

## **CONTENTION- USAGE DE LA FORCE**

Substantif fém. Syn. attention; maintien; effort; contrainte; assujettissement

En anglais. Holding still.

Voir : Bienveillance, Maltraitance

D'une manière générale, la contention est une forte tension nerveuse, une contraction et implique un effort. Emprunté au latin « contentio », elle était attestée en 1180 (1) comme une « lutte, rivalité, conflit ». D'après le Dictionnaire de l'Académie française (9e d) (2), la contention est aussi une « tension forte et prolongée des facultés intellectuelles appliquées à un objet. Il s'applique à cet ouvrage avec une grande contention d'esprit ». Par extension et dans l'usage chirurgical, il s'agit d'un « maintien en place des fragments d'un os fracturé ou d'une articulation luxée par des moyens internes (vis, broche...) ou externes (attelle, plâtre...) (3) ». Dans le domaine psychologique, nous parlons de l'immobilisation d'un individu plutôt dangereux (avec soit la camisole physique ou la camisole chimique) ou d'une personne vulnérable qui nécessite un soin (personnes âgées, enfants, personnes hospitalisées en unité psychiatrique...). Ceci implique un impact chez le sujet ayant été contraint. Pour le Dictionnaire infirmier de psychiatrie (4), la contention désigne « l'utilisation de liens pour attacher les poignets et les chevilles du patient à son lit. Au même titre qu'un traitement, la contention nécessite une prescription médicale. Les liens doivent répondre à des critères de solidité (ils ne doivent pas provoquer de lésions cutanées) et avoir un système de fermeture non accessible par le patient ». Dans le champ psychiatrique, la loi sur la modernisation du système de santé (5) du Code de la Santé publique stipule que c'est une pratique de dernier recours et intervient « pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ». Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (6), la contention physique est dite passive quand elle relève de « l'utilisation de tous moyens, matériel, méthode ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui

présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté ». Ces mesures, même si elles peuvent être exceptionnelles, théorisées et légiférées, interrogent l'éthique des pratiques soignantes. En effet, selon le code de déontologie des infirmiers (7), le consentement est nécessaire, libre et éclairé pour tous les soins, dans tous les secteurs (gériatrie, psychiatrie, urgences, pédiatrie...).

### **CONCEPT DE CECITÉ EMPATHIQUE TRANSITOIRE**

Forme spécifique de contention physique d'un malade dans le but de produire un soin technique. La restriction des mouvements est appliquée en amont ou au cours du soin. Elle s'effectue le plus souvent manuellement (ce sont les mains des professionnels qui retiennent les mouvements). Elle peut s'appliquer à l'aide de matériel spécifique ou non. Ce type de contention n'est actuellement pas encadré juridiquement contrairement à la contention passive qui doit faire l'objet d'une prescription médicale. On a recours à la restriction physique lors des soins en pédiatrie en particulier lorsque l'enfant s'agite et s'oppose physiquement à la réalisation du soin. La contrainte de l'enfant que l'on nomme aussi « contention » a été définie comme « *l'application de la force avec l'intention de maîtriser l'enfant* »(8).

La contention physique questionne la déontologie et l'éthique professionnelle dès lors qu'il y a recours à la force en raison de l'agitation et de l'opposition de l'enfant. Cette pratique semble être relativement fréquente bien qu'elle soit peu mesurée (9) et relativement banalisée. En effet la résistance de l'enfant appelle la contrainte, entraînant elle-même un surcroît d'agitation qui renforce la contention. Ce cercle vicieux est peu questionné. Les professionnels, au cœur de l'action, envisagent rarement les alternatives à la contention forte (10). Toute l'attention soignante se focalise sur le soin à réaliser. Les professionnels sont comme contraints de contraindre l'enfant afin de produire le geste technique. Il est contraint de suspendre sa capacité à voir la détresse de l'enfant. Au paroxysme de la contrainte physique dans le but de réaliser le soin, l'enfant semble disparaître du « radar émotionnel » du soignant. La contention est telle une zone aveugle, où le contact visuel est perdu avec celui qui traverse cette zone. La contention s'apparente alors métaphoriquement au triangle des Bermudes des soins.

Le soignant, aveuglé par la nécessité de réaliser le geste technique, semble sacrifier sa subjectivité le temps de la contention en mettant entre parenthèse son empathie. Une forme d'aveuglement volontaire de l'empathie apparaît lors de la contention forte de l'enfant. Un constat qui nous fait avancer le concept de ***cécité empathique transitoire*** pour caractériser le phénomène de la contention forte. (11) Ce concept ne semble pas correspondre à un phénomène individuel, mais plutôt être la conséquence d'une construction de l'identité professionnelle préétablie et contraignante.

Les échanges et discussions des professionnels à propos du recours à la contention forte permettent d'éviter la banalisation de cette pratique et d'envisager les alternatives.

La chronologie des événements, démontre qu'il est difficile d'agir une fois que l'enfant est débordé par ses émotions. Les principales alternatives se situent donc en amont de la survenue de l'agitation. En premier lieu l'analgésie médicamenteuse doit être systématique et adaptée afin d'optimiser le déroulement des soins et limiter l'agitation. La qualité de la relation qui s'établit avec l'enfant joue un rôle primordial. Les parents sont des alliés précieux pour connaître les préférences de l'enfant et favoriser son approche. Il s'agit d'aller à la rencontre de l'enfant en rejoignant son univers. Une fois cette rencontre initiée, il devient possible d'accéder à l'enfant. De manière générale, il faut éviter d'allonger l'enfant. Le choix de l'installation est guidé par la nature du geste. Afin d'aider l'enfant à s'installer spontanément dans la position requise pour le geste, il faut le distraire stratégiquement. La distraction agit en saturant la sensorialité de l'enfant.

Les différents registres sensoriels (la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat) sont sollicités pour faire concurrence aux sensations douloureuses. Il s'agit de capter l'attention de l'enfant grâce à différents objets ludiques : marionnettes, bulles de savon, caresses et comptines. Ces initiatives réduisent considérablement le stress. Lorsque l'enfant grandit, vers trois ou quatre ans, on peut utiliser son imaginaire pour balayer les cinq sens et l'aider à se dissocier de la réalité du soin. L'entrée en contact des mains du soignant avec l'enfant est un aspect à explorer en complément des autres éléments de distraction. On peut imaginer un « toucher distraction » (toucher du bout des doigts la peau de l'enfant au décours d'une comptine par exemple) pour préparer le « Toucher soin » et prévenir une réaction de surprise et donc de retrait. Certains gestes nécessitent l'immobilité d'une partie du corps de l'enfant. Or plus on l'immobilise plus l'enfant s'agite. Il est conseillé de favoriser le mouvement de la partie du corps opposée à celle qui doit rester immobile.

Faire agiter, par exemple, un objet placé dans la main opposée à celle qui doit rester immobile. Si l'enfant s'agite malgré tout il est préférable de suspendre le soin en laissant quelques instants à l'enfant pour qu'il récupère. S'enquérir de ce qui a pu déclencher sa détresse.

[Bénédicte Lombart](#). Infirmière Cadre Supérieure de Santé. Docteure en philosophie pratique

## Notes

1. Rey, A. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Robert. 2016
2. Dictionnaire de l'Académie française, 9<sup>e</sup> édition :  
<http://www.cnrtl.fr/definition/academie9>
3. Centre National de Ressources textuelles et lexicales : <http://www.cnrtl.fr>
4. Stefka Ivanov-Mazzucconi, Emmanuel Digonnet et al. *Dictionnaire infirmier de psychiatrie*. Elsevier-Masson. 2005
5. 26 janvier 2016, en son article 72, modifie l'article L3222-5-1
6. Haute autorité en santé :  
<https://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
7. Code de déontologie. Ordre national des infirmiers. 25 novembre 2016 :  
<https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html>
8. Hull K, Clarke D. Restraining children for clinical procedures: a review of the issues. *Br J Nurs*. 2010;19(6):346–350.
9. Crellin D, Babl FE, Sullivan TP, Cheng J, O'Sullivan R, Hutchinson A. Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(7):622–627.
10. Lombart, B, Annequin D, Cimerman P, Martret P, Chary-Tardy A-C, Tourniaire B, et al. Peut-on mesurer l'utilisation de la contention lors des soins douloureux en pédiatrie? *Arch Pediatr*. 2013;20(5 Supplement 1):H202–H203.
11. Benedicte Lombart. *Les soins en pédiatrie - Faire face au refus de l'enfant*. SELI ARSLAN; 2016. 256 p.