

ROYAUME DE MAROC

Ministère de la santé

Institut de formation aux carrières de santé

Tétouan



المملكة المغربية

وزارة الصحة

معهد تأهيل الأطر بالميدان الصحي

تطوان

**Les facteurs influençant la relation soignant-soigné lors de
l'application des mesures coercitives à l'hôpital
psychiatrique ERAZZI de Tétouan durant l'année
2013-2014**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme infirmier diplômé d'Etat 1^{ère} cycle
des études paramédicales**

Section : Infirmier en psychiatrie

Promotion : 2011-2014

Elaboré par

BEN ISSA Rachid

DOUASSE Mohammed

EL ATTAR Abderrahim

MAHYOU Abdelilah

OULADCHAIKH Abdelmalek

Encadré par :

Dr,BAAJI Mustapha

Neuro psychiatre et directeur de l'hôpital psychiatrique ERAZZI de Tétouan

Mr, KSIKSOU Jamal

Encadrant IFCST

Section Infirmier en psychiatrie

Année académique : 2013-2014



DEDICACES

On dédie ce travail à :

Nos Parents qui étaient toujours à nos côtés et fiers de notre travail et nos choix...

Nos Frères et Sœurs qui nous soutiennent et nous tiens à cœur grâce à l'aide qui nous apportent toujours...

Tout le reste de nos familles qui nous ont soutenues tout au long de notre carrière...

REMERCIEMENT

A Mme ANALLA Zineb, Directrice de l'IFCS de Tétouan, qui à chaque occasion a eu l'audace de répondre à nos besoins d'apprentissage.

A Dr. BAAJI Mustapha et Mr. KSIKSOU Jamal, nos encadrants et enseignants qui nous ont guidé, soutenu, et encouragé tout au long de cette étude et qui par leur personnalité qui mitigent entre flexibilité et directivité nous ont fait apprendre l'esprit d'autonomie et d'apprentissage.

A Mr. BAAJI Mustapha, comme Directeur de l'hôpital ERRAZI de Tétouan pour sa contribution comme élément clé durant notre formation et durant le déroulement de notre travail de mémoire.

A Dr, HASSOUN Mohammed pour le temps qui a offert pour nous à l'entretien et ses explications constructives.

A Mr. OUAHBI Mohammed Directeur du centre hospitalier provincial de Tétouan où on a pu réaliser nos stages et compléter notre formation théorique.

A tous les enseignants et à toutes les enseignantes de l'IFCS de Tétouan qui ont contribué avec abnégation et dévouement à notre formation.

Aux responsables et personnel des services où nous avons eu l'occasion de faire nos stages et qui ont collaboré sans hésitation à notre formation pratique.

Au personnel de l'hôpital ERRAZI de Tétouan qui nous ont aidés dans la réalisation de ce mémoire avec leur contribution à l'étude.

A tous les étudiants de l'IFCS de Tétouan et spécialement nos collègues de la promotion 2011-2014 avec qui on a passé des moments agréables et inoubliables de travail, militantisme soutien et solidarité.

Et en fin, à toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

RESUME

Ce travail vise à explorer et à décrire les facteurs influençant la relation soignant-soigné lors de l'application des mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique ERRAZI de Tétouan.

Pour cette finalité, une étude a été réalisée auprès du corps infirmiers(e) de l'hôpital Psychiatrique de Tétouan qui est au nombre de 18, à qui nous leurs avons distribué des questionnaires auto-administrés, dont le taux de récupération était de 100%. En parallèle, l'étude a été complétée par un questionnaire structuré réalisés auprès de 77 patients séjournant à l'hôpital et en post cure, et en fin une interview a été menée auprès du médecin chef de la consultation.

Cette démarche méthodologique qui se ramifie entre plusieurs sources et méthodes de collecte de données, vise à construire une vision plus détaillée et globale sur les éléments de la problématique à l'hôpital en vue de la rapprocher avec plus d'objectivité.

Les résultats de la recension des écrits, ont démontré que l'application des mesures coercitives constitue un dilemme influencée par quatre principaux aspects (cliniques, Ethiques, Organisationnels et juridiques).

Empiriquement, l'étude a révélé l'existence de plusieurs défaillances : le manque de personnel, du matériels, des protocoles d'isolement et de la contention physique, de la formation continue, des textes régissant la pratique, plus la structure non adaptée à un service de psychiatrie, sont les principales causes entravant la pratique. Les résultats ont également mis en évidence que le budget d'Etat réservé à la psychiatrie, ne répond pas aux attentes et aux besoins du personnel infirmier du service.

Cette situation décrite par l'étude a débouché sur la conception des solutions pour arriver à une meilleure application de ces mesures comme action focale du projet thérapeutique du patient. Par conséquent, le travail s'ouvre sur

des recommandations et des suggestions qui touchent les différents aspects de cette problématique et qui prennent en considération des soignant et les soignés

Mots clés : Etude descriptive – Mesures coercitives - soignant-soigné – Hôpital psychiatrique ERRAZI de Tétouan.

TABLE DE MATIERES

Dédicace.....	I
Remerciements.....	II
Résumé.....	V
Table de matières.....	VI
Liste des graphiques et des figures.....	VIII
Liste des abréviations.....	XII
Introduction.....	14
PHASE CONCEPTUELLE	
Chapitre I : La problématique de la recherche	
A- Formulation du problème.....	18
B- But de la recherche.....	20
C- Question de la recherche.....	20
Chapitre II : Résultats de la recension des écrits	
A-Résultats.....	21
A.1- prévalences	21
A.2- Perception soignant.....	22
A.3- Perception soigné.....	23
A.4- Aspects cliniques.....	25
A.5- Aspects éthiques	28
A.6- Aspects organisationnels.....	30
A.7- Aspects juridiques.....	32
B-Cadre de référence de l'étude.....	35
C- Définition des concepts.....	36
PHASE METHODOLOGIQUE	
Chapitre I: La méthodologie	
A- Description du devis de recherche.....	37
A.1- Type de l'étude.....	37
A.2-Milieu de la recherche	37
A.3-Population de l'étude.....	37
A.4-L'échantillon	37
A.5-L'échantillonnage	38
A.6- Méthode de collecte de données	38
A.7- Analyse de données	38
B- Considération éthiques.....	38
PHASE EMPERIQUE	
Chapitre I : Présentation des résultats	
A-Résultats du questionnaire mené avec le personnel de l'hôpital	39
B-Résultats du questionnaire mené avec les malades	55

C-Résultat de l’entretien avec le médecin chef de consultation	55
Chapitre II : discussion des résultats	
A-Discussion des principaux résultats.....	66
B-Description des limites de l’étude.....	68
C-Recommandations.....	69
Conclusion.....	70
Références bibliographiques	71

ANNEXES

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES

Liste des figures et graphique:

Figure n° 1 : cadre de référence 23

Liste des graphiques:

INFIRMIERS

Graphique n° 1

Répartition des infirmiers selon l'âge 28

Graphique n° 2

Répartition des infirmiers selon le sexe 28

Graphique n° 3

Grade des infirmiers(e) interrogés 29

Graphique n° 4

spécialité de formation 29

Graphique n° 5

Répartition des infirmiers(e) selon
l'ancienneté 30

Graphique n° 6

les notions de base concernant les M.C 30

Graphique n° 7

Le type de formation reçue 31

Graphique n° 8

L'existence de chambre d'isolement 31

Graphique n° 9

L'aménagement de la salle d'isolement 32

Graphique n° 10

les outils des contraintes physiques
utilisées dans l'hôpital 32

Graphique n° 11

les types des M.C les plus utilisés dans
l'hôpital 33

Graphique n° 12

la pratique des M.C par rapport a l'effectif des infirmiers(e) du service	34
<u>Graphique n° 13</u> Jugement des infirmiers(e) sur les M.C	34
<u>Graphique n° 14</u> La prise de décision d'application des M.C	35
<u>Graphique n° 15</u> locale utilisé durant la pratique des M.C	36
<u>Graphique n° 16</u> l'existence d'un protocole préétabli concernant le recours au M.C	36
<u>Graphique n° 17</u> les indications du recours au M.C les plus fréquents dans l'hôpital	37
<u>Graphique n° 18</u> les C.I du recours au M.C les plus fréquents dans l'hôpital	38
<u>Graphique n° 19</u> Les modalités de surveillance au cours de l'application des M.C	38
<u>Graphique n° 20</u> la durée moyenne de l'utilisation des M.C dans l'hôpital	39
<u>Graphique n° 21</u> Existence d'un registre réservé au M.C	39
<u>Graphique n° 22</u> moment d'application des M.C	40
<u>Graphique n° 23</u> consentement du patient avant l'application des M.C	40
<u>Graphique n° 24</u> Information de la famille	41
<u>Graphique n° 25</u> Respect de la dignité des malades	41
<u>Graphique n° 26</u> l'influence sur la relation soignant- soigné	42

Graphique n° 27

Sentiments ressentis par les infirmiers	42
---	----

Graphique n° 28

La responsabilité légale	43
--------------------------------	----

Graphique n° 29

Les alternatives selon l'équipe de soins infirmiers(e)	43
--	----

MALADES

Graphique n° 30

Répartition selon l'âge	44
-------------------------------	----

Graphique n° 31

Répartition des malades selon le sexe	44
---	----

Graphique n° 32

Répartition des malades selon la provenance	45
---	----

Graphique n° 33

Niveau d'étude des malades	45
----------------------------------	----

Graphique n° 34

Situation familiale des malades	46
---------------------------------------	----

Graphique n° 35

Nombre d'hospitalisations	46
---------------------------------	----

Graphique n° 36

Mode d'hospitalisation des malades	47
--	----

Graphique n° 37

L'application des M.C a l'admission	47
---	----

Graphique n° 38

Les outils utilisés pour l'application des M.C	48
--	----

Graphique n° 39

La perception des M.C chez les malades	48
--	----

Graphique n° 40

Personnel responsable de la mise sous contention et ou isolement	49
--	----

Graphique n° 41

Consentement des malades	49
--------------------------------	----

Graphique n° 42

Les émotions ressenties par les malades avant d'être mis sous M.C	50
---	----

Graphique n° 43

Les raisons de mise sous Mesures coercitives	51
--	----

Graphique n° 44

L'expérience relié aux Mesures
coercitives

..... 51

Graphique n° 45

Le lieu de la pratique des M.C

..... 52

Graphique n° 46

La surveillance pendant l'application des
mesures coercitives

..... 52

Graphique n° 47

Jugement des malades concernant la
mise sous mesures coercitives

..... 53

Graphique n° 48

L'influence des mesures coercitives sur la
relation malade-infirmier

..... 53

LISTE DES ABREVIATIONS

A.H.Q : Association des hôpitaux de Québec

A.N.A.E.S : Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé

C.I.I : Conseil international des infirmiers

C.N.D.H : conseil national des droits de l'homme

CPT : Comite européenne pour protection de la torture

H.A.S : haute autorité de sante

H.DT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

H.L : Hospitalisation libre

H.O : Hospitalisation d'office

I.F.C.S : Institut de formation aux carrières de santé

M.C : Mesures coercitives

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

O.M.S : Organisation mondiale de la santé

O.N.U : organisation des nations unies

S.P.I.I.C : Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années déjà, la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins. Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin.

Il est courant de dire que les infirmiers(e) ne passent pas suffisamment de temps relationnel auprès des patients. Cette situation engendre un discours moralisateur qui a comme finalité de mettre le personnel mal à l'aise, voire de le culpabiliser.

L'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, la relation perd tout son sens si elle limite l'infirmier(e) à une confidence, incapable de se situer dans la relation de soins, sans maîtrise sur ses finalités, ces qualités humaines doivent être optimisées par un réel savoir professionnel centré sur les soins et qui englobe les différents types de relations les plus souvent rencontrés dans la relation soignant – soigné.

Le retour de l'usage des M.C (mesures coercitives) en psychiatrie pose de nombreux problèmes éthiques, cliniques et juridiques aux soignants. Pourtant leur vécu est peu exploré dans la littérature. Notre objectif était d'étudier la relation soignant soigné lors de l'application de mesures coercitives en psychiatrie.

L'utilisation de ces mesures en psychiatrie se produit fréquemment en réponse à des comportements agressifs. À cet égard, de plus en plus d'études tendent à démontrer que le personnel soignant est influencé par plusieurs facteurs de nature différente, notamment la perception de l'agressivité, quand vient le temps de prendre une décision quant à l'utilisation (ou non) de ces mesures coercitives. De tous les actes, les mesures coercitives nous paraissent l'acte le plus difficile à réaliser tant qu'il est impliqué sur les plans émotionnels et corporels.

C'est donc sur ces actes, si particulier, qu'on a voulu travailler à travers ce mémoire tout en souhaitant que cette recherche réponde aux attentes des professionnels de santé qui veulent s'engager à utiliser les mesures coercitives d'une manière appropriée pour qu'on puisse réellement contribuer à améliorer la sécurité des malades mentaux et la pratique en soins infirmiers.

Quelques notions historiques

Au 17ème siècle, on isolait ou plutôt on écartait les fous en les rassemblant dans des lieux hors des cités. C'était la période du Grand Renfermement où tous les indésirables de la société d'alors, était mêlés. On y retrouvait les prostituées, les délinquants, les opposants politiques, les débiles avec les fous authentiques. Les personnes étaient parquées dans des quartiers réservés (les anciennes léproseries), avec pour traitement, la contention par des chaînes et le cachot pour les plus agités, la mise au travail pour les autres avec une possibilité de libération conditionnelle après acceptation contractuelle d'un pacte moral avec l'existence humaine.

En automne 1793, un professeur médecin parisien, Philippe Pinel, obtint la séparation des fous et autres possédés de la masse des délinquants et asociaux. Ce fut la première reconnaissance officielle du fou. Ensuite, on ne parla plus de la folie mais : « d'aliénation mentale c'est-à-dire d'une maladie caractérisée par des troubles de l'esprit, passagers ou permanents, qui rendent l'aliéné étranger à lui-même ».

Pour mieux cerner ceux qu'il considérait comme malades, Pinel et son élève Esquirol édifièrent des codes d'observation et de classification des désordres mentaux. Ils innovèrent une méthode morale pour les traiter, en substituant aux chaînes et aux mauvais traitements, un régime plus humain mais toujours empreint d'un certain degré de contrainte. On vit apparaître les camisoles de force et autres traitements physiques répressifs visant à dompter l'impulsivité du patient. Il y avait des chambres individuelles, appelées des loges, où pouvaient être enfermés les aliénés.

Grâce à la révolution française, dont les idées se sont exportées militairement et administrativement dans la plupart des états européens, l'approche de la maladie mentale se modifia enfin. Une série de lois va marquer l'institutionnalisation de la folie. La loi française d'assistance du 30 juin 1838 se pencha sur le sort des aliénés et la nécessité de soins. L'aliéné prend le statut de malade mental. Des établissements de soins fermés virent le jour. La justice légiféra sur des modalités de placement des malades qui furent copiées dans de nombreux pays. En Belgique, la loi dite de collocation datant de 1850, instaura les placements sous mesure de contrainte.

Après 1860, de nombreuses institutions, nommées asiles, furent érigées et gérées en auto gestion. Elles étaient construites et pensées comme une société en réduction. L'asile avait pour mission d'isoler et de contenir, c'est-à-dire de : « soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes en l'éloignant de son milieu habituel, en le séparant de sa famille et de ses amis, pour l'entourer d'étrangers et lui faire changer sa manière de vivre ». L'asile était une machine à socialiser qui contraignait les aliénés à se plier à la règle de la vie communautaire. Il sortait le malade de son enfermement en lui-même en l'insérant dans le jeu des rapports sociaux, certes intra-asilaires, mais qui maintenaient son aptitude à vivre parmi les autres. On assista à la création des dortoirs et des réfectoires. Et, l'idée du recours à la cellule individuelle comme principe de construction psychologique mais aussi de discipline resta. C'est en 1890 que le professeur français Charcot avança le principe thérapeutique du soin isolement dans le cadre de traitement de la prise en charge de l'anorexie mentale.

Avec la pensée psychanalytique et la découverte des neuroleptiques, dans le courant du 20ème siècle, la psychiatrie fit de grandes avancées dans la prise en charge du malade mental. Elle mit en cause le coté aliénant et chronicisant des institutions asilaires notamment dans le traitement de la psychose.

Depuis une cinquantaine d'années, grâce au vaste mouvement de désinstitutionnalisation, l'accent est mis sur des projets de réhabilitation du malade mental dans la société. La prise en charge en milieu hospitalier se veut

de moins en moins longue. L'aspiration des psychiatres contemporains est de bannir toute mesure de contrainte dans les prises en charges proposées. Cependant, leur confrontation avec la réalité de la pathologie mentale, empreinte de facteurs socioculturels, les force encore parfois à intervenir sans ou contre le consentement de leur patient. Des modalités d'hospitalisation sous contrainte existent encore : la loi de Défense Sociale (patients internés sous une mesure judiciaire) et la loi de Mise en Protection (ancienne loi de collocation).

Au fur et à mesure du temps, l'institution asilaire a donc évolué pour devenir un centre hospitalier spécialisé. L'architecture des établissements s'est aussi modifiée au fur et à mesure des remaniements sanitaires ainsi qu'avec l'évolution des règles légales et éthiques du respect du patient. L'hôpital psychiatrique actuel se veut un lieu de soins mais il doit encore intégrer la dimension de la gestion des agir pulsionnels des patients. En effet, la psychiatrie reste chargée par la société d'une fonction de régulation et de protection. C'est ainsi que la notion de prendre soin par un isolement perdure dans les milieux hospitaliers psychiatriques pouvant se concrétiser par la fermeture de la porte de l'unité de soins, la fermeture de la porte de la chambre du patient ou par le recours à un enfermement dans une chambre spécifiquement aménagée pour contenir le comportement pulsionnel d'un patient appelée la chambre d'isolement

PROBLEMATIQUE DE RACHERCHE

A-Formulation du problème :

L'organisation mondiale de sante(2005) affirme que toutes les personnes atteintes de troubles mentaux ont droit à un traitement et à des soins de bonne qualité dispensés par des services de soins de santé compétents. Elles doivent être protégées de toute forme de discrimination et de tout traitement inhumain.

D'une côté la Déclaration de Caracas 15 au Conférence mondiale sur les droits de l'Homme(1993) concerne la structure des services de santé mentale mentionne que les ressources et les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux doivent préserver leur dignité et leurs droits humains et assurer un traitement rationnel et approprié.

D'autre coté le code déontologique du Conseil international des infirmières(2005) montre que les infirmières ont quatre responsabilités essentielles: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance.

Travelbee(1978), Dans son livre Relation D'aide En Nursing Psychiatrique, définit le nursing psychiatrique comme «un processus interpersonnel au moyen duquel l'infirmière professionnelle aide un individu, une famille ou une collectivité à améliorer sa santé mentale, à prévenir les manifestations de la maladie et de la souffrance ou à les affronter et, si nécessaire, à découvrir le véritable sens de ces manifestations» (p. 6).

D'après Imogène King Le point central de son modèle, c'est l'homme en tant qu'être humain dynamique dont les perceptions des objets, des personnes et des événements influencent son comportement, son interaction sociale et sur sa santé (Leigh, 2001). Les principaux concepts de la théorie de King sont le système personnel, le système interpersonnel et le système social

Entre outre, la perception selon KING est la variable, car elle influence le comportement. Selon lui la perception individuelle du soi, de l'image corporelle, du temps, et de l'espace influence la manière dont chacun interagit avec les personnes, les objets et les événements de vie. A l'inverse, au long de la vie, l'individu est constamment confronté à de multiples expériences qui influencent la perception du soi, Elle est propre à chaque individu

Notant que les soignants en psychiatrie sont exposés à des dilemmes entre, d'une part, le devoir de préserver la dignité et d'assurer un environnement sûr pour le patient et, d'autre part, de maintenir la sécurité des autres patients et de l'environnement([Moylan .2009](#)), et puisque la mise en œuvre des M.C en psychiatrie est une forme de soins, elle nécessite l'expression d'un consentement libre et éclairé.(Michel T.2005), alors que le soin relationnel est fondamental et s'appuie sur la communication réfléchie et sensée. (S.Philippe et al.2000).

Par ailleurs pour être une véritable thérapeutique l'isolement et la contention physique doivent avoir des indications médicales et répondre à une surveillance clinique accrue. (D.Friard 2002), et il est important d'évaluer si le bénéfice attendu par la contention physique est supérieur aux possibles conséquences (traumatismes...) qu'elle peut entraîner. (P.DUDOUIT et al. 2011).

Durant la période de stage réalisé à l'hôpital psychiatrique al Razzi de Tétouan nous avons constaté un manque dans l'encadrement concernant le recours à l'application des mesures coercitives, plusieurs observations ont attirés notre attention au cours de cette période, parlons de l'absence complète d'une salle réservé à la contention physique et l'isolement, manque dans le matériel, la mise sous contention est fréquemment exécutée sans consentement des malades ou leurs familles, aussi bien nous avons constaté l'absence des procédures administratives précises régissant ces mesures de contrôle, de plus, l'équipe de recherche a consulté le dahir de 1959 et le code pénale marocain sans trouvé aucun article qui les règlemente, de même aucun module est conçu pour les étudiants durant la durée de formation au sein des Instituts de

formation des Cadres de santé (IFCS) au Maroc. Notre curiosité nous a amené à commencer une investigation exploratoire descriptive sur l'environnement qui influence la relation soignant soigné dès l'application de l'un de ces mesures.

Par l'identification des aspects qui influencent sur la relation soignant soignée, l'infirmier doit être conscient de l'impact de toute mesure sur le côté relationnelle en bénéficiant des programmes d'orientation et de formation adapté aux pratiques professionnelles.

En conclusion notre recherche vise à explorer et décrire les facteurs qui maintiennent cette irritation dont le but sera donc de mieux comprendre la situation et de sortir avec des propositions et des recommandations contribuant à l'amélioration des pratiques professionnelles.

B-But de recherche :

Explorer et décrire les facteurs influençant la relation soignant-soigné lors de l'application des mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique al Razzi de Tétouan en 2013 - 2014.

C-Question de recherche :

Quels sont les facteurs influençant la relation soignant-soigné lors de l'application des mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique al Razzi de Tétouan en 2013 - 2014 ?

A-Résultats

A.1- Prévalences

Dans une étude américaine effectuée dans les années 1980 et qui comparait des établissements psychiatriques ayant un taux d'admissions et de congés comparables, ainsi que des règles identiques par rapport à l'utilisation des mesures coercitives, la proportion de patients isolés et restreints oscillait entre 0 % et 48 % et la durée moyenne se situait quant à elle entre 4,9 et 18 heures (Okin,1985).

Une autre étude américaine, qui incluait les données de 23 établissements psychiatriques opérant avec les mêmes politiques et méthodes d'isolement et de Contention physique, indiquait que la proportion de patients isolés et restreints se situait entre 0,4 % et 9,4 % (Way& Banks, 1990).

Par ailleurs, en Finlande, 1 543 dossiers d'admissions dans trois grands hôpitaux psychiatriques du pays ont permis de démontrer que des M.C étaient appliquées chez 32 % des patients admis durant leur séjour intra-hospitalier, peu importe la durée de ce dernier. Les contentions mécaniques étaient utilisées chez 10 % des patients et 8 % d'entre eux recevaient une médication sans leur consentement (Lehtinen et al, 2000). Et il est estimé que la proportion de personnes hospitalisées en psychiatrie qui sont isolées et/ou mises sous contentions fluctue entre 0 et 66 % et que la durée moyenne de l'application de ces mesures varie entre 10 minutes et 50,6 heures(Steinert et al. 2010).

De plus, Il semble exister un taux plus élevé d'utilisation de mesures d'isolement et de contention physique chez les patients souffrant de troubles psychotiques par rapport aux autres pathologies psychiatriques (Mason&Woods, 1998), et plus particulièrement parmi les patients souffrant de schizophrénie (Betemps, Somoza, &Buncher, 1993),de même, les troubles de personnalité (Swett, 1994),la déficience intellectuelle (Lunsky et al. 2006),les syndromes cérébraux organiques (Steinert, Bergbauer, Schmid, &Gebhardt, 2007) ou les

troubles reliés à l'abus de substances (Miller, Abrams, Dulit, & Fyer, 1993) ont également été associés à l'utilisation accrue de M.C.

L'impact de l'âge des patients sur l'utilisation des mesures coercitives a également été étudié et il semble que les jeunes patients sont ceux qui ont été restreints et/ou isolés le plus fréquemment (G. M. Smith et al. 2005).

En effet, une vaste étude menée auprès de 500 personnes souffrant de maladies mentales graves et ayant été exposées à des mesures coercitives a démontré un taux élevé de victimisation traumatique (de 51 à 98 %) et même de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (jusqu'à 43 %) (Cusack, Frueh, & Brady, 2004).

A.2- Perception soignant :

Menier, Rodriguez, Lassaunière, Langlade et Stambouli (2010) ont trouvé que les M.C représentent un véritable dilemme pour les soignants partagés entre l'obligation de protéger le patient et celle de respecter sa liberté individuelle. La contention est une pratique de soin à risques dont les complications sont souvent sous-estimées. Elle exige une prescription médicale et requiert l'attention conjuguée de tous les acteurs du soin, pour sa mise en place, sa surveillance et sa levée. Dans les faits, ce soin est souvent laissé à la seule estimation des personnels paramédicaux.

MorasZ montre que le vécu direct d'une situation violente, entraîne principalement chez le soignant une émotion : la peur. En effet, le soignant connaît le caractère dangereux de la contention physique, ce qui peut naturellement entraîner cette peur (MORASZ. Comprendre la violence en psychiatrie, édition Dunod, 2002. Chapitre 3, Violence, peur et insécurité, p 47)

Selon le même auteur, la contention physique culpabilise également car elle trouble l'inconscient et l'idéal des soignants. C'est aussi l'idée reprise par C.Pannetier lorsqu'il dit que « la contention est un sujet tabou, douloureux et culpabilisant pour les soignants » (Op. Cit. MORASZ, p 241)

Comme le souligne B.E. Gbézo, il paraît indispensable d'évacuer la charge émotionnelle que provoque ce soin pour permettre un bon équilibre

psychologique du soignant(E. GBEZO B. Les soignants face à la violence, Edition Lamarre, 2005, Chapitre 10, Maitrise du patient agité ou violent, p 126)

Une étude a relevé que les infirmiers n'ont pas perçu les mesures de contrainte comme un problème éthique (Lind et al, 2004),de même Meehan et al. (2004) rapporte qu'environ 75% des infirmières soutiennent l'utilisation de l'isolement.

Globalement, pour les soignants, les mesures de contraintes demeurent une des alternatives pour la gestion de la violence et l'agression. Néanmoins, elles sont considérées et appliquées comme les alternatives de dernier recours (Moran et al., 2009).

En effet, prendre soin induit la notion de ne pas nuire. L'infirmier, de par ses actes de suppléance, de prévention, mais aussi par sa relation, s'investit dans l'intention fondamentale du respect de « l'autre ». Hesbeen définit que le prendre soin « dans une perspective de santé, c'est aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé » (2002, p. 30)

A.3-Perception soigné :

Les émotions ressenties par les patients avant la mise en chambre d'isolement ou contention physique se répartissent en 19 catégories, dont les plus fréquemment citées sont la peur, le désespoir, la solitude, la crainte, l'impuissance, la frustration et l'excitation. L'émotion la plus souvent mentionnée est la colère, rapportée par 24 % des sujets. Durant l'isolement et la contention physique, 31 % des patients font part de sensations pouvant s'apparenter à une expérience hallucinatoire, qu'il s'agisse d'éléments hallucinatoires visuels, auditifs ou cénesthésiques. Une certaine tonalité anxieuse est relevée chez 67 % des individus participant à l'étude, qui soulignent avoir appelé les soignants à de nombreuses reprises dans le seul but de parler. Lors de la sortie de la chambre d'isolement, certains thèmes sont évoqués par les patients : l'impatience de sortir de l'hôpital (pour 23 % d'entre eux), la joie de revoir les proches (12 % d'entre eux), la satisfaction de ne plus être isolé (10 % d'entre eux), la sensation d'avoir été amélioré par l'application de la procédure (8 % d'entre eux), voire la nécessité de poursuivre un traitement

pharmacologique (8 % d'entre eux). Les résultats obtenus mettent en exergue que si pour certains sujets l'isolement semble avoir été inutile, pour d'autres il est apparu comme une mesure bénéfique dans le cadre de la prise en charge institutionnelle de leurs troubles. Les patients présentant d'importants troubles du comportement à type de passages à l'acte marqués par l'impulsivité semblent être ceux qui ont retiré le plus de bénéfices de ce type de procédure coercitive. Palazzolo (2004)

L'un des critères de qualité des soins est le recueil du vécu subjectif des patients contenus. Une enquête a donc été menée dans un service d'urgences psychiatriques pour étudier le vécu de ces patients. 26 patients ont été interrogés, à l'aide d'un questionnaire structuré, afin de déterminer les aspects les plus pénibles de la contention. La peur, la colère, le sentiment d'agression sont les aspects négatifs les plus fréquemment rapportés derrière l'inconfort et les sensations douloureuses de la contention physique. 12 patients ont pu être recontactés à distance. 3 d'entre eux présentent des symptômes de stress post-traumatique mesurés sur l'échelle d'événement traumatique (Braitman 2004, p. 332)

Parallèlement il a été démontré que les patients soumis à des soins sous la contrainte ont une faible satisfaction par rapport aux soins prodigués, malgré la conviction forte que cette mesure soit nécessaire dans les hôpitaux psychiatriques (Kuosmanen, Hatonen, Jyrkinen, Katajisto, & Valimäki, 2006), ainsi les patients développent une perception négative des services de santé mentale, ce qui affaiblit l'alliance thérapeutique et par conséquent a un impact négatif sur le traitement (Frueh, et al., 2005; Steinert, et al., 2007).

Ce travail permet de nous éclairer sur les différents points de vue de l'ensemble des acteurs sur la relation soignant/patient lors de l'application des mesures coercitives, cette relation a subi des modifications profondes comme toute relation hiérarchisée et clairement définie dans nos démocraties libérales. La notion d'égalité qui prévaut dans nos relations de citoyens, d'individu à individu, a effacé les limites intergénérationnelles, les limites de classe, et par là même a bouleversé l'asymétrie qui régissait la relation soignant/soigné et qui

fondait l'autorité médicale. Cette valorisation moderne des principes d'égalité et d'autonomie du patient a profondément modifié l'arsenal thérapeutique.

Cette relation peut être influencée par la présence de plusieurs aspects :

A.4-Aspects cliniques:

En pratique clinique, le conflit sur les effets de l'isolement et la contention physique est bien présent entre les logiques des patients et celles des soignants. Pour les soignants, cette mesure a des effets thérapeutiques positifs ; au contraire, les patients témoignent de leur vécu souvent traumatisant. Pour cette raison, il est recommandé d'en mesurer l'impact psychologique pour le patient dans le but de prévenir d'éventuels traumatismes (Bergk et al. 2010).

L'organisation des nations unies(1991) affirme que les M.C ne doivent être utilisées que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui et Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet, de même, une M.C est définie de la manière suivante elle constitue un moyen de contrôle physique pour empêcher une personne sur qui on n'a plus de contrôle de se blesser ou de blesser d'autres personnes, de l'empêcher de provoquer des dégâts autour d'elle, et d'empêcher une interruption de ses programmes de traitement et de soins (Friard,2004,p.20).et pour la considérer comme thérapeutique, elle doit être employée avec l'intention d'empêcher un patient de se faire du mal ou d'en faire aux autres (PALAZZOLO, 2004, p.30).

D'après Gilles devers (2000) il n'y a pas une violation du droit (de liberté) car la contention physique est guidée dans un but thérapeutique et limitée à ce qui est strictement nécessaire.

Guedj, Raynaud, Braitman et Vanderschooten (2004) ont trouvé que l'usage de la contention est controversé. Bien que distincte, elle est souvent liée et associée à l'isolement, comme réponse ou prévention des conduites d'agitation des malades mentaux. d'une part les indications principales de l'utilisation d'une telle M.C sont : la maîtrise de l'agitation sévère ou la

violence, la mesure prophylactique d'intervention lorsqu'on observe les signes prodromaux d'une crise (Palazzolo, 2004, p.37), d'autre part, Vaiva, Ducrocq et Ezzedine (2003) mentionne que la contrainte physique peut être nécessaire; elle est alors considérée comme un acte thérapeutique prescrit qui nécessite une surveillance du sujet, aussi les M.C rendues nécessaire en cas d'échec de l'approche relationnelle, il peut être nécessaire de les mettre en œuvre d'emblée en cas de manifestations de violence avec mise en danger du patient et de l'équipe soignante. Sa mise en place impose de maintenir le dialogue avec le patient, de le rassurer et de dédramatiser la situation. (Desmettre et al. 2013).

En outre, l'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. (M.T. Giroux, C. Maheux, M.Chevalier 2005). Quant aux contentions, les critères usuels pour leur utilisation réfèrent à l'agressivité et la violence sous toutes ses formes, à un état confusionnel et à l'agitation sévère dans la phase aiguë de la maladie. (Smith & Humphreys, 1997). Ainsi, tous s'entendent pour dire que ces mesures coercitives doivent être considérées comme un dernier recours qui, après que d'autres moyens ont été jugés inefficaces, permettra la communication ou l'implantation d'un plan de soins. (Morin & Leblanc, 2003).

Les mesures d'isolement et de contentions continuent de faire partie de l'arsenal thérapeutique, faute d'avoir trouvé mieux. Ozarin, (2001) or les mesures coercitives peuvent avoir des conséquences physiques graves pour les patients, mais également des conséquences psychologiques. Strout, (2010). Ainsi que la douleur et l'inconfort sont fréquemment rapportés par les patients durant l'application des contentions. Chien, Chan, Lam, & Kam, (2005).

Egalement, l'utilisation de la contention est plutôt à la source de plusieurs problèmes ou conséquences à la fois pour l'usager, le personnel soignant, les proches et l'établissement. Ainsi, le fait d'immobiliser un usager amène une diminution de la mobilité avec toutes les conséquences qui en découlent : diminution du tonus musculaire, diminution de l'amplitude articulaire, fonte musculaire, augmentation du risque d'escarres de décubitus, prédisposition à l'incontinence urinaire et fécale et aux problèmes d'équilibre, etc.. Diminution

de l'estime de soi, anxiété, crainte, humiliation et découragement ne sont que quelques-unes des conséquences sur le plan psychologique décrites par (Strumpf et Evans, 1988, p.37)

D'ailleurs, elles doivent être abordées au même titre qu'une décision pour un traitement spécifique de soins de santé. Pour qu'une décision puisse être jugée comme étant la meilleure pour l'usager, il est primordial de considérer son aspect thérapeutique, néanmoins toute décision thérapeutique repose sur des concepts scientifiques, des principes et des valeurs morales de société et d'environnement de soins. Le processus de prise de décision doit aussi être éclairé et réfléchi, appuyé sur des connaissances suffisantes du traitement et de ses effets de même que des mesures de remplacement.

Notons qu'il est de la responsabilité de l'institution d'établir un protocole de mise en place de toute M.C. Ce dernier doit être réfléchi à l'avance, et doit préciser les indications, la durée, et les modalités de surveillance du patient. Ce protocole fait partie intégrante du dossier médical du patient. Également les personnels infirmiers, doivent, chaque fois qu'ils le jugent nécessaire, de demander au médecin d'établir un tel protocole thérapeutique, daté et signé (ANAES, 2004) (Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé).

A cet effet pour être une véritable thérapeutique elles doivent avoir des indications médicales et répondre à une surveillance clinique accrue. Friard, (2002)

Aussi bien il est important d'évaluer si le bénéfice attendu par l'isolement et la contention physique est supérieur aux possibles conséquences (traumatismes...) qu'elle peut entraîner. DUDOUIT et al. (2011).

Voici les principales mesures reconnues dans la littérature :

Les indications:

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui
- Inefficacité des autres moyens

- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins et que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés; utilisation à la demande du patient.
- Quand l'étiologie d'une agitation violente n'est pas connue, la contention peut être indiquée pour maintenir le patient pendant une période sans médication nécessaire à l'investigation.

Les contre-indications :

- Utilisation de la contention à titre de punition ;
- État clinique ne nécessitant pas une contention ;
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort
- Utilisation liée uniquement au manque de personnel.
- Les contre-indications somatiques à la contention physique en psychiatrie sont relatives et concernent les patients instables sur le plan organique : cardiopathie, désordre de la thermorégulation, affections respiratoires, infections graves, lésions traumatiques incompatibles avec le maintien dans la position contenue.

Les complications possibles sont :

- Les troubles du rythme cardiaque, une déshydratation, une inhalation ou des lésions secondaires aux efforts du patient pour se dégager. Des décès des patients ont été rapportés en relation directe avec cette pratique. En conséquence, elle doit être considérée comme une procédure de surveillance intensive.
- L'utilisation de la contention doit donc rester une mesure d'exception et de dernière intention. Elle est systématiquement associée aux autres modalités de traitement psychothérapeutiques et souvent chimio thérapeutiques. Elle est, en outre, interrompue aussi rapidement que possible.

A.5-Aspects éthiques :

Les soins de santé mentale doivent, toujours, être dispensés conformément aux normes d'éthique applicables aux praticiens de santé mentale, y compris aux normes acceptées sur le plan international, telles que les principes d'éthique

médicale adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies. Il ne doit jamais être abusé des connaissances et des méthodes de soins de santé mentale (ONU.1991).

Sur le plan éthique, les écrits sur les M.C portent principalement sur la privation de liberté et de ce dilemme entre sécurité et liberté

L'efficacité des mesures de l'isolement et contention physique n'étant pas prouvée, et vu que celles-ci attentent à la liberté, à la dignité et à l'autonomie des patients, il est légitime de se demander si ces mesures sont éthiquement justifiables. Prinsen et van Delden (2009)

Le rapport de l'ANAES évoque la mise sous contention comme une situation mal vécue par les soignants car celle-ci concilie difficilement la contention avec le respect de l'autonomie et de la dignité de ces patients. Dans son livre « Le souci de l'autre », Marie De HENNESEL évoque la souffrance des malades, des familles mais aussi des soignants face au manque d'humanité et d'attention à l'hôpital, elle évoque la mise sous contention en milieu hospitalier, ainsi que la notion de maltraitance. Cette violence dans les soins ressentie par les familles, est aussi ressentie par les soignants.

L'utilisation de la mesure d'isolement et de contention physique doit se faire dans le respect de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de l'usager. Puisque la mise en œuvre de la contention est une forme de soins, elle nécessite l'expression d'un consentement libre et éclairé. Giroux, Maheux, et Chevalier (2005). En plus et selon l'AHQ (2000) (Association des hôpitaux de Québec) ne devront jamais être utilisée à titre de punition ou en remplacement de soins infirmiers, ou parce que cela facilite la tâche du fournisseur de soins de santé. Chaque cas doit être traité individuellement en fonction de chaque situation particulière.

Pour être légitime et thérapeutique, tout acte de contention physique (mise en pyjama, placement en chambre d'isolement, pose d'entraves) doit donc nécessairement répondre à

Plusieurs caractéristiques :

- Le patient doit être informé des raisons amenant la réalisation de cet acte et de l'objectif thérapeutique attendu
- Il doit être effectué sans brutalité, par des équipes soignantes formées à cette situation spécifique dont elles doivent comprendre la fonction parentale.
- Il doit résulter d'une prescription médicale pour être légitime dans cette fonction et ne pas devenir une simple mesure de répression, comme cela a souvent été le cas au cours de l'Histoire. DUBREUCQ (2003)

Le malade ou la personne qui prend les décisions en son nom doit être pleinement informé de la raison de la contention et doit donner son consentement éclairé. Dans une situation d'urgence, le consentement doit être obtenu dès que possible après l'urgence. SPIIC (2004)(Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada).

Cependant, l'isolement et la contention physique sont parfois utilisés à des fins punitives lorsque les règles de l'unité sont brisées ou pour décourager des comportements indésirables.(AHQ, 2002).En effet, plusieurs chercheurs ont confirmé que les usagers des services de santé mentale peuvent avoir une perception punitive de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions Robins et al (2005).

De même constituent la preuve la plus parlante des pratiques barbares que la psychiatrie se plaît à appeler thérapie ou traitement et le recours à la contention est une agression il devrait être déclaré illégale (J.Estgate.1969)

A.6-Aspects organisationnels:

Selon le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants(2006) la pénurie de personnel ou le confort du personnel ne sauraient en aucun cas justifier la contention. Elle ne doit jamais être ordonnée systématiquement. Le personnel doit être en nombre suffisant afin de créer un milieu sûr pour tous les patients, de prévenir le recours à des moyens de contrainte et d'assurer la surveillance des patients soumis à la contention. PIMENOFF et LEHTMETS(2006).

D'après une étude le personnel rapporte souvent avoir été influencé par des facteurs reliés au fonctionnement de l'unité, en particulier à la surcharge de travail, le manque d'intimité pour les patients, ainsi qu'à un trop grand nombre de patients agités et bruyants simultanément sur une unité dans sa décision d'utiliser ou non des mesures coercitives. Guivarch, Cano (2013).

La présence ou l'absence de solutions de remplacement à l'utilisation de ces mesures, la disponibilité du personnel ainsi que le climat d'équipe dans les unités psychiatriques peuvent eux aussi avoir un impact sur la fréquence de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions selon (fisher, 1994;lendeneijer, shortridge, 1997; Bernheim &Mailhot, 2009).

(Hardin, 1994 ; Hantikainen, 1998) évoquent l'augmentation de la taille des équipes soignantes comme l'item d'alternative à la contention qui est le plus souvent cité.

Le personnel, dans les établissements psychiatriques, doit être formé aux techniques de contrôle à la fois non physique et d'immobilisation manuelle de patients agités ou violents. La possession de telles aptitudes donne au personnel la possibilité de choisir la réponse la plus appropriée dans les situations difficiles, réduisant ainsi de manière importante le risque de lésion pour les patients et le personnel. (CPT) 2013(Comite européenne pour protection de la torture).

L'architecture du service et le manque de personnel qui empêchent la surveillance adéquate sont aussi deux raisons justifiant, selon les collaborateurs, le recours à la contention (Bagaragaza, Vedel, & Cassou, 2006), le personnel recourra aussi aux moyens coercitifs pour diminuer les risques de fugue ou pour pallier le manque de personnel soignant. McBride,(1996), notant aussi que l'utilisation de ces derniers varie considérablement selon les milieu psychiatrique. Bush, shore (2000).

De même des résultats très inquiétants de Mamum et Lim (2005) qui ont trouvé que, sur les 91 participants à leur étude ayant une contention physique, 50 % d'entre eux n'avaient simplement pas d'indication au dossier patient. Ainsi la

diminution de 90 % des contentions, conjuguée à une formation des équipes, s'est accompagnée d'une augmentation de l'incidence des chutes et des blessures mineures. Par contre, la sévérité des blessures qualifiées de modérées à sérieuses a diminué de manière significative (Neufeld et al. 1999).

Selon la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada Il faut tenir un dossier exact et complet de l'utilisation de la contention et certaines lois en font une exigence obligatoire. Des infirmières ont fait l'objet de sanctions de la part de leur organisme de réglementation professionnelle pour avoir omis de tenir un dossier sur l'application de mesures de contention à un malade.

La loi 65-99, relative au code du travail et l'article 52 de la charte nationale de l'éducation et de la formation précisent l'intérêt de la formation en cours d'Emploi.

A.7- Aspects juridiques :

a-Aperçu international

L'utilisation de la contention est encadrée par l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en France. Cet article traite en effet l'utilisation de la force, de l'isolement ou de moyens mécaniques et de substances chimiques pour contrôler une personne. Il spécifie notamment que le recours à de tels moyens doit être minimal et exceptionnel. MSSS(1998)(Ministère de la Santé et des Services sociaux).

Au Canada et selon la société de protection des infirmières et infirmiers, les infirmières doivent connaître et appliquer les normes professionnelles relatives au recours à la contention. Toute omission à cet égard pourrait entraîner des mesures disciplinaires de la part de leur organisme de réglementation professionnelle. Les infirmières doivent connaître et observer la législation relative à la contention. Certaines lois sur la santé mentale ou d'autres lois décrivent précisément la procédure à suivre.

En Allemagne, l'attachement des patients est réglementé par la loi concernant les malades mentaux du 20 Mars 1985. Le paragraphe 29 a considéré les mesures dites de « sécurité particulière » : elles ne sont à mettre en pratique que s'il existe dans l'immédiat un risque considérable que le patient placé se tue ou se blesse sérieusement, ou qu'il devienne violent ou bien encore qu'il quitte sans autorisation l'établissement de soins, et que si ce risque ne peut être réduit d'une autre manière. Ces mesures de sécurité sont la réduction de la liberté de déplacement, la confiscation d'objets, la séparation dans une chambre spéciale, l'attachement. Chacune de ces mesures de sécurité doit être ordonnée et limitée dans le temps par un médecin et doit être immédiatement levée dès que les conditions de sa mise en vigueur ont disparu. La mise en place d'une telle mesure, ainsi que sa levée doivent être documentées. L'avocat du patient doit être prévenu dans sans délai. Ce sont des mesures de sécurité particulière nécessaires et non thérapeutiques.

En Grande-Bretagne, l'isolement défini comme « l'isolement d'un malade sous surveillance dans une chambre qui peut être fermée à clé pour protéger les autres du danger » est un moyen de traitement médical prévu par l'acte de santé mentale de 1983. Il doit être employé le moins possible et pour une durée aussi brève que possible. L'utilisation de ces chambres doit être conforme aux directives du code des pratiques contenu dans le manuel de l'isolement du département ministériel de la santé. L'usage de ces chambres et les dossiers des patients dont les soins ont nécessité l'isolement sont contrôlés au moins une fois par an par la commission de santé mentale (corps indépendant qui a la responsabilité statutaire de veiller à défendre les droits, le bien-être et la sécurité des malades). L'isolement est également considéré comme une mesure de sécurité et non comme un moyen thérapeutique.

Notre incursion rapide dans le droit de quelques démocraties étrangères montre que cet encadrement n'est en rien utopique et qu'il n'est pas incompatible avec la notion de soin.

b- L'exception Marocaine

L'état marocain n'a pas jugé nécessaire de légiférer en ce domaine, laissant au médecin toute liberté pour gérer ces problèmes.

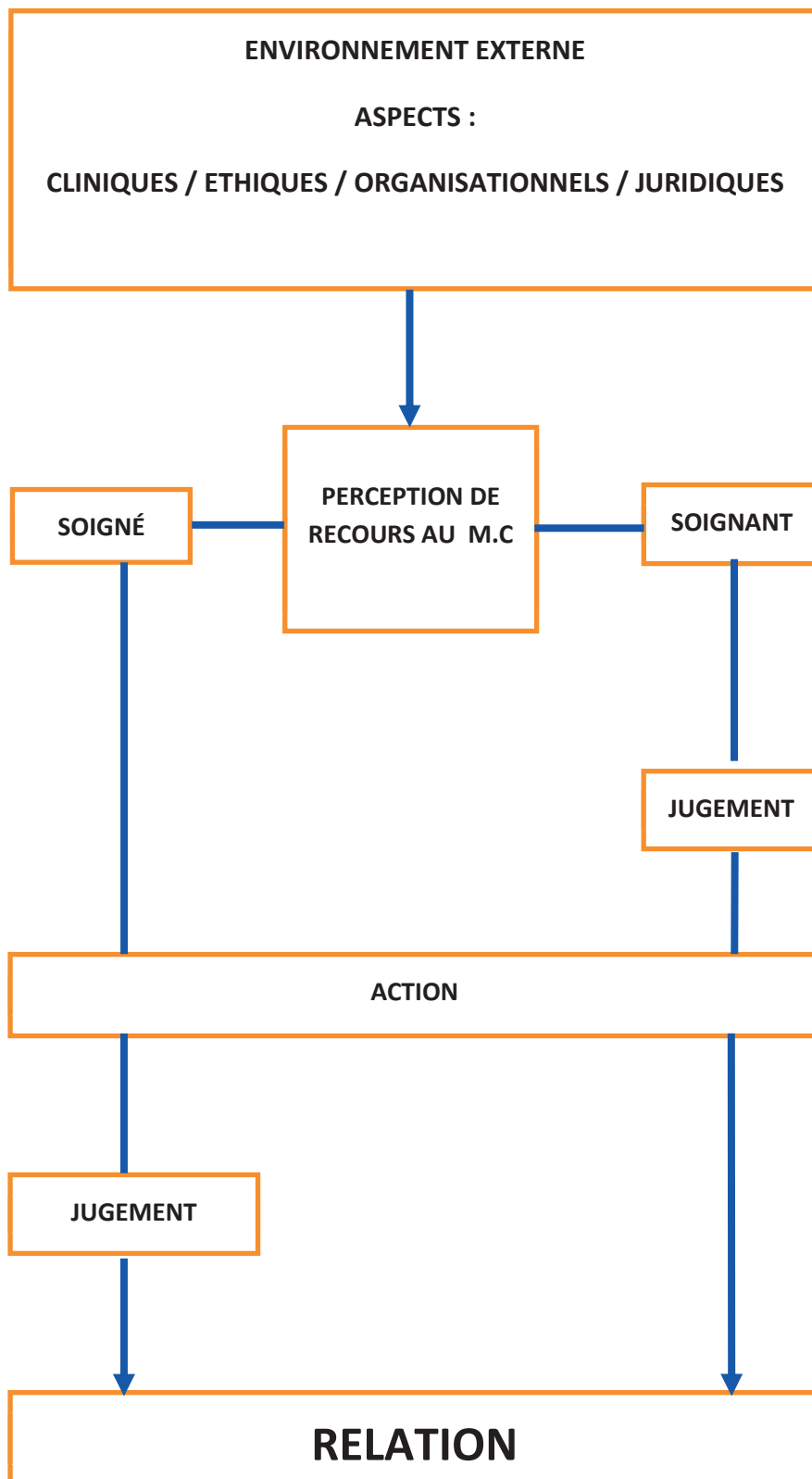
Si aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, en Allemagne, au Canada, en Belgique, au Pays-Bas, en Russie des textes de lois précis réglementent l'utilisation de l'isolement et de la contention, il est en France possible d'isoler et d'attacher un patient sans aucun contrôle, ni a priori, ni a posteriori. On s'étonnera, on ironisera sur ce curieux pays, partie des Droits de l'homme au sein duquel les médecins, voire des infirmiers peuvent, impunément, selon la durée, les modalités, les prétextes qui leur conviennent isoler et attacher n'importe quel malade mental hospitalisé sous contrainte. Cette absence de contrôle repose sur l'idée pinélienne que l'isolement n'est pas une mesure de sécurité mais un acte thérapeutique.

Or nous avons consulté la législation marocaine concernant spécifiquement la contention physique et nous n'avons trouvé aucun article qui la réglemente et l'encadre. Sauf le code pénal marocain (2011) désigne que tout fait qui cause une douleur ou une souffrance aiguë physique ou mentale pour une personne, commis intentionnellement par un fonctionnaire public avec son consentement exprès ou tacite pour la punir se considère comme torture. (Article 231-1)

B- Cadre de référence

Figure 1 :

Modèle conceptuel inspiré du modèle théorique d'IMOGEN KING



C-Définition des concepts

Les Mesures Coercitives

Ensemble des actions de contraindre, exercée sur quelqu'un, pour le forcer à agir ou à s'en abstenir. Elle existe notamment par contrainte physique, chimique et/ou psychologique.

La relation soignant – soigné

Selon le dictionnaire des soins infirmiers est l'interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient.

Emotion

Selon de dictionnaire de la psychologie l'émotion est la Réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable.

L'isolement

Désigne l'utilisation des locaux afin de réduire la libre mobilité des personnes, par exemple, le fait de fermer la pièce où se trouve le patient, la limitation à un secteur du bâtiment au moyen de bracelets et de portiques électroniques, de portes nécessitant un code, de caméras de surveillance.

Contention

Consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile comme une camisole de force.

A-Devis de recherche :

C'est un devis méthodologique descriptif qui répond à notre question de recherche, un plan structure logique permettant une étude descriptive des facteurs influençant la relation soignant-soigné lors de l'application des mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique al Razzi de Tétouan en 2013 - 2014.

B-Type d'étude :

L'étude est de type exploratoire descriptif quantitatif de niveau I, qui vise l'explication et la description des facteurs influençant la relation soignant-soigné lors de l'application des mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique al Razzi de Tétouan en 2013 - 2014.

C-Milieu d'étude :

Nous avons choisi l'hôpital psychiatrique al Razzi de Tétouan pour plusieurs raisons, les plus importants c'est notre milieu de stage, accessible, et représentatif, en raison même, c'est le seul hôpital psychiatrique dans la région.

Population :

Sachant que la capacité litière de l'hôpital est de 90 lits, la population concernée par notre recherche est composée d'un médecin psychiatre qui est le seul chargé de la consultation, toute l'équipe de soins vu le nombre restreint de personnels, les malades hospitalisés et en post cure.

Echantillon :

Nous avons procédé au choix d'échantillons composé de d'un médecin psychiatre, toute l'équipe de soins, 30% des patients en postcure pendant le premier trimestre de 2014, et 30% des patients séjournant à l'hôpital

Echantillonnage :

Le critère de choix est intentionnel par choix raisonné pour les patients hospitalisés et en post cure, tout en respectant les critères suivants :

- Insight positif
- Plus au moins stable
- Consentement de sujet

Pas de critères de choix pour l'équipe de soins et les médecins vu le nombre réduit.

Méthodes de collecte de données :

Comme méthodes de collecte de données, nous avons distribué un questionnaire semi fermé auto administré

- A l'équipe de soins ainsi
- Aux malades hospitalisés et en post cure

Un entretien semi structuré avec les médecins

De même nous avons opté pour l'observation des comportements des infirmiers et des patients lors de l'application des mesures coercitives.

Analyse des données :

Les données collectées seront analysées quantitativement et vont être illustrées sous forme de graphiques.

Considérations éthique :

Nous avons demandé l'autorisation auprès de l'administration de l'hôpital psychiatrie al Razzi de Tétouan accompagner bien sûr avec le consentement des infirmiers et des patients interviewés.

La confidentialité et le respect de l'anonymat est primordiale dans notre recherche.

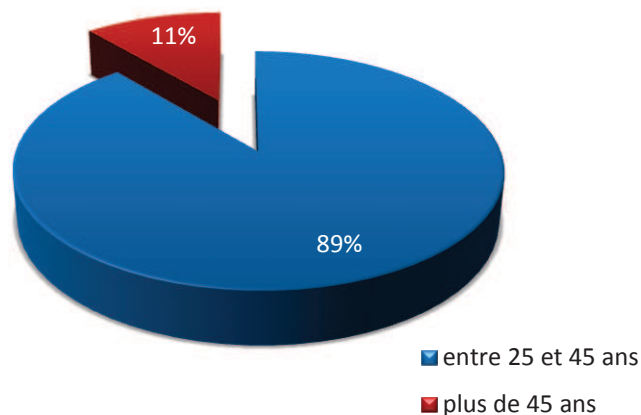
PRESENTATION DES RESULTATS

A-Résultats du questionnaire mené avec le personnel de l'hôpital

Graphique n° 1 :

Répartition des infirmiers selon l'âge

Elément	Nombre
[25-45] ans	11
Plus de 45 ans	7



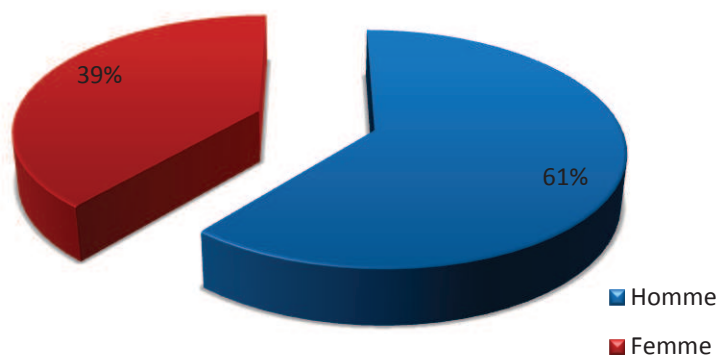
Commentaire :

L'âge le plus dominant des infirmiers pratiquant à l'hôpital ERRAZI de Tétouan est l'âge jeune.

Graphique n° 2 :

Répartition des infirmiers selon le sexe

Elément	Nombre
Homme	11
Femme	7



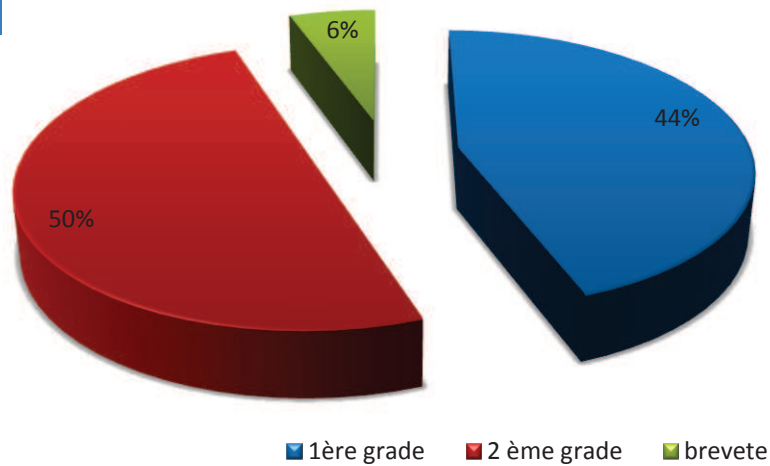
Commentaire :

Plus de 60% des infirmiers(e) interrogés sont de sexe masculin.

Graphique n° 3 :

Grade des infirmiers(e) interrogés

Elément	Nombre
1ère grade	8
2 ^{ème} grade	9
breveté	1



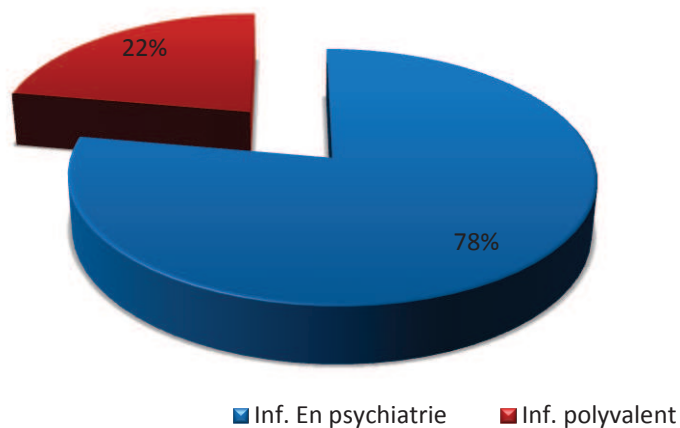
Commentaire :

La moitié des infirmiers(e) sont du deuxième grade, or 44% sont du premier grade.

Graphique n° 4 :

Spécialité de formation

Elément	Nombre
Inf. en psychiatrie	14
Inf. polyvalent	4



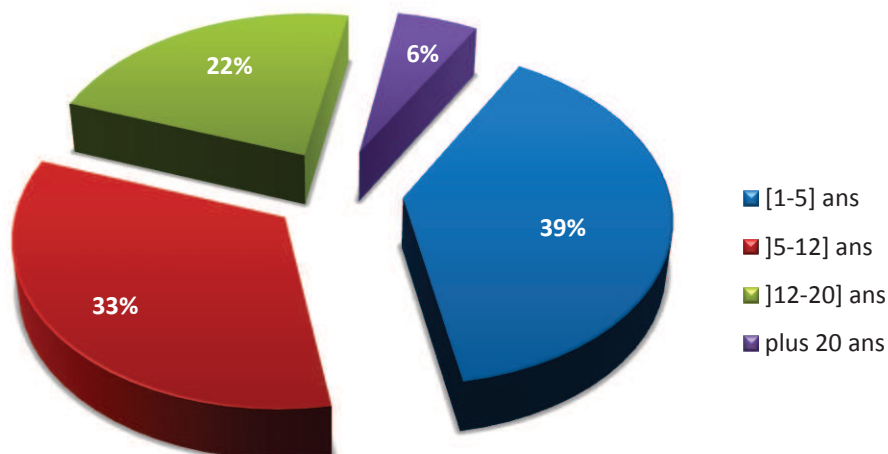
Commentaire :

78% des infirmiers(e) sont des infirmiers(e) en psychiatrie.

Graphique n° 5 :

Répartition des infirmiers(e) selon l'ancienneté

Elément	Nombre
[1-5] ans	7
] 5-12] ans	6
] 12-20] ans	4
plus 20 ans	1



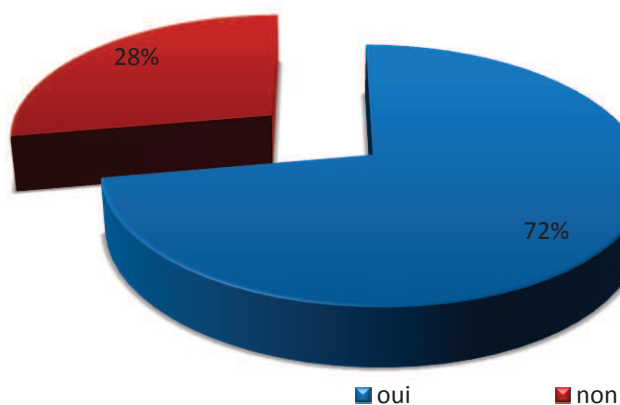
Commentaire :

La majorité des infirmiers participant à l'étude ont une expérience qui dépasse 5 ans.

Graphique n° 6 :

Notions de base concernant les Mesures coercitives

Elément	Nombre
oui	13
non	5



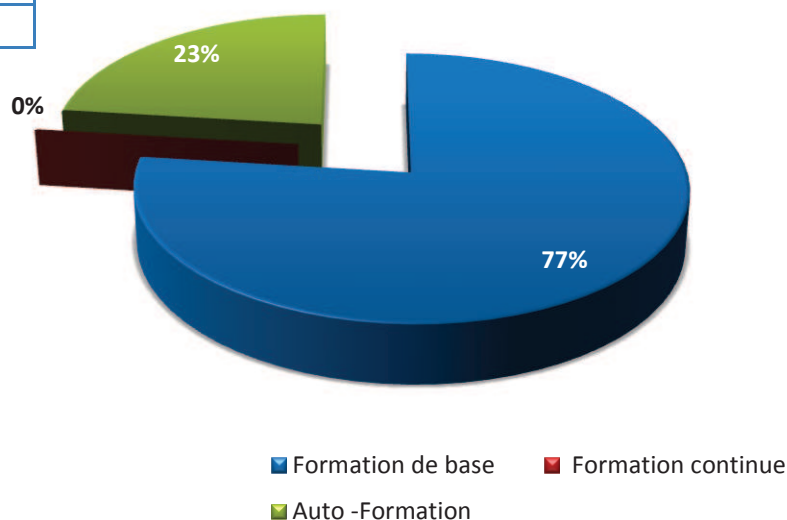
Commentaire :

72% ont des notions sur les M.C

Graphique n° 7 :

Le type de formation reçue

Elément	Nombre
Formation de base	10
Formation continue	0
Auto -Formation	3



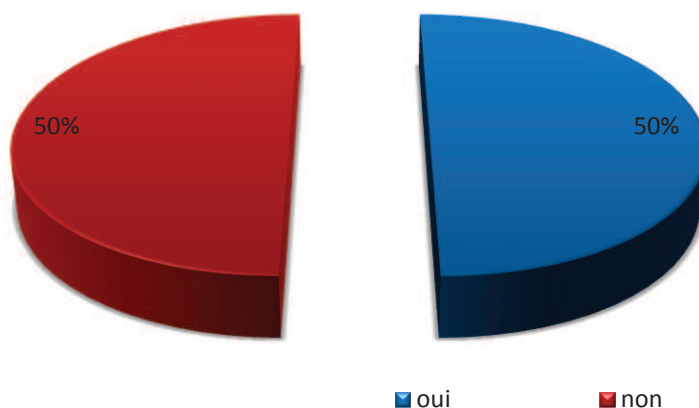
Commentaire :

Plus de 76% ont reçues une formation sur les M.C au cours de la formation de base.

Graphique n° 8:

L'existence de chambre d'isolement

Elément	Nombre
oui	9
non	9



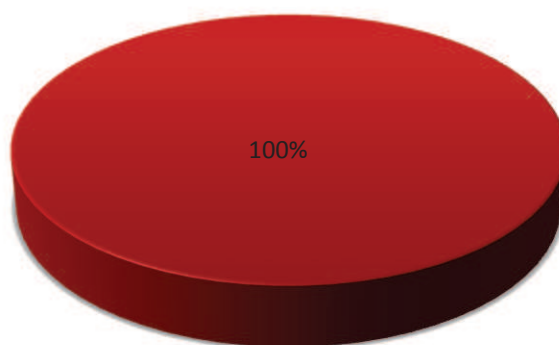
Commentaire :

Les infirmiers(e) ne sont pas d'accord sur l'existence d'une salle d'isolement dans leurs services.

Graphique n° 9:

L'aménagement de la salle d'isolement

Elément	Nombre
oui	0
non	9



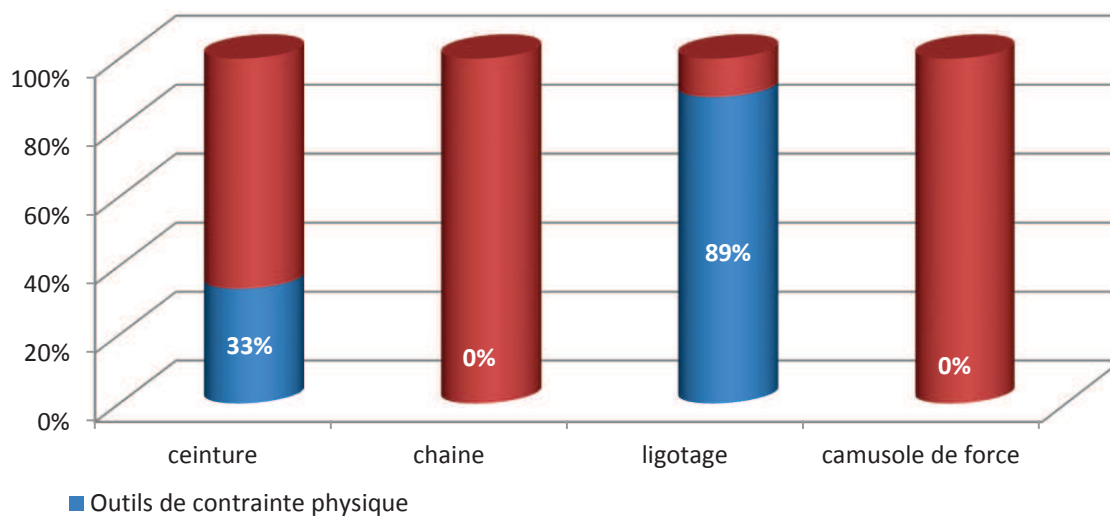
Commentaire :

Les infirmiers(e) qui ont déjà d'accord sur l'existence d'une salle d'isolement dans leurs services affirment qu'elle n'est pas aménagée.

Graphique n°10:

Les outils de contrainte physique utilisée à l'hôpital

Elément	Nombre
Ceinture	6
Chaine	0
Ligotage	16
Camisole de force	0



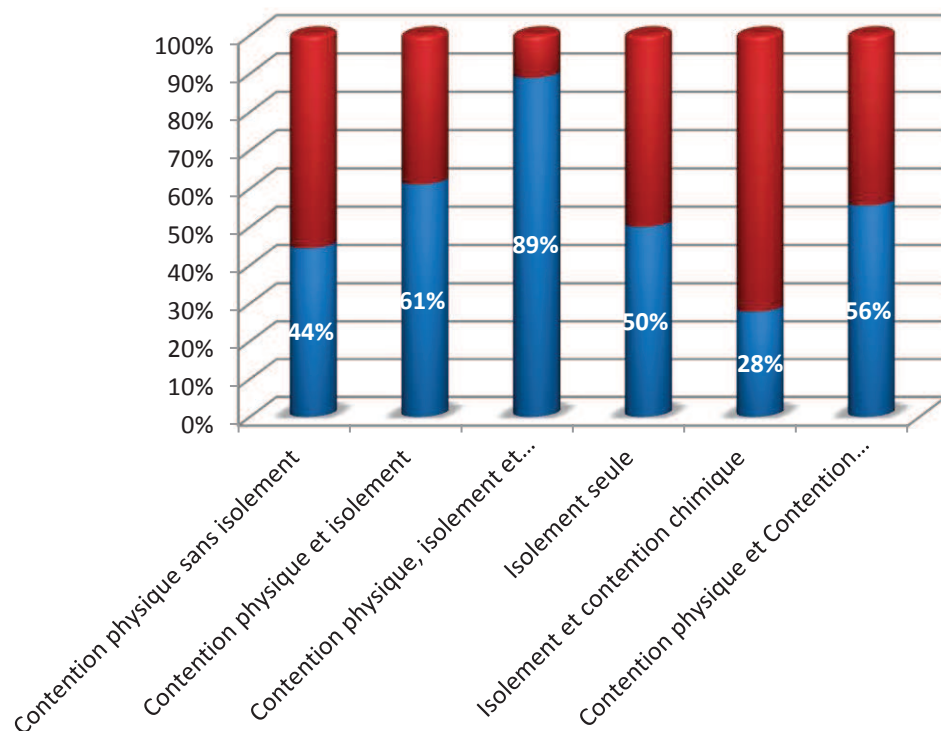
Commentaire :

presque 90% des infirmiers(e) annoncent que le principale outil applicable pour pratiquer les M.C c'est le ligotage.

Graphique n° 11:

Types M.C les plus utilisés dans l'hôpital

Elément	Nombre
Contention physique sans isolement	8
Contention physique et isolement	11
Contention physique, isolement et Contention chimique	16
Isolement seule	9
Isolement et contention chimique	5
Contention physique et Contention chimique	10



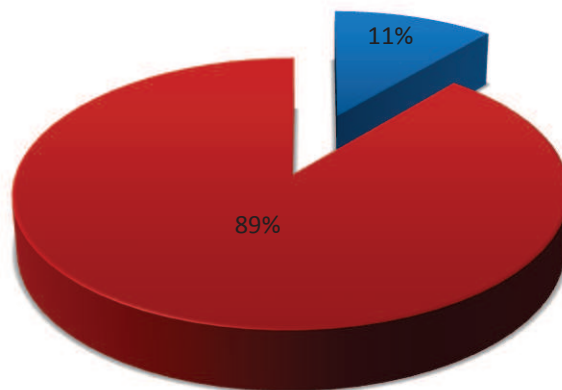
Commentaire :

La quasi-totalité des infirmiers participant à l'étude font recours à la contention physique, plus la contention chimique et l'isolement.

Graphique n° 12:

Pratique des M.C par rapport à l'effectif des infirmiers(e) du service

Elément	Nombre
Oui	2
Non	16



Commentaire :

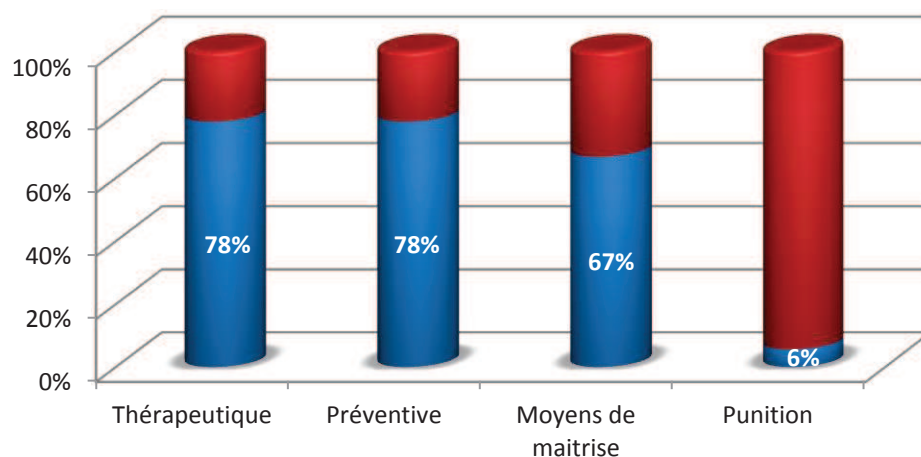
■ Oui ■ Non

Presque 90% du personnel disent que l'effectif est insuffisant pour pratiquer les M.C

Graphique n° 13:

Jugement des infirmiers(e) sur les M.C

Elément	Nombre
Thérapeutique	14
Préventive	14
Moyens de maitrise	12
Punition	1



Commentaire :

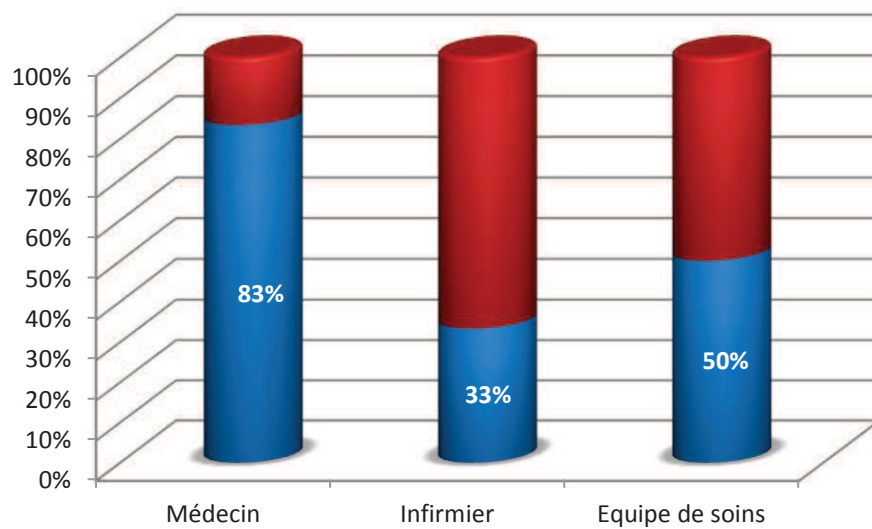
3/4 des infirmiers(e) jugent les M.C comme:

- Soins thérapeutique
- Soins Préventifs
- Moyens de maitrise

Graphique n° 14 :

La prise de décision d'application des M.C

Elément	Nombre
Médecin	15
Infirmier	6
Equipe de soins	9



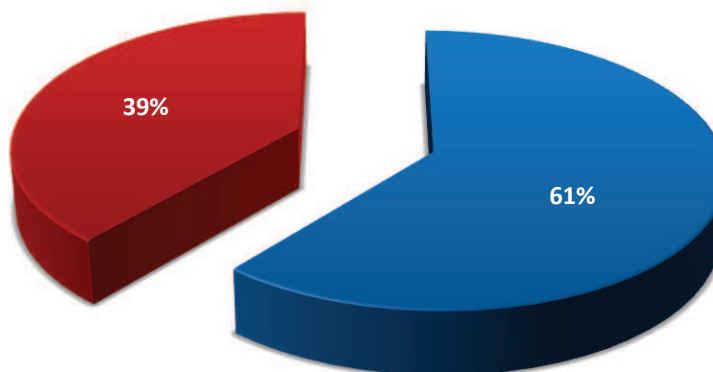
Commentaire :

Les infirmiers(e) participant à la recherche ont mentionné que la décision d'application des M.C revient au Médecin traitant dans 83%, la moitié a déclaré que la décision est prise par l'équipe de soins, alors que 33% disent que l'infirmier est le responsable de la prise de décision.

Graphique n° 15 :

Locale utilisé durant la pratique des M.C

Elément	Nombre
individuelle	11
collective	7



■ individuelle ■ collective

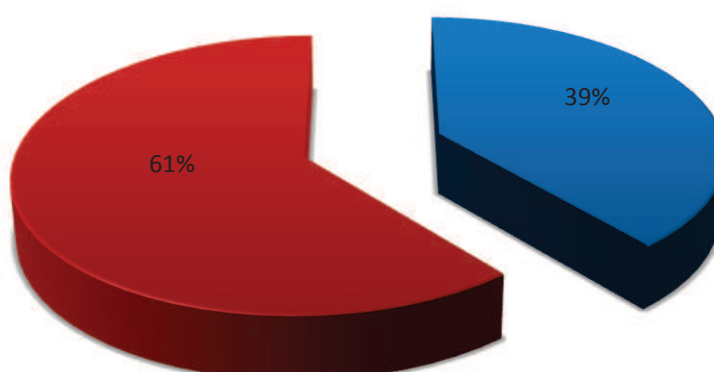
Commentaire :

Plus de 60% affirment que les M.C se fait dans une salle individuelle, or presque 40% mentionnent que les M.C se pratiquent dans des salles communes.

Graphique n° 16:

Existence d'un protocole d'isolement ou de contention physique

Elément	Nombre
oui	7
non	11



■ oui ■ non

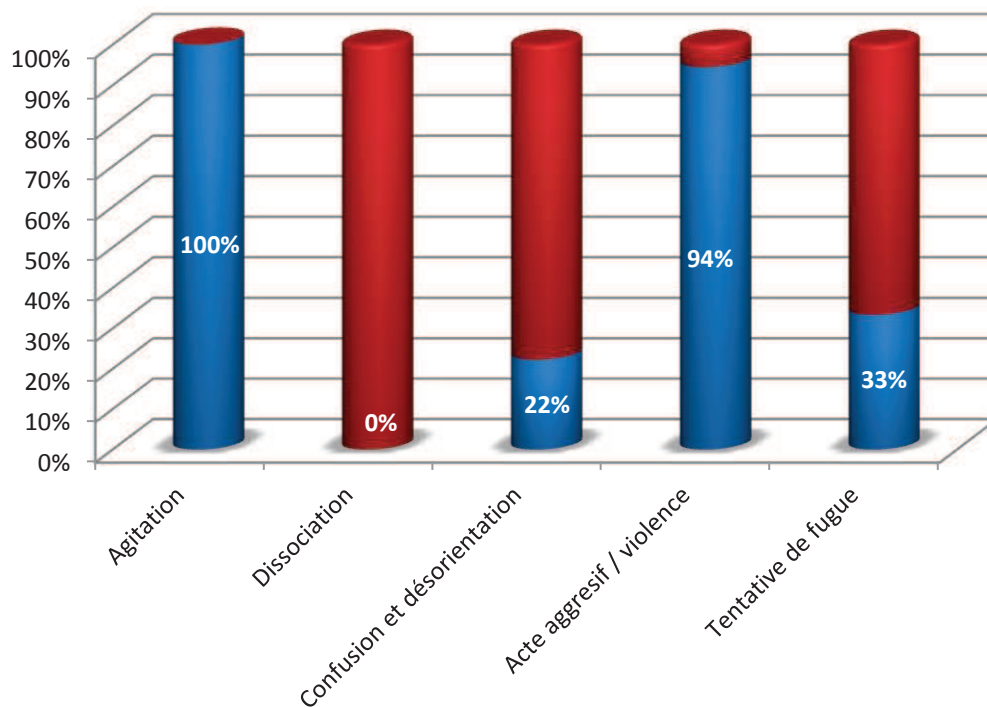
Commentaire :

Plus de 60% des infirmiers affirment l'absence d'un protocole préétabli concernant le recours au M.C alors que 40% des infirmiers(e) disent le contraire.

Graphique n° 17 :

Les indications du recours au M.C les plus fréquents dans l'hôpital

Elément	Nombre
Agitation	18
Dissociation	0
Confusion et désorientation	4
acte agressif/violence	17
Tentative fugue	6



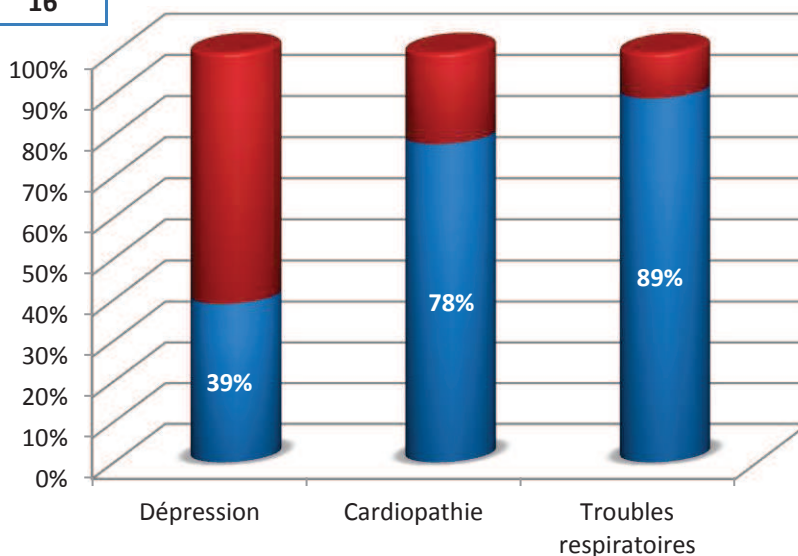
Commentaire :

Presque la totalité des infirmiers participant à l'étude considèrent l'agitation et l'agressivité comme l'indications majeurs pour le recours au M.C

Graphique n° 18 :

Les Contres indications du recours au M.C les plus fréquents dans l'hôpital

Elément	Nombre
Dépression	7
Cardiopathie	14
Troubles respiratoire	16



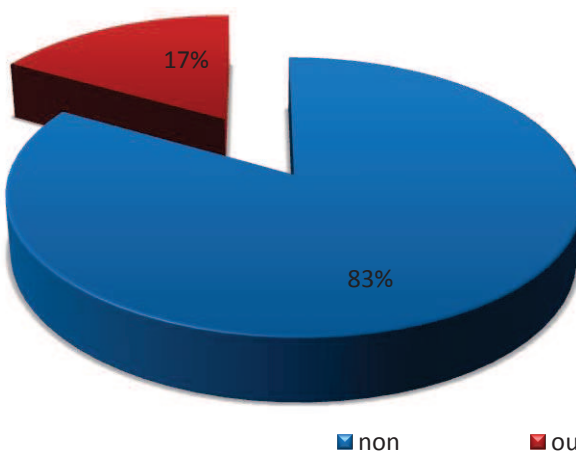
Commentaire :

La quasi-totalité des infirmiers(e) affirment que les troubles respiratoires, cardiaques et dépressives sont les plus fréquents dans l'hôpital.

Graphique n° 19 :

Les modalités de surveillance au cours de l'application des M.C

Elément	Nombre
Oui	3
Non	15



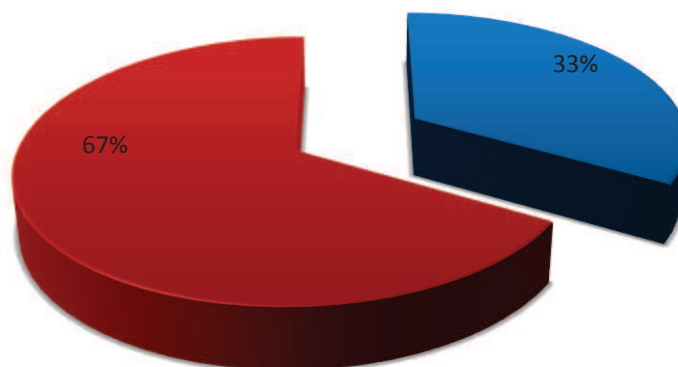
Commentaire :

83% des infirmiers interrogés confirment l'absence des modalités de surveillance à l'hôpital liés aux mesures coercitives.

Graphique n° 20 :

La durée moyenne de l'utilisation des M.C

Elément	Nombre
Moins de 3 heures	6
Selon L'état de malade	12



Commentaire :

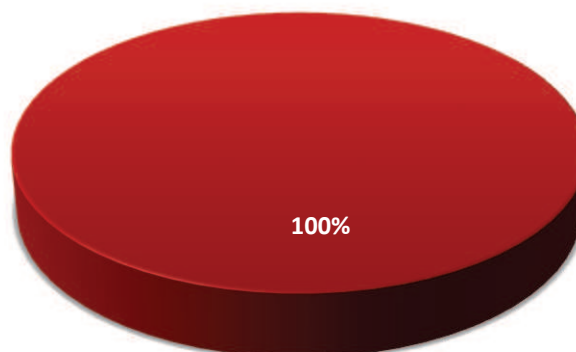
■ moins de 3 heures
■ selon état de malade

Plus de 67% des infirmiers affirment que la durée moyenne de l'utilisation des M.C se change selon l'état du malade.

Graphique n° 21 :

Existence d'un registre réservé au M.C

Elément	Nombre
oui	0
non	18



Commentaire :

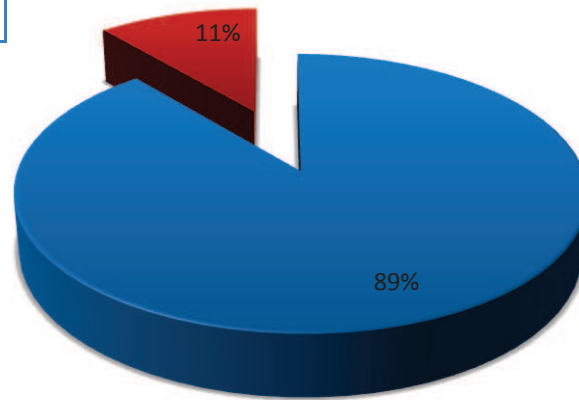
■ oui ■ non

La totalité des infirmiers participant dans l'étude confirment l'absence d'un registre réservé au M.C

Graphique n° 22 :

Moments d'application des M.C

Élément	Nombre
A l'admission	16
Première semaine	2



Commentaire :

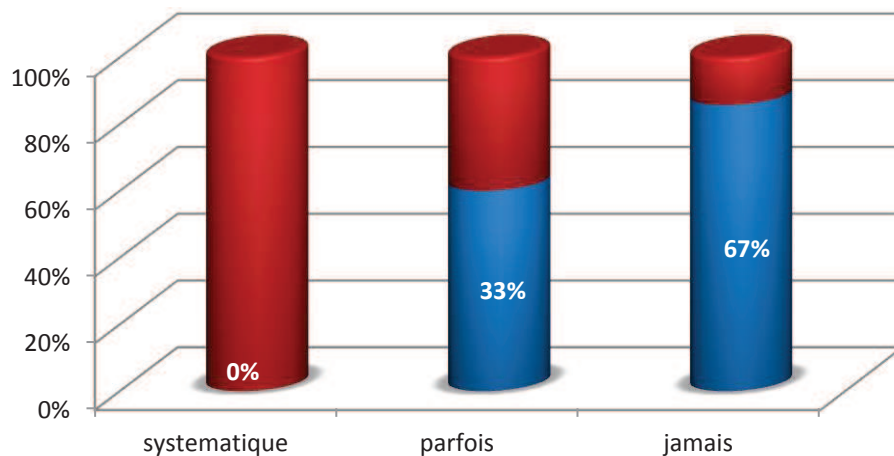
■ a l'admission ■ première semaine

La quasi-totalité des infirmiers(e) déclarent que le recours au M.C survient habituellement dans les premières 24 heures de l'hospitalisation.

Graphique n° 23 :

Consentement des patients avant l'application des M.C

Élément	Nombre
Systématique	3
Parfois	6
Jamais	9



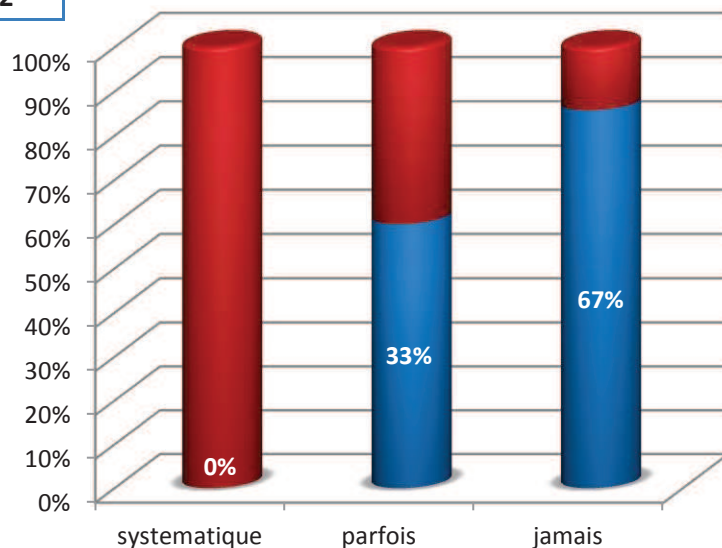
Commentaire :

67% des infirmiers déclarent que les familles ne sont pas informées sur l'application des M.C de leurs malades.

Graphique n° 24 :

Information de la famille

Elément	Nombre
Systématique	0
Parfois	6
Jamais	12



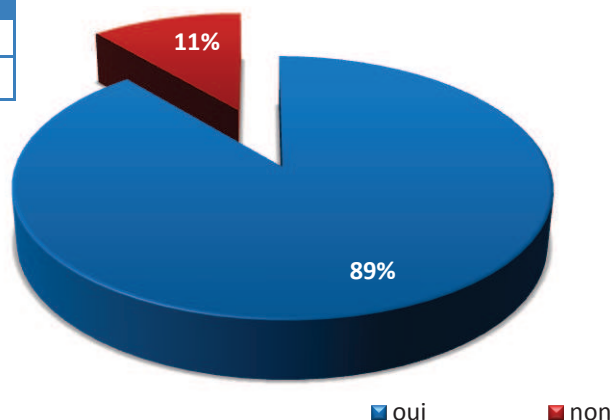
Commentaire :

Presque 67% des infirmiers déclarent que les familles ne sont pas informé sur l'application des M.C de leurs malades.

Graphique n° 25 :

Respect de la dignité des malades

Elément	Nombre
oui	16
non	2



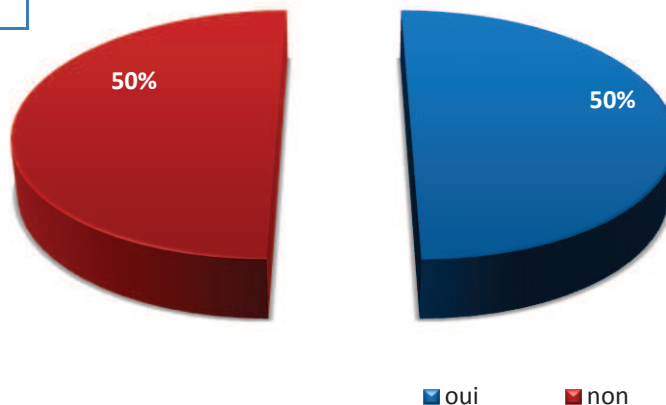
Commentaire :

La quasi-totalité des infirmiers(e) sont d'accords sur le respect de la dignité des malades lors de l'application des M.C

Graphique n° 26 :

L'influence sur la relation soignant- soigné

Elément	Nombre
Oui	9
Non	9



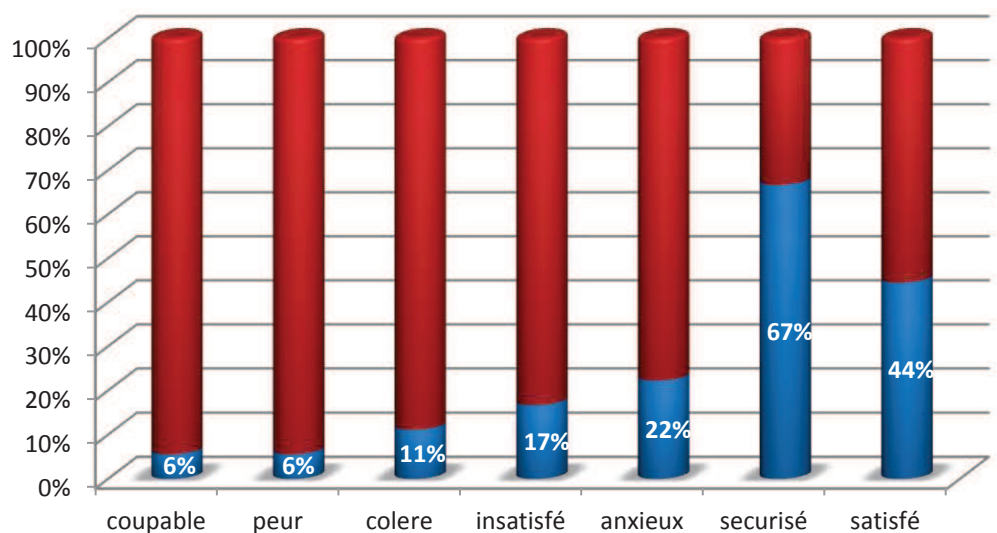
Commentaire :

La moitié des infirmiers(e) interrogés affirment que la relation soignant-soigné est influencé après la pratique des M.C. alors que l'autre moitié déclarent qu'elle n'était pas influence.

Graphique n° 27 :

Sentiments ressentis par les infirmiers

Elément	Nombre
Coupable	1
Peur	1
Colère	2
Insatisfait	3
Anxieux	4
Sécurisé	12
Satisfait	8



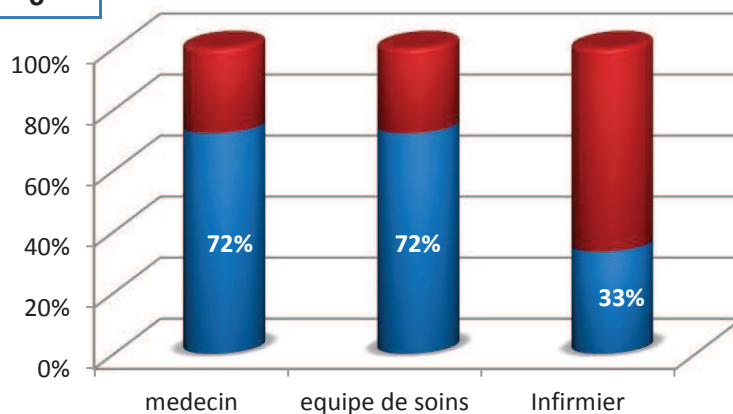
Commentaire :

Plus de 65% des infirmiers(e) sont satisfait et sécurisé lors de l'application des M.C.

Graphique n° 28 :

La responsabilité légale

Elément	Nombre
Médecin	13
L'équipe de soins	13
L'Infirmier	6



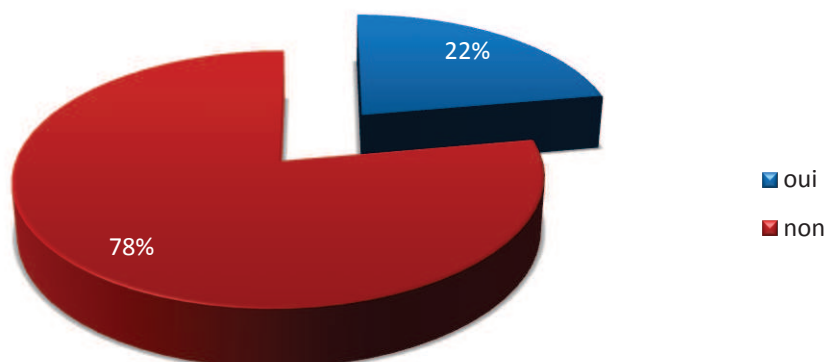
Commentaire :

Plus de 73% des infirmiers(e) interrogés affirment que la responsabilité légale est partagée entre le médecin et l'équipe de soins en cas d'incidence ou d'accident survenu au moment de l'une des M.C.

Graphique n° 29 :

Les alternatives selon l'équipe de soins infirmiers(e)

Elément	Nombre
Oui	4
Non	14



Commentaire :

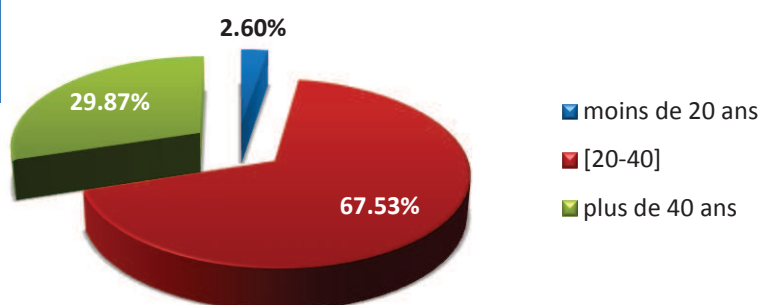
Presque 80% des infirmiers(e) annoncent qu'il n'existe pas d'autres alternatives pour remplacer le recours aux M.C.

B-Résultats du questionnaire mené avec les malades

Graphique 30

Répartition selon l'âge

Elément	Nombre
moins de 20 ans	2
[20-40]	52
plus de 40 ans	23



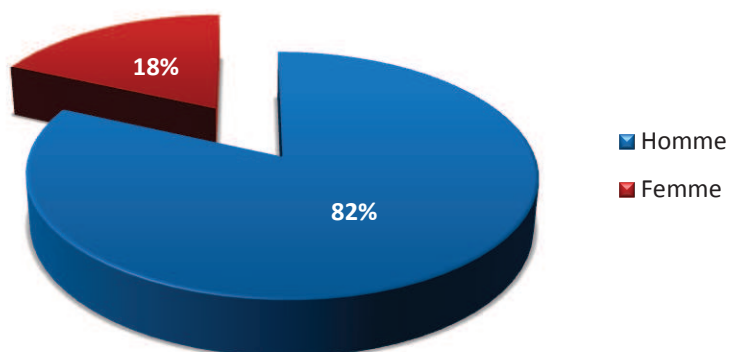
Commentaire :

La tranche d'âge la plus dominante est celle entre 20 et 40 ans

Graphique 31

Répartition des malades selon le sexe

Elément	Nombre
Homme	63
Femme	14



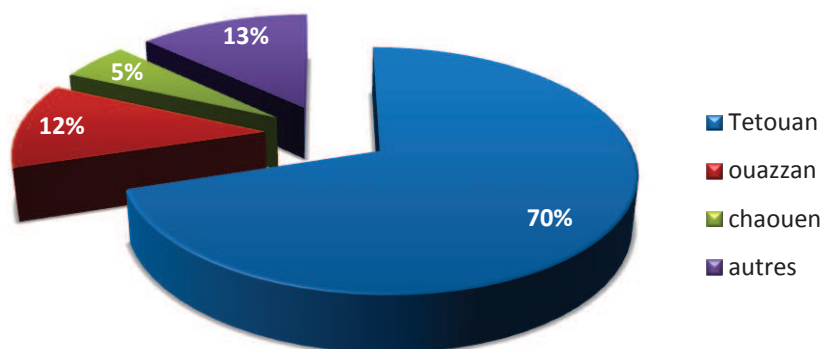
Commentaire :

Plus de 80% des patients interrogés sont des hommes

Graphique 32

Répartition des malades selon la provenance

Elément	Nombre
Tétouan	54
Ouazzane	9
Chefchaoun	4
Autres	10



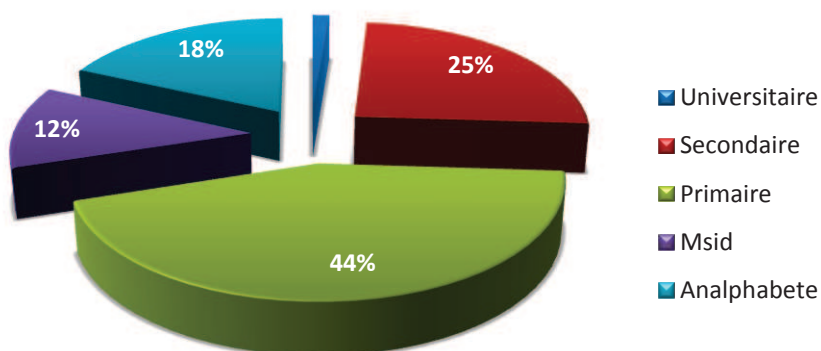
Commentaire :

70% des patients sont de Provenance de Tétouan

Graphique 33

Niveau d'étude des malades

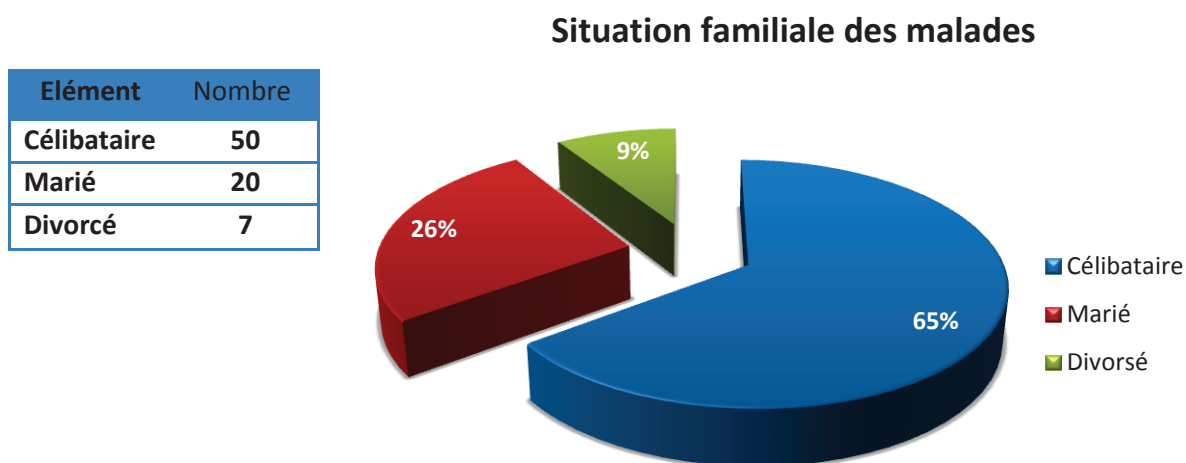
Elément	Nombre
Universitaire	1
Secondaire	19
Primaire	34
Msid	9
Analphabète	14



Commentaire :

Presque 20% des malades interrogés sont des analphabètes or 80 % sont déjà scolarisés.

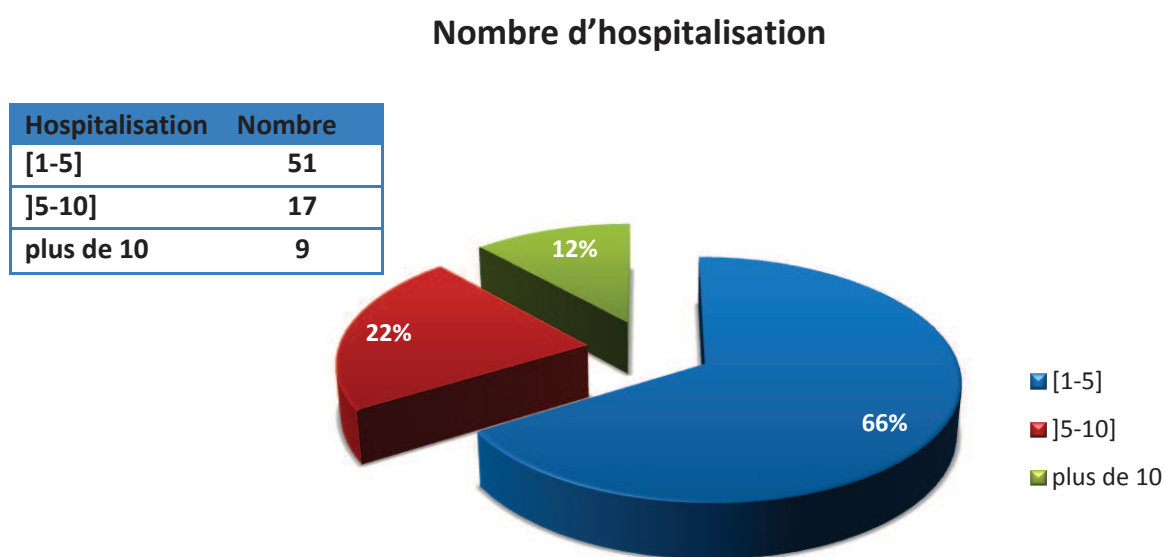
Graphique 34



Commentaire :

65 % des malades sont célibataires

Graphique 35



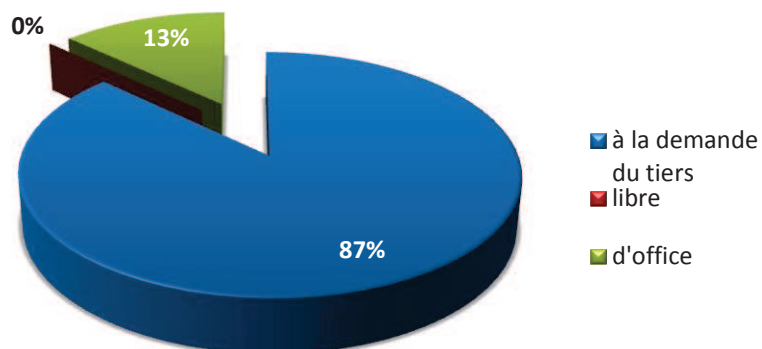
Commentaire :

66% des malades interviewés ont plus de 5 hospitalisations

Graphique 36

Mode d'hospitalisations

Elément	Nombre
A la demande du tiers	67
Libre	0
D'office	10



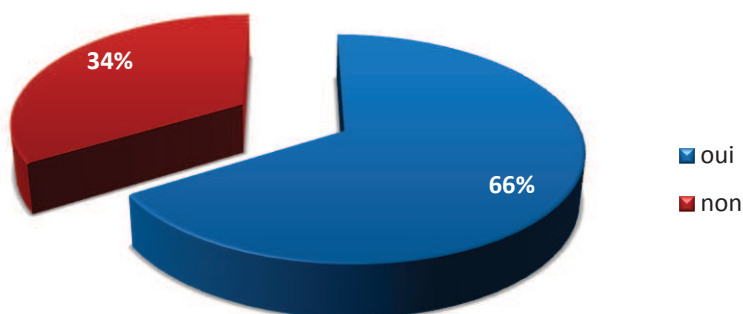
Commentaire :

Quasi-totalité des malades sont hospitalisé sous demande d'un tiers

Graphique 37

L'application des M.C a l'admission

Elément	
oui	51
non	26



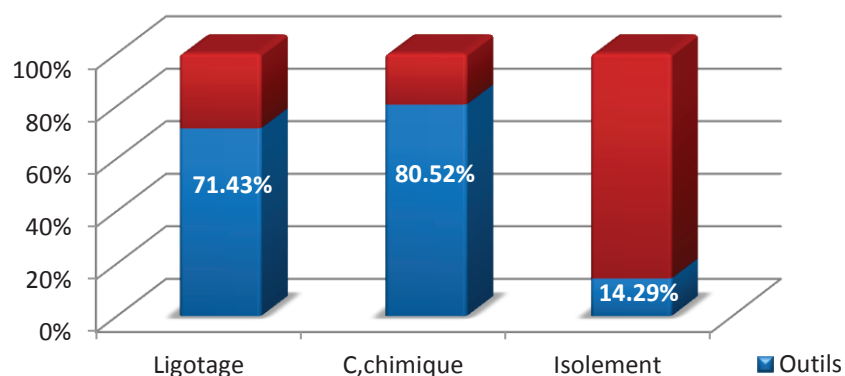
Commentaire :

Il ressort du graphique que plus de 60% des malades interrogés sont mis sous contention physique et /ou isolement à l'admission.

Graphique 38

Les outils utilisés pour l'application des M.C

Elément	Nombre
Ligotage	55
Contention chimique	62
Isolement	11



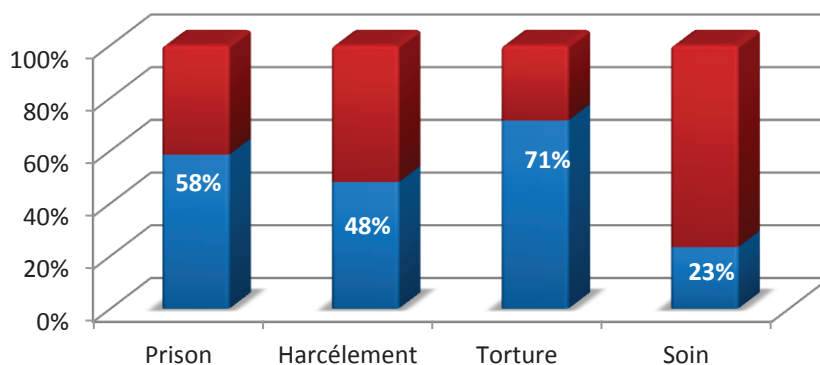
Commentaire :

Entre 71% et 81 % des patients interrogés affirme qu'ils sont confrontés à la contention chimique et au ligotage

Graphique 39

La perception des M.C chez les malades

Elément	Nombre
Prison	45
Harcèlement	37
torture	55
soin	18



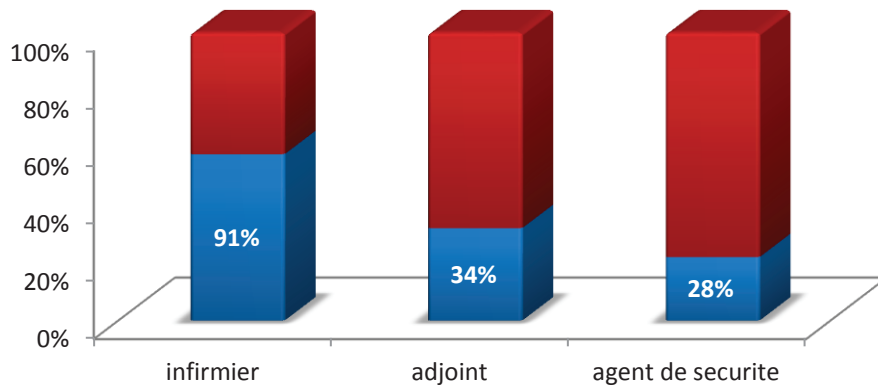
Commentaire :

La majorité des malades interviewés perçoit les M.C. comme prison, harcèlement, et torture, alors que 23% les considérant comme acte de soin.

Graphique 40

Elément	Nombre
Infirmier	48
Adjoint technique	18
Agent de sécurité	15

**Personnel responsable de la mise sous contention
et ou isolement**



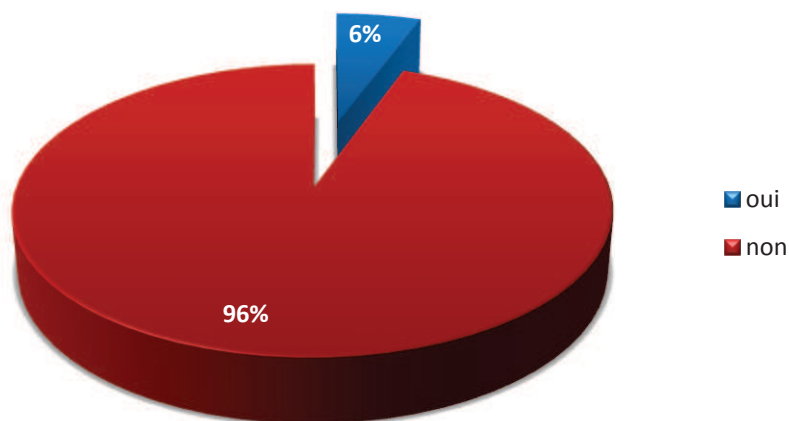
Commentaire :

La quasi-totalité des malades interrogés déclarent qu'ils sont mis sous contention ou isolement par l'infirmier

Graphique 41

Elément	
oui	3
non	51

Consentement des malades



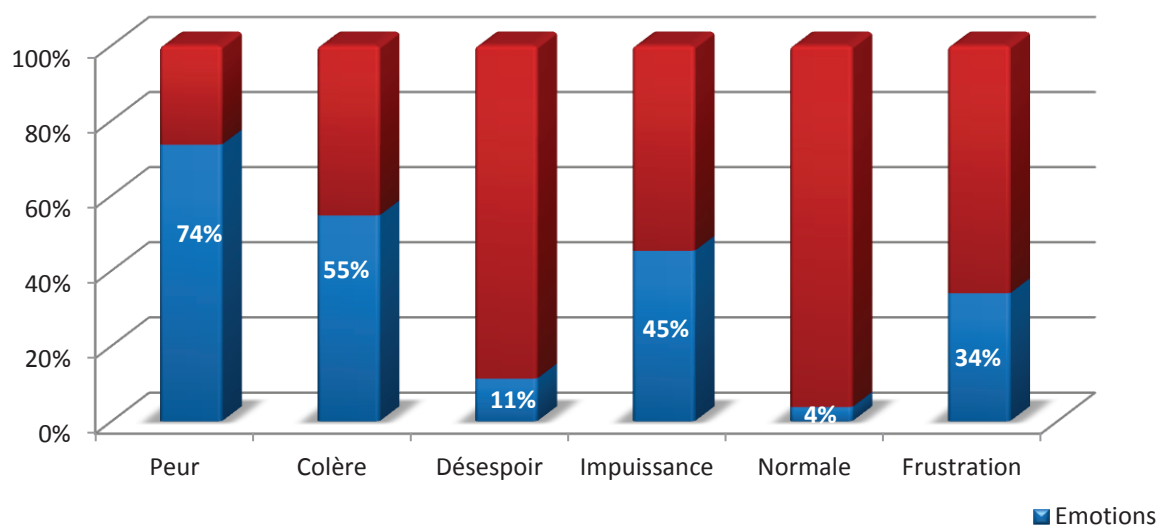
Commentaire :

La majorité des malades interrogés affirment qu'ils sont mis sous mesures coercitives sans leurs consentements.

Graphique 42

Les émotions ressenties par les malades avant d'être mis sous M.C

Elément	Nombre
Peur	39
colère	29
désespoir	6
impuissance	24
normale	2
frustration	18



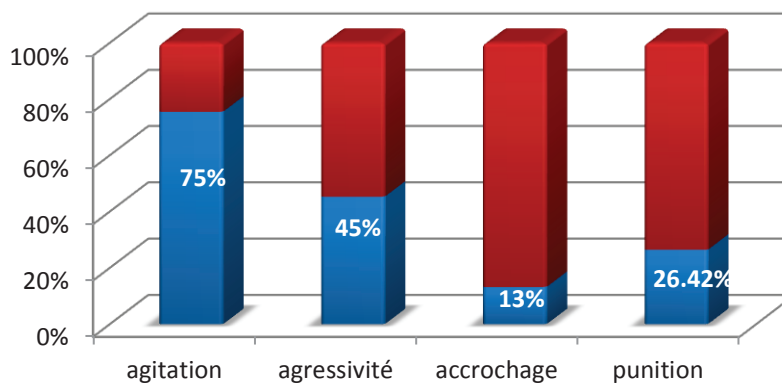
Commentaire :

La peur, la colère, l'impuissance et la frustration sont les émotions les plus ressenties chez les malades interviewés avant d'être mis sous mesures coercitives alors que 4% la considèrent comme un acte normal.

Graphique 43

42- raison	
agitation	40
agressivité	24
accrochage	7
punition	14

Les raisons de mise sous Mesures coercitives



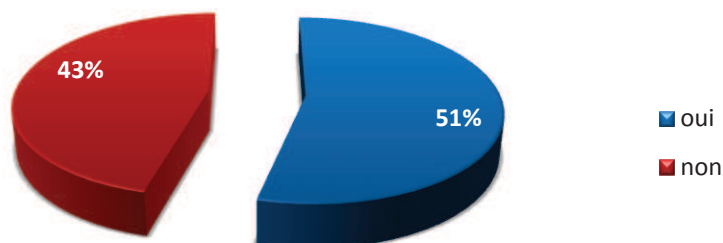
Commentaire :

75% des malades déclarent qu'ils sont mis sous M.C après une agitation, tandis que 26% affirmaient qu'ils sont punis.

Graphique 44

L'expérience relié aux Mesures coercitives

Elément	Nombre
oui	27
non	23



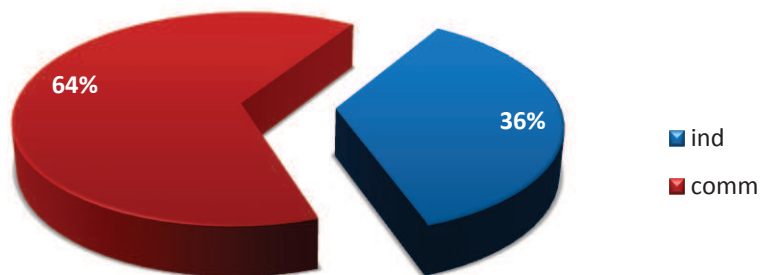
Commentaire :

Plus de 50% des malades déclarent que les M.C représentent un traumatisme dans leur vie.

Graphique 45

Le lieu de la pratique des M.C

Elément	Nombre
Individuelle	19
Commune	34



Commentaire :

Presque 65% des malades sont mis sous contention et ou isolement dans une chambre commune.

Graphique 46

La surveillance pendant l'application des mesures coercitives

Elément	Nombre
oui	27
non	26



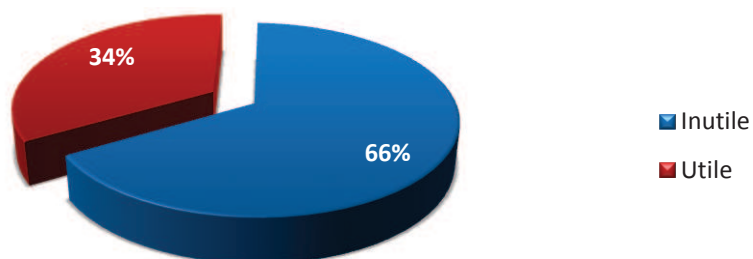
Commentaire :

Presque 50% des malades réclament qu'ils n'étaient pas surveillé pendant l'application des mesures coercitives

Graphique 47

Jugement des malades concernant la mise sous mesures coercitives

Élément	Nombre
Inutile	35
Utile	18



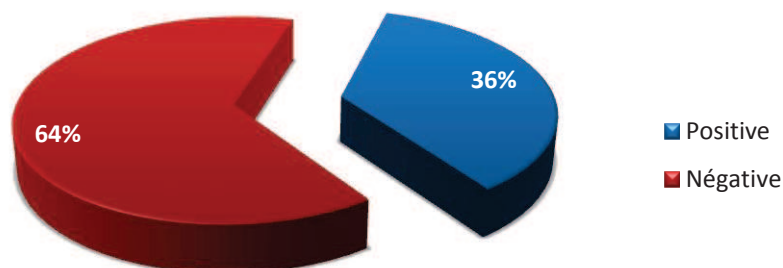
Commentaire :

Plus de 66% des malades jugeaient les mesures coercitives inutiles

Graphique 48

l'infuelnce des mesures coercitives sur la relation malade-infirmier

Élément	Nombre
Positive	19
Négative	34



Commentaire :

Plus de 64% des malades ont réclamé que cette expérience a influencé négativement sur leur relation avec l'infirmier

C-Résultat de l'entretien avec le médecin chef de consultation

En parallèle des questionnaires établis auprès des patients et du personnel infirmier, un entretien semi structuré a été effectué avec le médecin psychiatre de l'hôpital psychiatrique ERRAZI de Tétouan, qui nous a répondu sur l'ensemble de nos questions concernant les M.C.

A propos, l'absence de l'aménagement d'une salle conçu pour l'isolement, le docteur nous a informé que l'hôpital ne comprend aucune salle d'isolement mais l'hôpital à juste réservé des salles communes pour les considérés comme des salles d'isolement, pour lui la conception d'un hôpital psychiatrique est une conception clinique qui doit inclus des personnels qualifiés dans le comité technique avant la construction , et concernant les modalités de surveillances (camera par exemple), il nous a parlé que le droit de l'homme ne lui donne pas le droit de surveiller les intimités des autres malgré la maladie. Concernant l'absence d'un protocole préétabli il nous a répondu que l'hôpital ne peut afficher un protocole qu'après la validation d'un tel protocole de la part du ministère de la santé d'une part et de l'OMS d'autre part.

Sur notre question liée au problème de la prescription médicale, il nous a informé que l'absence d'une loi protectrice qui peut engager la responsabilité du prescripteur et lié au vide juridique dans ce sens la prescription d'un tel acte peut poser plusieurs problèmes soit aux prescripteurs soit aux exécuteurs, ce qui explique l'absence des documents de traçabilité (registre réservé au M.C).

De plus le docteur a affirmé que le consentement du patient et l'information de la famille est demandé, et l'accord d'un tel acte de soins doit être clair toute en expliquant les objectifs et les finalités qu'on doit atteindre.

A-Discussion des principaux résultats

Le présent chapitre est consacré à la discussion des résultats, dans un premier temps les réponses aux questions de recherche sont examinées en lien avec les écrits scientifiques qui ont servi de support à cette recherche. Dans un deuxième temps, la pertinence du cadre théorique est abordée. Ce chapitre se poursuit avec la présentation des limites de l'étude et il se clôt avec des recommandations et une conclusion.

D'après les résultats de l'investigation dans l'hôpital psychiatrique ERRAZI de Tétouan parmi 77 malades interrogés, 30% déclarent qu'ils ne sont jamais été confrontés avec l'une des mesures coercitives, tandis que 70% d'entre eux et pour un moyen de 3 hospitalisations annoncent qu'ils ont au moins une expérience avec l'une des mesures coercitives durant leur séjour, peu importe la durée de ce dernier.

La contention physique, l'isolement ou la contention chimique étaient utilisées chez 60% des malades à l'admission dont l'agitation et l'agressivité étaient l'indication majeure et que la durée moyenne de l'utilisation de ces mesures se change selon l'état du malade.

Par ailleurs, 3/4 des infirmiers(e) jugent les M.C comme utiles et les considèrent comme : soins thérapeutiques, soins préventifs et moyens de maîtrise.

Plus de 3/4 du personnel ont des notions sur les mesures coercitives de même plus de la moitié du personnel ont reçu une formation sur cette approche, alors que le reste n'en a pas profité.

Ces résultats pourraient être dus à ce que la formation continue ne couvre pas suffisamment sur les thèmes en relation avec les mesures coercitives. En revanche, la quasi-totalité du personnel infirmier participant à l'étude avère être conscient de ce dilemme à tous les niveaux que ce soit du point de vue clinique, éthique et juridique.

En contrepartie et selon la même perception du personnel infirmier, le manque du personnel infirmiers(e) entrave le projet thérapeutique du malade.

Plus de 60% des infirmiers(e) affirment l'absence d'un protocole préétabli concernant le recours au M.C et d'un registre réservé à l'application ces derniers. Cette constante est traduite aussi par l'existence d'un vide juridique qui pousse toute l'équipe de soins [médecin et infirmiers(e)] de partager entre eux la responsabilité légale en cas d'accident ou incident survenu lors de l'application d'une telle mesure coercitive.

67%des infirmiers ayant un sentiment de sécurité et de satisfaction lors l'application des M.C. tandis que, chez plus de 70%des malades, les sentiments les plus dominants sont la peur, la colère, l'impuissance et la frustration. Et elles constituent pour eux une punition, harcèlement et torture et juger inutile.

50% des infirmiers affirment que les M.C ne retentissent pas sur la relation soignant-soigné, au contraire 64% des malades déclarent que les M.C influencent négativement sur leur relations avec les infirmiers.

B-Limites d'étude :

Dans cette partie si-dessous, nous présentons certains obstacles gênants le déroulement normal de notre modeste travail :

- ❖ La succession des grèves durant 6 semaines de cette année scolaire, ce qui a retardé la progression des travaux.
- ❖ L'IFCS ne possède pas un abonnement dans des sites scientifique conçu pour les chercheurs (ex : science directe).
- ❖ Le déficit dans le côté budgétaire, ce qui nous a empêchés de se déplacer à autres hôpitaux pour faire des études ou comparaison.

C-Recommandations :

Selon les résultats obtenus de notre étude, voici quelques suggestions proposées par l'équipe de recherche:

- ❖ Compenser le vide juridique par des textes législatifs régissant l'utilisation des M.C protégeant le malade et le personnel.
- ❖ Doter les services par le matériel médicalisé nécessaire et suffisant.
- ❖ Renforcer les équipes infirmières pour la bonne maîtrise.
- ❖ Modification des politiques organisationnelles.
- ❖ Réaménager les locaux afin qu'ils soient qualifiés pour recevoir les patients sous isolement et/ou contention physique.
- ❖ Intégrer les M.C comme un module ou même un chapitre au niveau de la formation de base.
- ❖ Exiger la prescription médicale.
- ❖ Etablir un protocole préétabli concernant le recours au M.C
- ❖ Assurer une surveillance répondant aux normes et laisser une traçabilité dans des fiches de surveillance afin de bien suivre l'évolution du patient.

Conclusion :

D'après notre étude, on a conclu que la pratique des M.C a l'hôpital Errazi de Tétouan, selon les normes internationales, n'a pas encore vu le jour, vue le manque du personnel, du matériel, de la formation et des cycles recyclage suite à un déficit dans le coté budgétaire, plus une absence des textes régissant la pratique.

Pour faire face à cette situation nous avons proposé certaines suggestions pouvant, plus ou moins, aider à surmonter cette faille.

Toutes en souhaitant que notre étude soit une référence de réflexion et de discussion pour enrichir nos connaissances, concernant les M.C, et améliorer nos comportements en vers les patients agités, ainsi qu'elle soit une introduction pour d'autres études développant ce sujet.

Références bibliographiques

- ✚ Strumpf N, Evans L. Physical restraint of the hospitalised elderly: perception of patients and nurses. *NursRes*1988 ; 37 (3) : 132-7.
- ✚ J. Palazzolo 2004 L'Encéphale. Published by Elsevier Masson SAS All rights reserved.(résumé).
- ✚ Menier , Rodriguez, Michel Lassaunière, Langlade etStambouli (2010) Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - ÉthiqueVolume 9, Issue 5, October 2010, Pages 232–241
- ✚ J DUBREUCQ LA CONTRAINTE :UN OUTIL DE SOIN EN PSYCHIATRIE ?Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine diplôme d'Etat (p52) thèse soutenue le : 26/03/2012
- ✚ Bonnafé. L, Sur les réunions de personnel. L'information psychiatrique, Paris, 1949, 6
- ✚ Historique, éthique, valeur thérapeutique, recommandations en vigueur
- ✚ A. Braitman2004 - 332 pages
- ✚ Jean-François MALHERBE. Sujet de vie ou objet de soins. Fides 2007.
- ✚ Souffrance des soignants et réflexion éthique en institution Patricia Joly .2011 P8
- ✚ Pour une approche bienfaisante de la contention Michel T. Giroux, Claude Maheux, Manon Chevalier. 2005. P : 88
- ✚ Sédation ou contention physique : que choisir ? Le Congrès Infirmiers. Infirmier(e)s d'urgence2013 p4
- ✚ contention : état des lieux, Santé mentale, Mars 2004, n°86, pp 30

Références webographiques

- ✚ Mission d'information et d'investigation sur les établissements hospitaliers chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux- Rapport préliminaire – pp 12 www.cndh.ma consulté le 16/03/2014.
- ✚ P. Kinoo, E. Kpadonou-Fiossi / Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56 (2008) 117–121 www.sciencedirect.com consulté le 21/02/2014
- ✚ La contention physique passive : une enquête de prévalence dans un CHU Reçu le 22 octobre 2009 ; accepté le 2 mars 2010 Disponible sur Internet le 28 avril 2010 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. doi:10.1016/j.medpal.2010.03.007 www.sciencedirect.com consulté le 21/02/2014.
- ✚ Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques (Résumé). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700604954139> 28/12/2013
- ✚ [La Revue du praticien](#) ISSN [00352640](#) CODEN REPRA3 2003, vol. 53, n°11, pp. 1209-1213 [5 page(s) (article)] (5 ref.) <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=14844144> consulté le 16/01/2013.
- ✚ A. Grenouilloux. Existe-t-il une éthique particulière à la psychiatrie ? elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. <http://dx.doi.org/10.1016/j.etique.2012.07.003> www.sciencedirect.com Consulté le [06/01/2014](#)
- ✚ M.J. GUEDJ, Ph. RAYNAUD, A. BRAITMAN, D. VANDERSCHOOTEN Pratique de la contention dans un service



Royaume du Maroc

Ministère de la santé

Direction régionale de Tétouan

IFCST

A

Monsieur le Directeur de l'hôpital psychiatrique EL RRAZI de Tétouan

OBJET : Autorisation pour la réalisation d'une étude

Dans le cadre de la préparation du travail de mémoire de fin d'études

Sous titré :

**Les facteurs qui influencent sur la relation soignant / soigné lors
de la contention physique à l'hôpital psychiatrique al Razzi de
Tétouan en 2014.**

**Les étudiants de 3eme année section psychiatrique de IFCS de Tétouan
et dont les noms cités ci-dessous :**

- **BEN ISSA RACHID**
- **DOUASSE MOHAMMED**
- **EL ATTAR ABDERAHIM**
- **MAHYOU ABDELILAH**
- **OULAD CHAIKH ABDELMALEK**

Auront besoin de réaliser une étude auprès de votre hôpital.

**A cet effet, je vous prie de bien vouloir les autoriser à réaliser leur
étude pour recueillir l'information nécessaire pour l'accomplissement de leur
travail de mémoire de fin d'étude.**

Questionnaire destiné à l'équipe des soins infirmiers

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre de la préparation d'une étude portant sur la relation soignant/soigné lors de l'application des mesures coercitives au niveau de l'hôpital psychiatrique Errazi de Tétouan durant l'année 2013-2014.

Votre collaboration nous permet d'explorer et décrire la relation soignant / soigné lors de l'application des mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique Errazi de Tétouan durant l'année 2013-

I. Identification

1. Age :

2. Sexe F / ☐ M / ☐

3. Grade :

4. Spécialité de formation

- Psychiatrie ☐
- Polyvalent ☐
- Autre ☐

A préciser :

5. Ancienneté :

II. Aspect organisationnel

6. Est-ce que vous avez des notions concernant les M.C(1) ?

Oui ☐ Non ☐

7. Est-ce que vous avez reçu des formations a propos des M.C ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui à quel niveau ?

- Formation de base ☐
- Formation continue ☐

- Formation prise en charge par vous-même ☐

(1) : mesures coercitives

8. Existe-t-il une chambre d'isolement dans votre service ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui combien :

9. Est-ce que les chambres d'isolement sont aménagées pour la bonne pratique ?

Oui ☐ Non ☐

10. Quels sont les outils de la contention physique utilisés au service ?

- Ceinture ☐
- Chaine ☐
- ligotage ☐
- Camisole de force ☐
- Autres ☐

A précisé

.....

11. Quels sont les M.C que vous utilisez dans votre service ?

- Contention physique sans isolement ☐
- Contention physique plus isolement ☐
- Contention physique plus contention chimique plus isolement ☐
- Isolement seul ☐
- Isolement plus contention chimique ☐
- Contention physique plus contention chimique ☐

12. D'après vous, est ce que le nombre des infirmiers est suffisant dans votre service pour pratiquer les M.C?

Oui ☐ Non ☐

III. Aspect clinique

13. Que jugez-vous les M.C ?

- Acte thérapeutique ☐
- Acte préventif ☐
- Punitif ☐
- Moyen de maîtrise ☐
- Autres ☐

A préciser.....

14. A qui revient la décision d'application des M.C dans votre service ?

- Au Médecin traitant ☐
- A l'infirmier ☐
- A l'équipe de soins ☐
- Autre ☐

A préciser.....

15. En cas de contention physique le patient est-il :

- En chambre d'isolement individuelle ☐
- En chambre commune avec les autres malades ☐

16. Existe –il un protocole préétabli concernant le recours au M.C dans votre service ?

Oui ☐

Non ☐

17. Quels sont les indications de recours au M.C les plus fréquents dans votre service?

- Agitation psychomotrice ☐
- Dissociation ☐
- Confusion, désorientation ☐
- Acte agressif, violence ☐
- Fugue ☐
- Autre ☐

A préciser :

.....
.....
.....
.....
.....

18. Quels sont les C.I(2) de recours au M.C les plus fréquents dans votre service?

- Dépression ☐
- Cardiopathie ☐
- Trouble respiratoire ☐
- Autres ☐

A préciser :

.....
.....
.....
.....
.....

19. Existent-ils des modalités de surveillance pratique en cas de recours au M.C ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui lesquelles ?

.....
.....
.....

20. Quelle est la durée moyenne de l'utilisation de la contention et /ou isolement dans votre service ?

.....
.....

21. Existe-il un registre réservé au M .C

Oui ☐

Non ☐

22. A quel moment de l'hospitalisation survient habituellement le recours au M.C?

- Les premières 24 heures d'hospitalisation ☐
- La première semaine d'hospitalisation ☐

- Autre ☐
- A
préciser :

(2) : contre indications

IV. aspect éthique

23. Est-ce que vous prenez le consentement du patient avant l'application des M.C?

- Systématique ☐
- Parfois ☐
- Jamais ☐

24. Est-ce que vous prenez le consentement de la famille avant l'application des M.C?

- Systématique ☐
- Parfois ☐
- Jamais ☐

25. Selon vous, est ce que les M.C respectent le principe de dignité de l'être humain ?

Oui ☐

Non ☐

Si non, pourquoi ?

.....
.....

26. Pour vous, le recours au M.C influence sur la qualité de la relation soignant/soigné?

Oui ☐

Non ☐

27. Que ressentez-vous après avoir participé à l'application de l'une des M.C ?

- Coupable ☐
- Peur ☐

- En colère ☐
- Insatisfait ☐
- Anxiété ☐
- Sécurisé ☐
- Satisfait ☐
- Autres à préciser : ☐

.....

.....

V. Aspect juridique

28. En cas d'accident ou d'incident survenu au moment de l'application de l'une des M.C à qui incombe la responsabilité légale ?

- Médecin ☐
- Equipe de soins ☐
- Autre ☐

A préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

29. Existent-ils d'autres alternatives que vous proposez pour remplacer le recours au M.C?

Oui ☐

Non ☐

Si oui lesquelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre collaboration

- **Questionnaire destiné aux malades**

Le présent questionnaire s'inscrit dans le cadre de la préparation d'une étude portant sur la relation soignant/soigné lors de l'application des mesures coercitives au niveau de l'hôpital psychiatrique Errazi de Tétouan durant l'année 2013-2014.

Votre collaboration nous permet d'explorer et décrire la relation soignant / soigné lors de l'application des mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique Errazi de Tétouan durant l'année 2013-2014.

Le questionnaire est anonyme. Vos réponses sont tenues dans la confidentialité absolue. Nous vous remercions pour votre collaboration et coopération.

Identification

1-Age :ans

2-Sexe :

F / ☐ M / ☐

3-Prévenance de :

4-Niveau d'étude/

- universitaire ☐
- Secondaire ☐
- Primaire ☐
- M'Sid ☐

- Analphabète ☐

5- Etat matrimonial :

- Célibataire ☐
- Marié ☐
- Divorcé ☐
- veuf ☐

6-Nombre d'hospitalisation

- 1-5 ☐
- 5-10 ☐
- Plus de 10 ☐

7-Mode d'admission :

- Hospitalisation libre ☐
- Hospitalisation a la demande d'un tiers. ☐
- Hospitalisation d'office. ☐

8-A l'admission vous étiez mis sous contention et/ou isolement ?

Oui ☐

Non ☐

9-Quels sont les outils de la contention physique utilisés dans votre cas ?

- Ceinture ☐
- Chaîne ☐
- Ligotage ☐
- Camisole de force ☐
- Chambre d'isolement ☐
- Contention chimique ☐
- Autre a précisé : ☐

.....

10-Est ce que vous percevez les M.C comme :

- Prison ☐
- Harcèlement ☐
- Torture ☐
- Acte de soin ☐

11-Est-ce que votre consentement a été demandé avant l'application d'une telle des M.C ?

Oui ☐

Non ☐

12-Quelles émotions ressenti vous avant d'être isolé ou contenu sans votre consentement?

- La peur ☐
- La colère ☐
- Le désespoir ☐
- L'impuissance ☐
- La frustration ☐

13-Selon vous, pour quelle raison vous étiez mis sous M.C ?

- Agitation ☐
- Agressivité ☐
- Accrochage avec un autre malade ☐
- Punition ☐

14-Diriez-vous que vos expériences reliées au M.C représentent un traumatisme important dans votre vie?

Oui ☐

Non ☐

15-Qui vous a mis sous la contention et/ou isolement ?

- L'infirmier ☐
- L'adjoint technique ☐
- L'agent de sécurité ☐

16-Durant combien de temps a duré cette contention et/ou isolement ?

.....

17-En état de contention vous étiez mis :

- En chambre d'isolement ☐
- En chambre commune avec les autres malades ☐

18-Sous M.C vous étiez surveillé ?

Oui ☐

Non ☐

19-Apres avoir passé cette expérience Comment vous jugez les M.C ?

- Inutile ☐
- Utile ☐

20-Cette expérience a-t-elle influencé sur votre relation avec l'infirmier(e)

- Positivement ☐
- Négativement ☐

Merci pour votre collaboration

Annexe 2

FICHE DE TRACABILITE ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTENTION PHYSIQUE ET CHIMIQUE

Etiquette Patient

Infirmier(e) :
Aide-soignant(e) :
Médecin :

- **Début de la Contention**

Date et Heure :

Indication de la contention état d'agitation :

Agitation toxique ☐
Risque de passage à l'acte auto
ou hétéro agressif ☐
Risque élevé fugue associé ☐
Autres..... ☐

Type de contention : Totale* ☐ Partielle ☐

Traitement chimique utilisé : Heure :

Information au patient ☐ Oui ☐ Non

Information à l'entourage
ou représentant légal ☐ Oui ☐ Non

Examen clinique médical
Possible ☐ Oui ☐ Non

Vestiaire réalisé ☐ Oui ☐ Non

Dépôt ☐ Oui ☐ Non

- **Paramètres vitaux initiaux :**

SaO₂ : Glycémie-capillaire :

PA : FC : Température :

- **Conformité de la contention :** Aimants en place ☐ Oui ☐ Non
Aimants efficaces ☐ Oui ☐ Non

- **Etat cutané :** Normal ☐ Altéré ☐

Signatures

Médecin :

IDE :

* Contention membre supérieur, inférieur, ventrale, thoracique

SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA CONTENTION PHYSIQUE ET DE LA SEDATION CHIMIQUE

Infirmier(e) :

Aide-soignant(e) :

Médecin :

Positionnement du brancard dans l'angle de la pièce



Date/heure							
Paramètres Vitaux							
Glasgow							
FC							
TA							
Température							
Dextro							
SpO2							
Soins de base - hygiène							
Etat cutané							
Signature IDE							

Évaluation médicale : ☐ Oui

☐ Non

Heure (s)

PRESCRIPTION DE LA LEVEE DE LA CONTENTION PHYSIQUE

Nom du médecin :

Signature :

	MSD	MSG	Ceinture ventrale	Ceinture thoracique	MID	MIG
Date et heure						
Observations						
Remarques						
Signature IDE						

Annexe 3

« l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie » : 23 critères de bonne pratique en terme de contention physique .

- Les données concernant l'identité, la date et heure de début et de fin de mise en chambre d'isolement (MCI) sont renseignées.
- La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement.
- .
- L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
- Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas

d'utilisation à titre non thérapeutique.

- Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
- Les facteurs de risques éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
- La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la

prescription.

- L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement (CI) ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
- L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
- La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soin.
- Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en oeuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
- En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels

adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.

- Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
 - Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
 - Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
 - Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
 - La surveillance biologique prescrite est réalisée.
 - Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la 28 journée
-
- Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
 - L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
 - L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
 - Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient.

Annexe 4

Protocole de la mise en chambre d'isolement

Dispositions techniques : Le cadre architectural et matériel

- **Chaque chambre d'isolement est régie par un protocole d'utilisation**

L'utilisation de chaque CI est régie par le protocole commun à l'ensemble des unités de psychiatrie générale, décrit ci-après. Ce protocole est aisément accessible et disponible pour tous les intervenants.

- **Surface au sol**

L'isolement sans contention doit être la règle, et chaque CI se doit donc d'offrir un espace suffisamment vaste.

- **Nature du sol**

Choix d'un revêtement favorisant la sécurité du patient et l'hygiène de la CI.

- **Nature des murs**

Choix d'un revêtement permettant d'assurer la sécurité du patient, et le confort acoustique de la personne admise en CI mais également de l'ensemble des autres personnes hospitalisées.

Il convient cependant de veiller à ne pas confiner le patient en CI dans un isolement psychosensoriel dont on sait qu'il contribue à majorer les troubles.

- **Plafond**

Haut (3 mètres), rigide et indémontable, il ne doit pas pouvoir être atteint par le patient de quelque manière que ce soit.

- **Portes de la chambre d'isolement**

- L'accès à la CI est délimité par un sas (double porte).

- Les portes disposent d'une gâche automatique permettant une fermeture rapide.

- Ouverture des portes : côté couloir.

- Serrures 3 points et plus.

- Portes suffisamment étanches empêchant le passage d'objets dangereux (allumettes, etc.).

- Un dispositif permet une vision complète de la CI au travers de la port accessible uniquement au personnel soignant.

- Il existe un dispositif particulier permettant de moduler la vue entre la CI et le reste de l'unité de soins, afin de protéger le malade des regards des autres patients, et vice versa.

- **Fenêtre**

- Non accessible au patient.

- Equipée d'un volet roulant, dont la commande n'est accessible qu'à l'extérieur de la CI.

- Un système de chicane peut être mis en place à l'extérieur de la fenêtre, permettant son ouverture (non accessible au patient), sans possibilité de passage d'objets. Ces dispositions ne concernent pas les CI équipées de climatisation. Pour ces dernières un verrouillage des fenêtres par l'extérieur pourrait être adjoint.

- Le patient a une vue sur l'extérieur du bâtiment.

- **Exposition de la chambre d'isolement**

- A titre indicatif, il convient d'éviter une exposition plein nord ou plein sud.

- **Dispositif de mesure de la température dans la chambre d'isolement**

- **Climatisation efficace et réglable**

- En l'absence de climatisation, une ventilation mécanique contrôlée et réglable, avec air non puisé est installée.

- **Insonorisation de la chambre d'isolement**

Mais sans isolation phonique totale, afin de prévenir les effets néfastes d'un isolement sensoriel complet.

- **Eclairage inaccessible.**
- **Circuits électriques non accessibles.**
- **Radiateur et tuyaux sous coffrages ou inaccessibles.**

Literie.

- Lit scellé au sol. avec dispositif d'amarrage de sangles permettant l'usage de la contention physique par des moyens mécaniques [cf. définition infra). L'isolement sans contention est également possible dans de bonnes conditions de sécurité pour le malade et l'équipe soignante ; la polyvalence de la CI est ainsi assurée. Un simple matelas posé au sol offre probablement de meilleures garanties au plan de la sécurité, mais pose un certain nombre de problèmes, notamment la nécessité d'une bonne condition physique du patient, et préserve moins la dignité de ce dernier.

- Literie complète ignifugée (matelas, housse, drap, couverture et oreillers, type aviation).

- **Commodités.**

Cabinet de toilette (WC et lavabo) attenant, avec possibilité d'en interdire l'accès au patient. La CI n'est pas un lieu de vie.

- **Implantation de la chambre d'isolement.**

La CI est au même niveau que le lieu habituel de présence des infirmiers (salle de soins, bureau infirmier), contigu si possible. Un dispositif de télésurveillance est mis en place en l'absence de vitre.

Un appel du malade admis en CI doit être facilement entendu.

- **Dispositif d'alerte à l'usage du patient.**

Mise à disposition constante d'une sonnette, avec possibilité d'utilisation optionnelle.

- **Dispositif d'alerte à l'usage du personnel soignant.**

Mise à disposition d'un dispositif d'alerte pour le personnel infirmier et médical.

- **Existence d'un repère temporel.**

Une horloge est installée dans la CI, à une hauteur telle qu'elle ne puisse être accessible pour le patient.

état général de la chambre d'isolement.

Il est constamment maintenu à son meilleur niveau de prestations. Des visites de conformité sont réalisées régulièrement par les services techniques.

L'intervention de techniciens experts à l'occasion de visites régulières de vérification de la conformité de chaque CI aux normes établies est proposée. Cette mesure permet de veiller au maintien de conditions optimales de sécurité des patients et du personnel soignant. Le suivi des locaux permet de poursuivre démarche de recherche-action sur les meilleures installations et leur ajustement dans le temps.

- **Détecteur de fumée.**

- **Sécurité incendie.**

Le service soignant dans lequel se trouve la CI signale en temps réel à l'accueil, au poste 4 200, ou poste 5 000, en respectant l'anonymat du patient :

L'admission d'un patient dans la CI

La sortie du patient de la CI, et si elle est de nouveau disponible pour accueillir un nouveau patient ;

L'utilisation ou non de moyens mécaniques de contention physique ;

Le statut administratif du patient : HL, HDT ou HO;

L'indisponibilité de la CI, pour travaux par exemple;

L'utilisation éventuelle d'une chambre dite «normale- pour pratiquer l'isolement thérapeutique et éventuellement la contention physique.

Le service standard-accueil centralise les informations NON nominative concernant l'occupation des CI, et l'utilisation éventuelle de moyens de contention mécanique.

Ces informations sont disponibles pour :

Les services de sécurité incendie appelés à intervenir en cas de nécessité ;

Les unités fonctionnelles d'hospitalisation ;

La gestion régulièrement actualisée de la disponibilité en chambre d'isolement au sein de l'établissement ;

La commission de suivi.

Données générales : le registre d'occupation

- Chaque chambre d'isolement est dotée d'un registre d'occupation

Un certain nombre d'informations sont recueillies de manière systématique et relevées par le personnel infirmier de l'unité d'hospitalisation sur le registre d'occupation de chaque chambre d'isolement, dont des exemplaires sont distribués à chaque unité d'hospitalisation, sous la responsabilité du surveillant de l'unité fonctionnelle médicale. Ces données sont relevées sur : ***Le registre d'occupation de chaque chambre d'isolement***, dont des exemplaires sont distribués à chaque unité d'hospitalisation.

Il y a donc par unité fonctionnelle -médicale d'hospitalisation autant de registres d'occupation que de chambres d'isolement. Une fiche de ce registre doit être remplie pour chaque patient admis en chambre d'isolement, et pour chaque séjour en chambre d'isolement.

Nom du patient	Prénom :
Age	Sexe

UF de référence	
Admis dans l'unité le :	Mode d'hospitalisation
Antécédents de MCI :	Lors de séjour antérieur :
Nombre :	Même séjour :
Date de début de la mise en chambre d'isolement :	Heure :
Date de fin de la MCI :	Heure :
Diagnostic retenu lors de la MCI	
Indication de MCI :	
Utilisation de moyens mécaniques de contention :	