

Ces sentiments négatifs, combinés à une surcharge de travail, amènent souvent les soignants à être en burn-out et provoquent un manque d'effectif dans les institutions.

À travers les sentiments qui ressortent, nous pouvons en conclure cette mesure mérite d'apparaître dans le programme de l'enseignement du métier d'infirmière et d'aide-soignant.

---

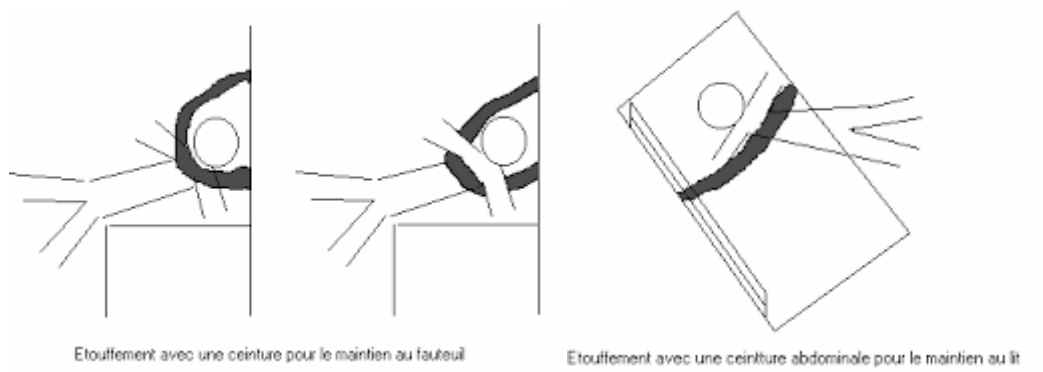
<sup>16</sup> DIFABIO S. Réactions des infirmières à la contention des patients. Suis J Nurs 1981

### Pour l'entourage,

Il est compliqué de voir un proche attaché comme un animal en cage, le souvenir de cette image crée un sentiment d'impuissance et de tristesse. Un sentiment de détresse peut faire surface ne sachant pas quoi faire pour soulager ou aider leurs proches. Dans certains cas, des proches vont carrément entamer un deuil, car en plus de l'hospitalisation, de la dégradation générale de leurs santés, ils doivent aussi faire face à une mesure de contention.

### Mortalité

Illustration Schématisation de situations d'étouffement avec une ceinture de maintien au fauteuil et aulit



L'exemple de patients étranglés par le matériel de contention alors qu'ils avaient glissé entre la barrière du lit et le matelas en tentant de descendre du lit est le plus évoqué. En effet, plusieurs décès causés par la contention ont été enregistrés. Des décès par étouffement provoqués par une compression thoracique ou au niveau du diaphragme.

Des décès par asphyxie causés par une sangle qui a été mal positionnée ou tout simplement que la personne a été mise en position non-physiologique, ce qui va causer une hypoxie.

L'utilisation de matériel qui n'est pas adapté à la personne, par son poids, sa taille ou sa pathologie, risque de causer un accident.

À cela, s'ajoute le manque d'effectif qui entraîne une surcharge de travail et qui empêche le personnel d'appliquer une surveillance adéquate.

Dans une étude<sup>17</sup> qui a été menée sur les décès liés à l'utilisation de la contention. Il en ressort qu'un décès sur mille est en lien avec la contention en institution pour personnes âgées.

Il a évalué que sur dix-neuf cas de décès, treize ont été provoqués par des mouvements

---

<sup>17</sup> Miles SH, Irvine P. Décès causés par des contraintes physiques. *Gérontologie* 1992

involontaires de la personne soignée et six cas parce que la personne a essayé de tenter d'échapper à la contention. Cette étude insiste sur le fait que dans certains cas, la contention physique est une nécessité pour protéger le patient, les risques et les conséquences qu'elle entraîne sont parfois irréversibles.

Aux vues de ce que nous venons de relever, nous pouvons en conclure que les effets de cette mesure ne sont pas en accord avec le but qui est recherché initialement. En tenant compte des sentiments des personnes concernés et les accidents qui peuvent survenir, nous pouvons nous demander si rechercher des alternatives ne serait un moyen d'éviter tout cela.

### ***2.12 Quelles sont les alternatives que nous pouvons mettre en place avant d'envisager d'attacher une personne ?***

La recherche des alternatives consiste à trouver d'autres moyens que la solution qui s'impose à nous. Il est primordial de connaître les différentes options envisageables, de sortir de nos habitudes et certitudes, afin d'adapter la mise en œuvre de ces alternatives à la situation qui se présente. Pour y parvenir, il sera nécessaire de comprendre les moyens permettant de limiter ou d'éviter l'utilisation de la contention ou la privation de liberté.

Il sera également essentiel d'identifier des situations spécifiques à chaque type de patient et à chaque type de soin, susceptibles d'entraîner des mesures de contention ou de privation de liberté.

La recherche d'alternatives à la contention n'est jamais simple, car cela implique pour les professionnels de tenir compte de la législation, de l'éthique et de revoir l'aspect organisationnel de l'institution.

Lorsque les alternatives appropriées seront identifiées et mises en œuvre, elles devront être évaluées en termes d'efficacité et de sécurité qu'elles procurent, à la fois pour la personne soignée et pour les professionnels

Dans un rapport de L'ANAES<sup>18</sup> il est recensé de nombreuses alternatives à mettre en place pour tenter d'éviter la contention. Ces alternatives sont valables pour tous les motifs qui poussent à attacher une personne soignée, à savoir le risque de chute, l'agitation, la violence, l'agressivité ou encore la déambulation dite excessive.

---

<sup>18</sup>Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé

Elles ont été regroupées en trois grandes catégories : l'approche médicale, l'adaptation de l'environnement et l'accompagnement personnalisé. Nous allons étudier ces trois catégories.

### L'accompagnement de la personne

Cet accompagnement, désigne les différents types d'action que nous pourrions mettre en place dans les domaines relationnelles, Rééducatives ou occupationnelles. Nous devons faire appel aux connaissances que nous avons de la personne.

Pour mener au mieux cet accompagnement, nous devons nous poser les questions suivantes : pourquoi la personne se comporte ainsi ? Quels accompagnements lui conviennent le plus pour éviter la mise sous contention ?

### L'approche médicale

Lorsqu'un professionnel envisage de mettre une contention, cette décision est forcément en lien avec l'état de santé du patient ou son état de santé à un moment donné. Surement, que l'état de santé de celle-ci s'est dégradé. Dans cette démarche, nous allons regrouper toutes les informations et traitements que nous pouvons mettre en place pour répondre à des problématiques d'origine somatique<sup>19</sup>.

Par exemple dans le cas de risque de chute, nous pouvons nous poser la question si cela n'est pas dû à une hypotension orthostatique<sup>20</sup>. Cette hypotension peut avoir un rapport avec l'immobilisation trop longue d'une partie des membres ou une iatrogénie<sup>21</sup>. Cela peut provoquer des vertiges, des troubles du sommeil, des troubles de la glycémie et des tremblements.

Dans le cas d'une agitation ou d'une déambulation, nous pouvons, nous demander si la personne n'a pas de douleur au dos par exemple. Le fait de trop marcher ou de se débattre pourraient être la cause de cette douleur. La recherche se portera aussi sur les causes qui pourraient provoquer le manque d'attention et la concentration du patient.

Une fois les causes identifiées, on pourra mettre en place des actions pour les combattre.

---

<sup>19</sup> C'est ce qui concerne le corps uniquement dans sa dimension physique et non psychique

<sup>20</sup> C'est est une baisse excessive de la pression artérielle en position debout ou lors du passage de la position allongée (ou assise), à la position debout Elle se manifeste par des vertiges, des troubles visuels, une sensation de faiblesse et parfois même un malaise accompagné d'une chute avec perte de connaissance

<sup>21</sup> Effets indésirables liés à la prise de médicament

## L'adaptation à l'environnement

Cette adaptation consiste à faire en sorte que tout ce qui entoure la personne lui soit favorable, cela peut aller de l'état, de son lieu de vie jusqu'à son ressenti, ses émotions etc. Nous allons identifier cela pour y remédier.

Dans le cas de risque de chutes, nous chercherons à identifier les causes environnementales qui en sont responsables. Une fois trouvées nous, nous nous efforcerons de les limiter le plus possible. Ces limitations vont s'effectuer par des actions telles que, la modification du chaussage pour le rendre plus praticable, le réaménagement des espaces pour avoir plus d'espaces, la modification du mobilier et de l'éclairage.

En ce qui concerne l'agitation, notre attention sera portée sur des facteurs environnementaux qui entourent la personne, la décoration de la chambre, les objets avec des valeurs sentimentales, son passe-temps favoris et la présence des proches, famille.

Qu'elles soient matérielles ou humaines, le personnel doit tenter d'apaiser la personne et de l'orienter vers des activités susceptibles de l'intéresser. Enfin, dans le cas de la déambulation, le personnel soignant doit être attentif pour noter les lieux où la personne se dirige le plus, cherche-t-elle quelque chose ou quelqu'un ? Est-ce de l'ennui ? Ne serait-ce pas un problème de repérage dans l'espace ?

Nous pouvons aussi nous appuyer sur certaines études, qui ont montré l'efficacité des alternatives. Nous pouvons citer le programme EXBELT, qui s'est intéressé à la contention physique liée aux risques de chutes. Celui-ci a montré que la mise en place d'un programme associant : une nouvelle politique institutionnelle, la formation de l'équipe soignante et les consultations d'un référent extérieur a permis de diminuer de 50 % l'utilisation de la contention physique. En effet, il a démontré qu'en utilisant un dispositif comme le protecteur de hanche pour amortir les chutes, des coussins d'assise ergonomiques pour prévenir le mal de dos et les escarres ou encore la pratique des exercices pour l'entretien de l'équilibre, ont permis cette diminution. En conclusion, nous pouvons dire que la recherche des alternatives constitue un avantage pour les personnes concernées. En effet, à la suite de cette mise en place, la personne soignée évitera la mesure de contention et épargnera à sa famille les différents sentiments que peut engendrer cette mesure. Concernant le professionnel, il diminuerait l'utilisation de cette mesure donc, les risques de blessure et les accidents. En diminuant les risques, le soignant aura moins de tâche à accomplir et sera plus disponible pour répondre au besoin fondamentaux de la personne soignée.



Dans cette partie théorique, nous avons vu ce que c'est que la contention son histoire, mais aussi les personnes concernées par cette mesure.

Nous avons passé en revue les différentes formes de contention, les matériels ou moyens utilisés, ces indications et contre-indication et les conditions que nous devons respecter pour sa mise en œuvre. Nous avons notamment vu les diverses mesures législatives, l'aspect éthique et déontologique dont nous devons prendre en compte avant d'attacher une personne. Ses divers aspects, nous a conduit à évoquer les causes qui peuvent inciter les professionnels à décider de cette mesure.

Nous avons noté que ces causes sont celles que nous sommes amenées à rencontrer quotidiennement dans notre profession d'aide-soignant. Parmi les causes, mentionnons la crainte de chute, la déambulation excessive et les troubles du comportementaux.

Nous avons pris conscience des nombreux dilemmes liés à l'utilisation de cette forme de soins. Des dilemmes entre conservations de liberté et le but thérapeutique, droit individuel avec contrainte de service, libre consentement et devoir de protection, liberté de la personne et protection de la société, liberté individuelle et relation avec la famille.

Nous avons aussi soulevé la question de la maltraitance, car cette forme de soin peut être perçue et ressentis comme déshumanisante par les différents protagonistes.

Enfin, nous avons étudié les différents risques et dangers que peuvent découler de l'utilisation de cette forme de soin. Nous avons pu nous rendre compte que la contention pouvait avoir un impact négatif sur le plan physique et psychologique pour toutes les personnes concernées. Face à ces risques, nous avons exposé des alternatives que nous pouvons mettre en place pour éviter ou diminuer ces incidents.

Il est donc primordial pour nous, aides-soignants de déceler les premiers signes qui pourrait conduire à la mise en œuvre de cette mesure. Pour y arriver, nous devons intervenir précocement en mettant en place ces alternatives, car comme nous avons pu constater que les conséquences de cette mesure peuvent être irréversibles.

# **3 PARTIE PRATIQUE**

Dans cette partie pratique, il va être question de déterminer le rôle de l'aide-soignant pour tenter de réduire ou d'éviter l'utilisation de la contention. Du fait de notre proximité avec la personne soignée, l'aide-soignant pourra observer des éventuels changements tant au niveau physique que psychologique. Une fois les observations faites, l'aide-soignant aura pour rôle de surveiller, d'éduquer, de conseiller et d'informer le patient et sa famille.

Pour mener à bien notre prévention, l'aide-soignant pourra s'appuyer sur les différentes causes qui peuvent pousser les professionnels à décider d'avoir recours à la contention. Nous allons donc proposer des actions que nous pouvons mettre en place pour combattre ces causes.

Enfin, nous avons vu que le sujet de la contention en institution est encore peu méconnu du personnel soignant, pour cela nous allons nous pencher sur les différentes formations que l'aide-soignant peut suivre afin d'améliorer ces connaissances sur le sujet.

Cette partie nous permettra de mieux appréhender l'utilisation de la contention si jamais nous, nous retrouvons dans une institution où l'utilisation de la contention est récurrente.

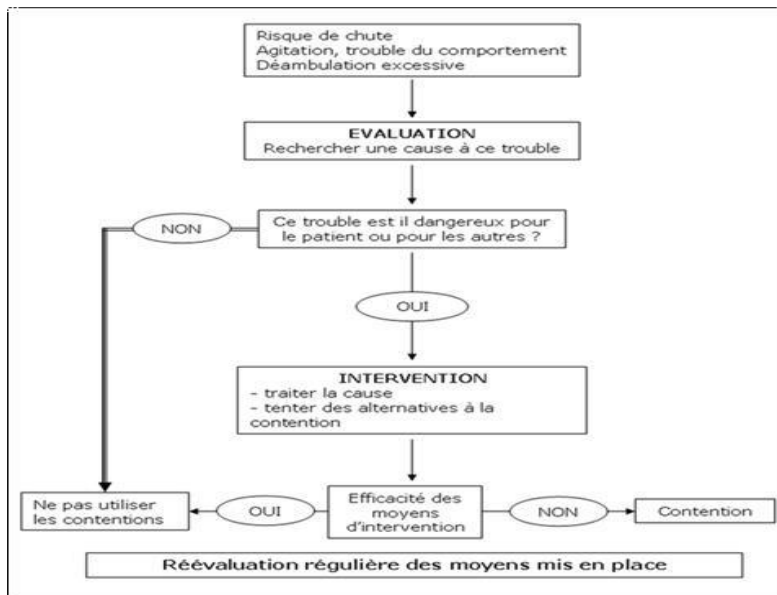
### ***3.1 Comment l'aide-soignante peut sensibiliser afin de réduire l'utilisation de la contention en institution ?***

D'après l'Organisation mondiale de la santé la prévention, c'est « l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes pour améliorer la santé ». Autrement dit, ce sont tous les actes, comportement qui permet d'éviter ou de réduire l'utilisation de la contention.

Pour y parvenir, nous allons commencer par proposer des actions à mettre en place pour lutter contre les causes qui peuvent pousser le professionnel à attacher une personne soignée. Et pour nous aider, nous allons nous appuyer sur notre partie conceptuelle, ainsi qu'à cette algorithmique<sup>22</sup> décisionnelle qui permet de décider d'une mesure de contention ou pas.

---

<sup>22</sup> Contention et privation de liberté des personnes soignées, ouvrage collectif, chez Lamarre, p.196, 2021



### 3.1.1 Prévenir les chutes

Les chutes, sont souvent inévitables du fait du vieillissement, en effet avec le temps le corps s'use et les différentes parties du corps deviennent fragiles. En devenant fragile, la personne a tendance à perdre des capacités fonctionnelles et donc susceptibles de faire une chute. Ces risques de chute sont souvent vus comme le début de la perte d'autonomie, puisqu'une mauvaise chute peut causer une entorse, hématome, fracture, etc. les facteurs peuvent être multifactoriels, ils peuvent être liés à l'état de santé de la personne ou à son environnement, on parle alors de causes interne ou externe. Nous allons donc proposer des actions que nous pouvons mettre en place pour y remédier.

#### Lutter contre les causes internes

Les causes internes, ce sont tous les causes qui sont liées directement à la personne elle-même. C'est-à-dire, les antécédents au niveau de sa santé, ces pathologies ou son traitement etc.

Pour lutter contre ces facteurs, l'aide-soignant peut encourager la personne à pratiquer une activité physique régulière au moins trente minutes par jour, c'est l'un des meilleurs moyens pour garder la forme. Proposer des petits exercices d'échauffement ou d'étirement. Privilégier plutôt les escaliers que prendre les ascenseurs. Apprendre à la personne comment se lever du lit, du fauteuil.

Proposer à la personne à participer aux petites tâches de la vie quotidienne comme dépoussiérer les objets ou ranger les vêtements de son armoire.

L'alimentation aussi joue un rôle très important, car une mauvaise alimentation provoque une perte musculaire et donc diminue l'équilibre. L'aide-soignant peut conseiller une alimentation riche en protéine, vitamine C et calcium, pour favoriser le renforcement musculaire et la souplesse afin d'améliorer l'équilibre. Prendre rendez-vous chez l'opticien pour contrôler la vue, afin de vérifier si la vision toujours bonne.

La pratique des exercices physiques combinée à une bonne alimentation, va contribuer à renforcer les muscles et donc à éviter les chutes.

### Lutter contre les causes externes

Les causes externes, sont les causes environnementales, c'est-à-dire tout ce qui entourent la personne. Pour combattre ces causes, l'aide-soignant doit faire en sorte que la personne se sente en sécurité dans son lieu de vie.

Pour cela, l'aide-soignant doit limiter les obstacles, ne pas laisser trainer des objets par terre, ranger les câbles électriques ou les mettre en hauteur pour éviter que la personne marche dessus. Éviter les activités dangereuses telles que : monter sur un tabouret instable ou attraper un objet trop haut. L'aide-soignant peut conseiller à la personne de porter des chaussures adaptées exemple avec anti-dérapant. Mettre des tapis devant la salle de bain, toilette.

Lors du coucher, baisser le niveau du lit pour qu'il soit plus bas et le combiner avec un matelas auprès du lit pour diminuer la gravité des blessures en cas de chute. Enlever ou bloquer les roulettes sous les tables et les lits cela permet d'éviter une instabilité.

Favoriser l'apprentissage, en montrant à la personne les aides techniques comme l'utilisation des rampes, barres d'appui et aide à la marche.

La prise de médicament joue aussi un rôle sérieux dans les risques des chutes à cause des effets indésirables. Ces prises peuvent provoquer des déséquilibres, l'altération de la vision, le déséquilibre des membres inférieurs et des changements d'humeur. Surtout en psychiatrie ou le professionnel, utilise souvent des anxiolytiques pour calmer une personne trop agitée, hypnotique pour faire endormir la personne, etc. L'aide-soignant doit faire attention quand la personne essaie de se déplacer, lui conseiller d'attendre que l'effet de médicament s'estompe, de s'appuyer sur les rampes s'il veut aller quelque part ou de lui tenir la main.

L'aide-soignant peut également utiliser différents outils tel que l'échelle de Morse<sup>23</sup>, Cette échelle permet de mesurer le niveau de risque de chute. Ainsi, il peut connaître exactement quelle action elle peut mettre en place pour prévenir les risques de chute. En mettant ces actions en place, l'aide-soignant pourra éviter des chutes et donc l'utilisation de contention.

### **3.1.2 Eviter les trouble du comportement**

Nous pouvons définir le trouble de comportement comme étant la façon d'agir ou la manière de penser. C'est un désordre d'ordre psychique qui se manifeste par des réactions, attitude qu'on n'est pas censé avoir. Parmi ces troubles, nous pouvons citer l'exaltation, l'euphorie, l'anxiété, les idées délirantes, les hallucinations, l'agitation, l'agressivité, l'instabilité de l'humeur, ou encore la dépression. Ces troubles, sont l'une des causes les plus fréquentes de motif d'hospitalisation en court séjour psycho gériatrique et en psychiatrie. Et cette hospitalisation amène souvent à un isolement social, car les personnes ne comprennent pas toujours les causes de cette hospitalisation. C'est souvent considéré par les personnes hospitalisées comme une punition, elles ont l'impression que leurs proches veulent se débarrasser d'elles. Des difficultés s'installent alors au niveau de l'accueil, de la prise en charge et des soins. L'aide-soignant peut agir contre ce sentiment d'isolement par des actes comme : faire participer à des activités que propose l'institution ou lui en proposer. Convier la personne à manger en groupe pour faire connaissance avec les autres personnes soignées. L'inciter à communiquer en lui posant des questions sur sa vie personnelle ou se renseigner auprès des proches pour savoir ce qu'elle aime, ses passe-temps.

Dans le cas de l'agitation, l'aide-soignant peut s'isoler avec la personne, dans sa chambre pour tenter de comprendre les raisons de cette agitation, parler avec la personne afin d'essayer de le calmer, lui proposer d'appeler sa famille pour qu'ils essaient de l'apaiser. Manifester une forme de respect et d'empathie en lui disant que nous comprenons son angoisse et se rendre disponible.

En parlant avec la personne, nous pouvons pratiquer l'écoute active, c'est un outil qui permet d'attirer l'attention de l'interlocuteur et donc d'améliore la qualité l'écoute. Cet outil a été initié par le Psychologue américain, Carl Rogers<sup>24</sup> il exige de savoir écouter avec attention ce que l'autre à nous dire. Cette façon de communiquer permet de créer un climat

---

<sup>23</sup> Voir annexe 3

<sup>24</sup> De Peretti André, "Pensée et vérité de Carl Rogers », Privat, 1974.

de confiance avec notre interlocuteur, ainsi, la personne se sentira libre de s'exprimer comme elle l'entend, sans jugement de notre part.

Exemple d'une discussion avec les 4 étapes de l'écoute active :

- **Écouter** en retenant les points clé et lui montrer que nous avons compris.  
« D'accord », « je vois ce que vous voulez dire », « je comprends très bien ».
- **Clarifier** en utilisant le questionnement.  
« Qu'est-ce que vous essayez de me faire comprendre ? », « que voulez-vous dire ? »
- **Investiguer**, pour avoir plus d'information  
« Que pensez-vous de cette situation ? », « que ressentez-vous par rapport à ? »
- **Reformulez**, poser des questions pour être sûr d'avoir compris  
« Vous voulez dire que », « en d'autres termes ».

Enfin, l'aide-soignant peut anticiper les choses dès l'entrée d'une personne soignée en institution, En utilisant le teste d'MMSE<sup>25</sup> pour évaluer l'état cognitif de la personne. Cet outil a été Inventé par trois médecins psychiatres, elle permet d'identifier et de suivre l'évolution de la fonction cognitive d'une personne soignée. Il mesure notamment les capacités d'orientation dans le temps et l'espace, de mémoire, de calcul, de langage et de praxis constructives. Cette méthode permet de connaître le niveau de trouble de la personne et donc de faciliter la prise en charge et le soin du patient.

En mettant en place ces actions et en utilisant ces différents outils, l'aide-soignant peut réussir à calmer, apaiser et détendre la personne, donc éviter une probable mise sous contention.

### **3.1.3 Lutter contre la déambulation excessive**

La déambulation, est un comportement répété, prolongé et non contrôlé, caractérisé par une marche et des déplacements incessants, avec ou sans but précis. Le déambulant marche de façon répétée au cours de la journée, suivant différents trajets ou un trajet identique. Ce comportement est jugé comme un trouble et donc dangereux.

Il est important pour l'aide-soignant d'identifier, en premier lieu les raisons qui motivent la personne malade à se déplacer. Est-ce une énergie excessive ? Un besoin de se dépenser ? La recherche d'anciens lieux familiers ? Le stress ? L'angoisse ? Le bruit ? ou L'ennui ? Etc.

---

<sup>25</sup> Voir annexe 4

Ainsi, la déambulation accroît les risques de chutes et le sentiment d'angoisse chez la personne malade.

L'aide-soignant peut mettre en place différentes actions pour éviter les déambulations incessantes. Proposer des activités telles que des jeux de société, atelier cuisine ou atelier coiffure afin de les occuper et de lutter contre l'ennui. Faire en sorte que l'environnement soit apaisant pour que la personne soignée soit moins anxieuse, par exemple décorer la chambre avec des objets personnels.

Mettre en place une organisation qui respecte le rythme de la personne soignée, sommeil, repas et activité. Ce rythme va permettre d'avoir des repères temporels aux soignés comme aux soignants. Installer des repères temporels, calendrier, horloge.

Sécuriser les espaces dangereux : locaux déchets, salles de soins, armoires à pharmacie, cette sécurité peut passer par l'installation de digicodes, le port d'un bracelet de détection qui déclenche une alarme lors du passage d'un portique ou encore un système de géolocalisation permettant de retrouver le patient très rapidement en cas de fugue. Accompagner le malade en « fuguant » avec lui et transformer la fugue en promenade. Favoriser le dialogue en lui posant des questions telles que : « Vous avez envie de sortir ? Où voulez-vous aller ? », « Vous- voulez voir quelqu'un ? »

En introduisant ces actes, l'aide-soignant participe à amortir l'envie ou le besoin constant de marcher.

### ***3.2 L'équipe pluridisciplinaire***

Comme son nom l'indique, ce corps médical travaille dans la même équipe, et ensemble. C'est-à-dire que les membres partagent les mêmes informations, et qu'ils sont censés avoir une bonne cohésion entre eux.

En institution, la coordination et la communication sont des éléments cruciaux pour éviter ou réduire l'utilisation de contention. En effet, pour qu'un soin soit plus efficace, il faut réunir tout le corps du métier, médecin, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute. Car une seule discipline ne pourra pas résoudre le problème. Leurs rôles seront de faire une évaluation minutieuse de l'état de la personne, d'étudier les différentes alternatives à la contention pour l'éviter ou réduire son utilisation.

Pendant cette réunion, notre rôle en tant qu'aide-soignant sera d'exposer les observations qu'on a fait pendant la prise en charge, qu'elles soient physiques, psychologiques ou



comportementales. Ainsi, les personnes compétentes pourront les prendre en compte et résoudre le problème.

Une fois que des décisions seront prises, l'infirmière sera en mesure de nous déléguer les tâches à notre échelle, puisque nous sommes sous sa responsabilité comme le stipulent les arrêtés royaux. Ces tâches que nous avons effectuées doivent apparaître dans le cahier de transmission. En effet, la transmission écrite permet de retracer les différents événements antérieurs de la vie du patient et pourra être utilisé devant la justice en cas de litige. Mais notre rôle d'aide-soignant ne s'arrête pas à la transmission, nous avons notamment le rôle de surveillance et d'éducation que nous devons mener pour tenter d'esquiver l'aggravation de l'état de santé de notre patient.

Cette équipe est donc primordiale pour le bon fonctionnement d'une institution et l'amélioration de la santé d'une personne.

### ***3.3 Quelle Rôle joue l'aide-soignant ?***

Par notre proximité avec la personne soignée, notre rôle est primordial pour éviter l'utilisation de la contention. Nous devons donc avoir les yeux grands ouverts pour détecter les changements de n'importe quelle nature. Pour cela, nous allons mettre en place une surveillance minutieuse afin d'éviter la contention.

#### **3.3.1 Rôle de surveillance**

L'aide-soignant doit surveiller le poids pour voir si la personne n'a pas subi de perte en termes de muscle. Pour une personne alitée, surveiller si des changements de position sont effectués. Contrôler l'état cutané pour voir s'il n'y pas de plaies, hématome, etc. Vérifier l'état de la vue de la personne, s'il n'y a pas de souci. Surveiller la personne lorsqu'elle se déplace ou lors de la prise en charge pour voir s'il progressait où régresser en termes d'autonomie. Contrôler souvent les paramètres vitaux pour vérifier que la personne n'est pas en hypotension, car cela peut provoquer une perte d'équilibre et donc risque de chute. Surveiller le lieu de vie de la personne, au niveau de l'immobilier, au cas où des objets ne traineraient par terre. Veiller à sa bonne alimentation, c'est-à-dire une alimentation équilibrée et riche en protéine.

Vérifier les effets indésirables que peuvent provoquer certains médicaments comme les neuroleptiques et les hypnotiques qui présentent des risques de confusion et qui peuvent provoquer de l'agressivité et de l'agitation. Être attentif au moindre changement

psychologique, si la personne n'est pas dans un état dépressif ou si elle ne sent pas mise à l'écart.

Ces surveillances vont contribuer à améliorer l'état du patient et à donc éviter la contention. Mais va également permettre à l'aide-soignant d'éviter le stress, la culpabilité ou encore le surcharge de travail que demande la surveillance d'une personne contenue.

### **3.3.2 Rôle d'éducation**

Nous savons à quel point ce rôle est important car l'aide-soignant est en première ligne, c'est elle qui côtoie le plus la personne soignée. En étant souvent avec la personne, la confiance va s'installer, de ce fait le patient aura plus de facilité à écouter ses conseils.

L'aide-soignant peut profiter de cette confiance pour éduquer la personne dans les actes de la vie quotidienne, en lui expliquant l'importance de la propreté, bien effectuer la toilette tous les jours, bien prendre soin de la peau avec des crèmes hydratantes par exemple. Lui conseiller de bien ranger les affaires dans la chambre, ne pas laisser traîner des choses, lumière pas trop claire dans la chambre et contrôler souvent la vue. L'inciter à manger équilibré et des repas riches en protéines pour éviter la perte de masse osseuse, lui conseiller de pratiquer des exercices physiques pour éviter les chutes. Conseiller à la famille de ne pas forcément apporter des aliments gras ou sucrés lors des visites. Inciter la personne à participer aux activités de l'institution pour nouer des relations avec les autres.

Expliquer aux proches l'importance de leur soutien, présence et leur participation aux actes de la vie quotidienne. Recommander à la famille de lui rendre visite le plus souvent possible ou passer un coup de fil s'il n'y aucune possibilité de se rendre à l'institution. Lui parler de ce qu'il aime, passe-temps, petit enfant.

En éduquant la personne, même sur des petites choses qui nous paraissent insignifiantes Peut participer à l'amélioration de sa santé et donc d'éviter une mesure de contention.

### **3.4 Quel rôle pour les proches et la famille ?**

Les proches sont les premiers repères de la personne soignée, ils ont grandi ensemble, ont passés des moments ensemble, ont traversés de meilleurs comme de pires. Chaque jour, la personne soignée attend avec impatience leur visite ou leur appel téléphonique. Voir des amis, des frères et sœurs, cousine et surtout les petits enfants les rendent très heureux. C'est pour cela que leur rôle sera primordial dans notre prévention de l'utilisation de contention.

Sur le conseil de l'aide-soignant, les proches peuvent participer à l'éducation de la personne pour éviter l'utilisation de contention, en lui expliquant l'importance des conseils qui ont été donnés par l'aide-soignant. Lui faire comprendre à quel point la voir attachée pourrait être dur à supporter, d'où l'importance de tout faire pour l'éviter. Soutenir psychologiquement le patient en le rassurant, lui dire que ça va bien se passer, lui montrer qu'ils seront toujours là pour elle.

Pendant leurs visites, lui proposer d'aller faire une promenade si lorsque c'est possible, par conséquent cela permettra de faire un peu d'exercice physique. Proposer de participer aux activités proposées par l'institution ensemble pour lui occuper l'esprit. Décorer la chambre avec des objets qui lui rappellent des éléments de sa vie.

De ce fait, l'alliance entre l'aide-soignant et les proches va permettre d'avoir une bonne cohésion et par conséquent une bonne coopération de la personne soignée.

### **3.5 La formation**

Nous avons vu que la mise en place d'une contention n'est pas un soin comme les autres et qu'il y a de nombreuses interrogations de la part des soignants. Nous avons constaté qu'il existait plusieurs zones d'ombre et cela est plus complexe qu'il n'y paraît. Le personnel soignant a du mal à assimiler la contention et privation de liberté, de plus la présence constante des risques et des dangers que représente cette mesure le rend encore plus délicat.

Pour garantir la sécurité et les libertés des personnes concernées, il est nécessaire de former le personnel soignant à cette pratique. La formation est l'un des grands outils pour garantir une meilleure qualité de soin. Elle a pour but d'éviter des erreurs, de comprendre notre rôle d'aide-soignant face à cet acte et de mieux allier la privation de liberté et contention.

Un docteur en sciences humaines et sociologie nommé Guy Le Boterf<sup>26</sup>, estime que la simulation est la meilleure façon pour le personnel soignant de se former à la mise en place d'une contention. La formation par simulation permet d'apprendre et d'acquérir des compétences techniques et théoriques dans un cadre sécurisé.

Dans le milieu médical, la simulation est réputée pour être très efficace. Il ajoute aussi qu'un bon résultat de simulation passe aussi par l'étape de débriefing. Lors de cette étape les

---

<sup>26</sup> Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence. Eyrolles, 2013

formés, les formateurs, les acteurs et les observateurs vont échanger sur leurs ressentis, partager des idées, poser des questions sur ce qu'ils viennent de faire ou voir.

Pendant cette formation, nous serons donc en immersion clinique simulée, ce qui signifie que les personnels soignants seront plongés dans un environnement professionnel reproduit à l'identique. Pour cela, il sera nécessaire de sélectionner une personne, un acteur, pour jouer le rôle du patient, car il est impossible de connaître et de ressentir ses émotions avec un mannequin. Voici les différents types de simulation auxquels nous pouvons être formés afin de mieux comprendre l'utilisation de la contention.

La simulation procédurale : ce type de simulation peut consister à montrer tous les types de contention qui existent et d'expliquer leurs rôles. D'exposer comment poser chaque type de contention et quelle protection nous pouvons rajouter dans le but d'éviter les blessures. Enseigner et répéter les gestes autant de fois que nécessaire pour assurer la sécurité de chacun.

La simulation avec un patient standardisé : dans ce genre d'exercice, la personne formée peut échanger avec la personne soignée, communiquer avec elle en lui posant des questions telles que : je ne vous fais pas mal ? Vous désirez que je desserre un peu ? Comment vous sentez-vous ?

Ainsi, la personne formée peut le rassurer en lui disant « ça va aller ne vous inquiétez pas » lui expliquer pourquoi la contention est nécessaire. Cette interaction entre les deux protagonistes va permettre d'échanger leurs émotions : peur, stress, douleur, etc.

La simulation pleine échelle : ici, il va s'agir de pratiquer avec un mannequin, il est adapté pour la gestion d'une urgence vitale exemple un arrêt cardiaque. Cette forme de simulation est utilisée dans tous les lieux de santé ou même à l'extérieur, mais il est aussi primordial dans le cas de la contention, car si une personne soignée s'étrangle, nous pourrions l'utiliser pour essayer de la sauver.

Une formation implique aussi de vérifier certains éléments avant la mise en place d'une contention pour éviter tout accident. Cette vérification va passer par la prise de connaissance des protocoles de soins de l'unité, le bon fonctionnement du matériel, le processus pour réaliser ce soin et enfin la cohérence avec les textes législatifs.

Participer à des réflexions éthiques lors des réunions en se posant des questions telles que, comment peut-on améliorer la prise en charge d'une personne sous contention ? Dans quel cas, puis-je utiliser la contention ? Que dit la loi à ce sujet ?

En initiant le personnel soignant à la formation par simulation, l'établissement disposerait d'un personnel plus qualifié et compétent pour faire face aux risques préexistants.

Le soignant se soulagera des sentiments négatifs que peut engendrer cette mesure, il sera en mesure de mieux prendre en charge une personne contenue et de mieux combiner contention et privation de liberté. De plus, il sera capable d'expliquer à la personne soignée et ses proches les différentes étapes de cette mesure, si une décision de contenir est prise. La personne soignée et ses proches pourront être rassurées, ressentiront moins de peur, de culpabilité et donc seront plus coopératifs.

# **CONCLUSION GENERALE**

*« Mieux vaut prévenir que guérir »*

*Joëlle Rochard*

La contention est une mesure utilisée depuis longtemps dans différents établissements. Nous avons observé l'évolution du terme "contention" entre son sens initial et son utilisation actuelle. Initialement prévue pour les personnes soignées dites « fou furieux », placées en institution psychiatrique, son usage s'est étendu à d'autres établissements de soin. Aujourd'hui, cette pratique a acquis un autre sens, employée pour des motifs tels que la prévention des chutes, la déambulation excessive et les troubles comportementaux. Bien que la mesure ait évolué, la manière de prendre soin d'une personne a également changé. En effet, de nos jours, les soins impliquent également de prendre en compte le bien-être psychologique du patient. Nous devons tenir compte de ses ressentis, de ses émotions, de ses appréhensions et de ses doutes. Il est tout aussi important de considérer les avis des proches. L'implication du patient et de ses proches est censée faciliter la prise en charge, mais malgré les efforts du personnel soignant, cette mesure pose encore de nombreux problèmes en termes de privation de liberté. Cette privation peut être difficile à vivre pour la personne soignée, pouvant entraîner des altérations de sa santé tant physique que psychologique.

L'effet négatif de cette mesure touche également les professionnels. En effet, nous avons constaté que la méconnaissance du sujet engendre souvent des sentiments de peur, d'angoisse, d'incertitude et de stress. De plus, ils doivent faire face aux nombreuses contradictions imposées par cette mesure. Des contradictions telles que garantir la sécurité tout en préservant la liberté du patient, respect des droits individuels et contraintes de service, liberté de la personne et protection de la société, libre consentement et devoir de protection.

Outre ces contradictions au niveau de la législation, le professionnel doit porter une attention particulière aux risques et dangers que peut engendrer cette mesure. Ces risques, qui peuvent sembler minimes à première vue, peuvent prendre une tournure dramatique.

Néanmoins, nous avons noté l'existence d'autres alternatives à cette mesure. Des solutions qui permettront de limiter ou d'éviter l'utilisation de la contention. En effet, les professionnels ont tendance à recourir à la contention trop rapidement pour des raisons de sécurité. Cependant, cette quête de sécurité provoque l'effet inverse. Nous devons donc concentrer nos efforts sur la recherche d'alternatives avant d'envisager cette mesure.

La mise en place des actions proposées dans notre pratique, combinée aux différentes alternatives, pourrait éviter cette mesure que certains considèrent comme déshumanisante. D'autant plus que la qualité première de l'aide-soignant est d'avoir cette dimension humaine que le patient apprécie tant. Plutôt que d'adopter une attitude fataliste en considérant la contention comme l'unique solution, nous devons nous concentrer sur les solutions que nous pourrions apporter pour éviter cette mesure. N'oublions pas que notre rôle principal est d'apporter le maximum de bien-être aux personnes soignées, par notre écoute, notre disponibilité, notre empathie et notre bienveillance.

Ainsi, l'aide-soignant peut aider ces personnes à oublier leur maladie, ne serait-ce que temporairement. De plus, il est plus opportun d'adopter une approche préventive et de prendre des précautions plutôt que de laisser la maladie s'aggraver, car une fois que la contention est mise en place, la combattre sera plus difficile, voire impossible.



## BIBLIOGRAPHIE

### *Sitographie*

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-08/contention\\_synthese\\_v3\\_actualisee.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-08/contention_synthese_v3_actualisee.pdf)

[https://www.fondationbonsauveur.com/fileadmin/DOCUMENTS/4-Fondation/Instances/Comite\\_Ethique -  
\\_Reflexion\\_ethique\\_autour\\_de\\_l\\_usage\\_de\\_la\\_contention\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees.pdf](https://www.fondationbonsauveur.com/fileadmin/DOCUMENTS/4-Fondation/Instances/Comite_Ethique_-_Reflexion_ethique_autour_de_l_usage_de_la_contention_chez_les_personnes_agees.pdf)

<https://www.forumpsy.net/t143-la-contention-son-histoire-et-son-mode-d-emploi-telle-qu-enseignee-en-ifsj>

<https://www.ehpad-magazine.com/contention-et-liberte-daller-et-venir-en-etablissement/>

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

<https://www.resantevous.fr/blog/articles/limiter-la-contention-physique-alternatives-et-reflexion-ethique/>

[https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-22-aout-2002\\_n2002022737.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-22-aout-2002_n2002022737.html)

[https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5\\_Info\\_contention\\_profls\\_16.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5_Info_contention_profls_16.pdf)

<https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/old/942>

[https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/technische\\_commissie\\_voor\\_verpleegkunde-fr/19071744\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde-fr/19071744_fr.pdf)

[https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2022-06/Brochure-contention.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2022-06/Brochure-contention.pdf)

[https://www.unia.be/files/Documenten/Aanbevelingen-advies/doc\\_contention\\_def\\_20140204.pdf](https://www.unia.be/files/Documenten/Aanbevelingen-advies/doc_contention_def_20140204.pdf)

### **Livre**

Contention et privation de liberté des personnes soignées, édition Lamarre

La contention physique en psychiatrie, un dissensus profond, édition connaissance et savoir  
2017

### **Cours consultés**

U9 Déontologie et législation, Mme père

Le rôle de l'aide-soignant, Mme Defraeye

# **ANNEXES**

## ANNEXE1

### Les différents formes de contentions physiques

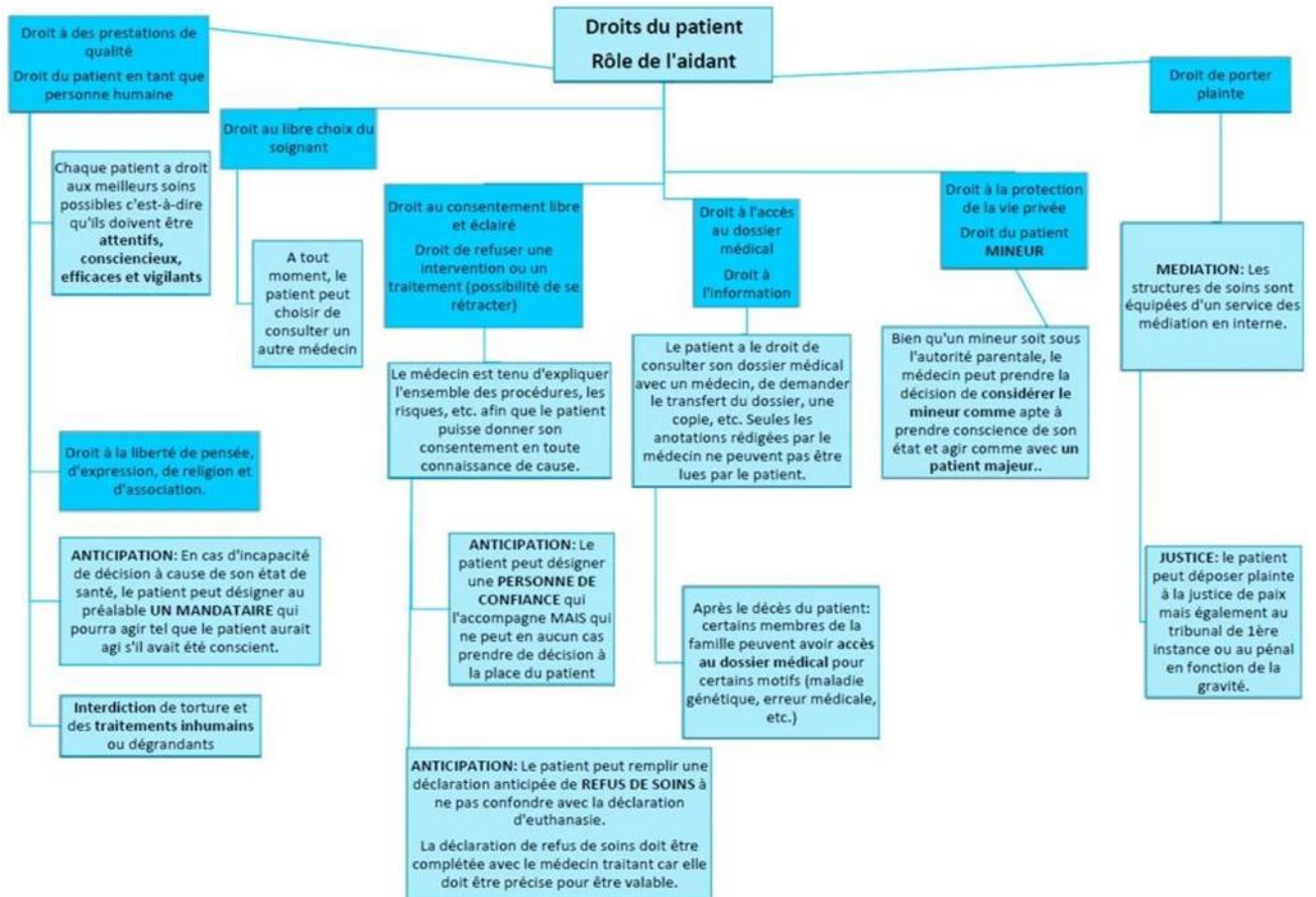


Fauteuil coquille



## Annexe 2

### Les droits du patient



Annexe 3

Echelle de MORSE

**FALL SCALE ASSESSMENT RECORD - MORSE**

**ÉCHELLE DE CHUTES MORSE – FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES**

Primary Diagnosis / *Diagnostic primaire*: \_\_\_\_\_

Secondary Diagnosis / *Diagnostic secondaire*: \_\_\_\_\_

	MORSE Fall Scale Category <i>Catégorie de l'échelle de chutes Morse</i>	Circle / <i>Entourer</i>	Score	Patient Score <i>Score du patient / de la patiente</i>
		Yes / <i>Oui</i> No / <i>Non</i>		
1.	Patient has a history of falling <i>Le patient/la patiente a des antécédents de chutes</i>	No / <i>Non</i>	0	
		Yes / <i>Oui</i>	25	
2.	Patient has a secondary diagnosis <i>Le patient/la patiente a un diagnostic secondaire</i>	No / <i>Non</i>	0	
		Yes / <i>Oui</i>	15	
3.	Patient uses ambulatory aid ( <i>Le patient/la patiente utilise une aide à la marche</i> ) none / bedrest/nurse assistant ( <i>aucune/ repos au lit/ aide infirmière</i> ) cutches / cane / walker ( <i>déambuleur/ canne/ marchette</i> ) holds on to furniture ( <i>se tient aux meubles</i> )	Yes / <i>Oui</i>	0	
		Yes / <i>Oui</i>	15	
		Yes / <i>Oui</i>	30	
4.	Patient is attached to equipment <i>Le patient/la patiente est relié de l'équipement</i>	No / <i>Non</i>	0	
		Yes / <i>Oui</i>	20	
5.	Patient's Gait/Transferring ( <i>Demarche/Transfert du patient/ de la patiente</i> ) Normal/bedrest/immobile ( <i>normal/repos au lit/immobile</i> ) Weak ( <i>Faible</i> ) Impaired ( <i>restreint</i> )	Yes / <i>Oui</i>	0	
		Yes / <i>Oui</i>	10	
		Yes / <i>Oui</i>	20	
6.	Patient's Mental Status ( <i>Etat mental du patient/ de la patiente</i> ) Oriented toward own ability ( <i>Connait ses propres capacités</i> ) Overestimates / forgets limitations ( <i>Surestime/ oublie ses limites</i> )	Yes / <i>Oui</i>	0	
		Yes / <i>Oui</i>	15	
<b>Total Patient Score / du patient/ de la patient(e)</b>				

Risk Level <i>Niveau de risque</i>	Morse Fall Score <i>Score de l'échelle de chutes Morse</i>	Action <i>Mesures</i>
No Risk / <i>Aucun risque</i>	0-24	Universal Fall Prevention Interventions <i>Interventions universelles de prévention des chutes</i>
Low Risk / <i>Faible risque</i>	25 – 50	Fall Prevention Interventions <i>Interventions de prévention des chutes</i>
High Risk / <i>Risque élevé</i>	≥ 51	High Risk Fall Prevention Interventions <i>Interventions de prévention des chutes – situations à risque élevé</i>

Date: \_\_\_\_\_ Time / *Heure*: \_\_\_\_\_ Recorder's Signature / \_\_\_\_\_  
*Signature de la personne qui a rempli ce formulaire*

## Annexe 4

### Le MMSE

---

## Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

---

### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.  
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

### Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

Répéter les 3 mots.

### Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :  
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

### Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

### Langage

/ 8

- |   |                                      |                          |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon.  | 22. Quel est le nom de cet objet ?*  | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre.   | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** |                                      | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

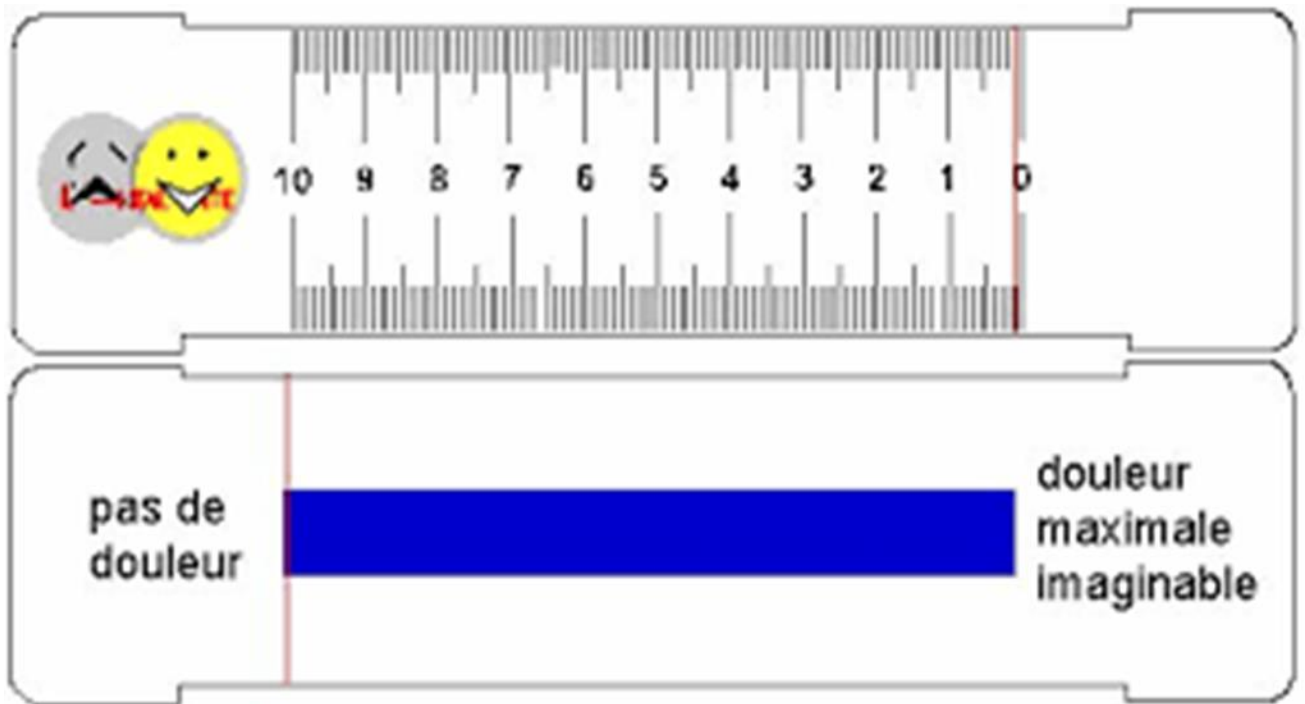
### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Annexe 5

Échelle numérique de la douleur





## Annexe 6

### Surveillance d'une personne sous contention physique

