IFSI du Gers
Allée Marie Clarac
BP 80382
32008 Auch Cedex

**5. 6. S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles**

Le vécu de l'infirmier(e) lors de la contention physique d'un patient agité
en psychiatrie

Lacassagne Marine
Promotion 2009 – 2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 4
---------------------	------------

PARTIE 1

1. 1 Mes motivations	p 5
1. 2 Ma situation professionnelle	p 6
1. 3 Ma question de départ	p 8

PARTIE 2 : PÔLE THEORIQUE

2. 1 Le concept des émotions	p 9
2. 1. 1 Définitions	p 9
2. 1. 2 Dans la pratique infirmière	p 9
2. 1. 3 Stratégies d'adaptation	p 10
2. 1. 4 La spécificité des émotions en psychiatrie	p 11
2. 2 Le concept de contention physique	p 12
2. 2. 1 Définitions	p 12
2. 2. 2 Retour historique	p 13
2. 2. 3 Cadre législatif	p 13
2. 2. 4 Types de contention	p 14
2. 2. 5 Indications	p 14
2. 2. 6 Contre indications	p 15
2. 2. 7 Complications possibles	p 15
2. 2. 8 Surveillance	p 15
2. 2. 9 Principes généraux	p 16
2. 2. 10 Notion d'éthique	p 16
2. 3 Le concept de violence en psychiatrie	p 17
2. 3. 1 Définitions	p 17
2. 3. 1. 1 Violence	
2. 3. 1. 2 Psychiatrie	

2. 3. 2	Fréquence	p 17
2. 3. 3	Facteurs favorisant la violence en psychiatrie	p 17
2. 3. 4	Conséquences des actes de violence sur les soignants	p 18
2. 3. 5	La question de la contention physique	p 18
2. 4	Le concept des soins infirmiers	p 19
2. 4. 1	Définitions	p 19
2. 4. 1. 1	Soins	
2. 4. 1. 2	Infirmiers	
2. 4. 1. 3	Soins infirmiers	
2. 4. 2	Attributs	p 19
2. 4. 3	La contention physique en tant que soin	p 19

PARTIE 3 : PÔLE EMPIRIQUE

3. 1	Méthode de recueil de données	p 20
3. 1. 1	Choix de l'outil	p 20
3. 1. 2	Population ciblée	p 20
3. 1. 3	Lieu	p 21
3. 2	Analyse des entretiens	p 21

PARTIE 4 : SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

p 23

CONCLUSION

p 25

ANNEXES

Annexe I : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie de l'ANAES

Annexe II : Grille d'entretien

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION :

Dans le cadre de la formation initiale suivie à l'institut de formation en soins infirmiers, il nous est demandé de nous initier à la recherche en soins infirmiers à travers le travail écrit de fin d'études.

Ce travail débute par une situation vécue ou observée en stage. Pour ma part, la situation sur laquelle j'ai décidé de réfléchir s'est déroulée lors de ma première année, dans un service de psychiatrie accueillant des patients atteints de psychoses déficitaires non stabilisées.

Plus précisément, cette situation concerne une infirmière et moi-même lors de la mise sous contention d'une patiente agitée. Je me suis interrogée sur cette situation en particulier car je me suis rendue compte de l'impact émotionnel que ce soin avait suscité chez nous.

C'est donc pour cette raison que ce travail de fin d'études traite du vécu infirmier lors de la contention physique d'un patient agité en psychiatrie.

Ce sujet me tient principalement à cœur du fait de mon projet professionnel qui se dirige vers le secteur de la psychiatrie et aussi de l'utilisation fréquente de la contention physique dans ces unités de soins. De plus, j'ai choisi ce sujet afin de réellement y réfléchir car ce soin prive l'individu de l'un de ses droits fondamentaux à savoir la liberté.

Mon travail se compose de quatre parties. La première décrit mes motivations, ma situation interpellant, et se termine par ma question de départ.

Ensuite, ma deuxième partie correspond à mon pôle théorique. Je développe les différents concepts en lien avec ma question de départ en essayant de me référer régulièrement à ma situation de départ.

Par la suite, ma troisième partie ou plus précisément mon pôle empirique correspond aux entretiens réalisés auprès d'infirmier(e)s, afin de me confronter à la réalité du terrain.

Pour terminer, dans ma quatrième et dernière partie, je réalise la synthèse de ma problématique qui aboutit alors à ma question de recherche ; cette dernière viendra clore mon travail de fin d'études.

PARTIE 1 :

1.1 Mes motivations :

Mon projet professionnel s'oriente vers le secteur de la psychiatrie. Par conséquent, c'était pour moi une évidence de faire porter mon travail de fin d'études sur un sujet de cette spécialité. D'autant plus que la contention physique est un soin qui est fréquemment utilisé dans les unités psychiatriques et qui n'est, selon moi, pas anodin à réaliser.

La liberté est un droit fondamental, la contention entrave ce droit, c'est l'une des raisons pour laquelle il est important d'échanger autour de ce soin, de ne jamais perdre de vue l'objectif de la mise sous contention et donc de ne pas l'utiliser sans réelle indication. Réfléchir, se questionner autour de ce soin est, selon moi, garantir une meilleure prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie bénéficiant à moment donné d'une contention physique.

De plus, c'est un soin qui m'a surpris du fait de la confrontation avec tant de souffrance et souvent avec tant d'agressivité de la part du patient. La contention physique m'a souvent questionnée et j'ai eu à plusieurs reprises besoin d'en parler à l'équipe soignante qui m'encadrerait.

Je ne pense pas être la seule dans cette situation, ce qui s'est confirmé après en avoir parlé avec d'autres étudiants de ma promotion, qui m'ont même avoué avoir choisi ce soin en analyse de pratique professionnelle. De plus, de nombreux soignants m'ont confié ne pas être à l'aise avec ce soin.

C'est pour toutes ces raisons que j'ai choisi de traiter ce thème mais sur le versant du vécu de l'infirmière car je pense que c'est un soin particulièrement susceptible d'affecter émotionnellement les professionnels de santé.

De plus, j'ai également choisi ce sujet car il me tenait à cœur du fait de mon projet professionnel mais aussi parce qu'il pouvait également intéresser (entre autre) d'autres étudiants en soins infirmiers qui peuvent rencontrer des difficultés face à ce soin.

1.2 Ma situation professionnelle :

J'ai effectué deux stages dans le secteur psychiatrique (dans une unité qui prend en charge des patients atteints de psychoses déficitaires non stabilisées et dans une unité d'admissions), j'ai donc pu observer à plusieurs reprises et même parfois participer à la mise de contention à un patient en crise.

La situation qui m'a le plus marquée est celle de Mme G, une patiente de 34 ans admise depuis 2 ans dans cette unité de psychoses déficitaires non stabilisées, pour aggravation du comportement avec auto et hétéro agressivité, dans un contexte de psychose infantile. Mme G est une patiente qui s'exprime souvent à travers ses épisodes d'auto et hétéro agressivité. Elle nous fait souvent part de ses angoisses en nous disant « je suis pas bien ». Elle est donc peu communicante, la relation de confiance est établie grâce à la communication non verbale, au toucher...

Le psychiatre de l'unité a prescrit en plus de son traitement habituel, une intra musculaire de neuroleptique et anxiolytique et la possibilité de contention physique en cas d'agitation.

C'était la sixième semaine de mon stage du semestre 2, j'avais pu observer, il est vrai, le comportement agressif de Mme G à plusieurs reprises mais grâce aux discussions des différents membres de l'équipe et de moi-même avec elle, la patiente était toujours arrivée à se calmer.

Or ce jour là, l'éducateur décide d'organiser une sortie cafétéria et prend en charge quatre patients lors de celle-ci. Mme G ne faisant pas partie du groupe, commence à s'agiter, à insulter le personnel. Elle est donc recadrée à plusieurs reprises par rapport à ce comportement. Face à cette frustration, Mme G ne se calmera que quelques minutes et attendra qu'on s'éloigne d'elle pour commencer à se frapper, à se griffer, à se jeter contre les murs tout en continuant d'insulter le personnel ainsi que les autres patients. Rappelons que cette situation se passe dans une unité où les patients ne sont pas stabilisés et peuvent décompenser à tout moment, surtout en présence du comportement agité de Mme G. En temps normal, Mme G prend le traitement per os, prescrit en cas d'agitation, de façon systématique, sans difficulté, l'infirmière est donc allée le préparer pendant que l'aide soignante et moi-même essayons de la contenir dans nos bras afin d'éviter qu'elle ne se fasse mal. La situation devient rapidement difficilement gérable, Mme G ne se calme pas,

aucun dialogue n'est envisageable, elle refuse le traitement per os et finit par nous cracher dessus et nous griffer.

Calmement, après analyse de la situation, l'infirmière décide de lui faire l'injection prescrite en cas de besoin et d'appliquer la contention physique en chambre pendant quelques heures, le temps que le traitement fasse effet et que Mme G se calme.

Ce fut le cas, trois heures après Mme G était calmée et n'était plus isolée en chambre. La contention a été faite sans traumatisme physique pour la patiente et a également été efficace puisque l'objectif pour lequel elle était indiquée a été atteint. Cependant, nous n'avons pas pu revenir avec Mme G sur son vécu lors de cette contention car, comme expliqué avant, c'est une patiente peu communicante, atteinte d'une importante psychose déficitaire.

Malgré tout, pour ma part, ça a été tout de même un soin psychologiquement difficile. En effet, j'ai réellement ressenti, pendant ce soin, de la peur face à cette violence, peur pour ma sécurité, peur de recevoir un coup. Je n'étais pas prête à être confrontée à autant d'agressivité. Une fois la contention posée, j'ai pris quelques minutes de réflexion et je me suis sentie frustrée face à l'impuissance de l'équipe mais surtout face à ma propre impuissance. J'ai ressenti de la frustration et de l'énervement dûs à ce sentiment d'échec. Ces sentiments ont été majorés étant donné que c'était la première fois que je participais à la contention physique d'un patient en crise. J'ai été confrontée à une réelle auto et hétéro agressivité de la part de Mme G. J'ai aussi réellement vu sa souffrance et notre impuissance face à certaines situations où la contention physique est la seule alternative. J'ai pu m'apercevoir des limites du dialogue dans certaines situations.

Par la suite, j'ai ressenti le besoin d'en parler avec l'infirmière qui a décidé de cette contention. En effet, prise d'inquiétude je me suis interrogée sur ma capacité à prendre une telle décision, à la mettre en application et surtout sur l'impact émotionnel qu'avait suscité ce soin sur moi. J'ai procédé à une réelle remise en question de mes capacités et de mes compétences en ce qui concerne la contention physique. Je lui ai donc demandé comment elle avait vécu ce qui s'était passé. On a parlé plus d'une heure comme si, autant elle que moi, avions eu besoin de prendre du recul face à ce soin.

Elle m'a fait part du fait que pour elle, mettre sous contention un patient en crise était toujours une décision difficile à prendre car elle privait le patient de sa liberté et surtout parce que c'était un soin à grande responsabilité. Elle continue en me disant qu'elle vivait à

chaque fois la contention comme un échec car elle n'avait pas été capable de calmer la patiente par une autre méthode ou de prévenir cet état de crise et qu'il lui fallait toujours une prise de distance après le soin. Cependant, elle me dit énormément relativiser lorsqu'elle voit l'intérêt de ce soin et l'apaisement que cela procure au patient. Elle finit en me donnant un conseil : ne jamais banaliser la contention physique et toujours faire une bonne analyse de la situation afin d'éviter les contentions physiques abusives.

Grâce à cette discussion, j'ai pu m'apercevoir que ma difficulté face à ce soin n'était pas isolée et j'ai senti une véritable compréhension de la part de l'infirmière.

Mon questionnement est donc le suivant :

- Une infirmière ressent elle toujours les mêmes émotions face à la mise sous contention d'un patient ?
- Existe-t-il donc des facteurs (sexe, âge, environnement, expérience, ancienneté...) qui font que certaines infirmières vivent mieux ce soin ou que d'autres au contraire n'arrivent pas à faire face à leurs émotions ?
- Comment prendre soin tout en étant la personne qui contient un patient sans son consentement et souvent dans l'agitation ?
- Comment faire pour que les émotions que provoque ce soin ne soient pas un handicap dans notre exercice professionnel quotidien ?
- Comment, tout simplement, gérer ses émotions dans une telle situation ?
- En quoi, dans les unités où la contention physique est un soin fréquent, des temps de parole au sein de l'équipe semblent importants ?

Ce que j'ai pu observer de l'infirmière mais également vivre, c'est la difficulté de contenir un patient agité du fait des multiples émotions mises en jeu par ce soin.

Pour cela, il est nécessaire pour moi de comprendre quelles émotions sont présentes, quel est l'impact émotionnel de ce soin sur les soignants et plus particulièrement l'infirmière afin de pouvoir le gérer du mieux possible lors de mes futures mises sous contention d'un patient. Le but de ma recherche est donc de comprendre ce phénomène.

1.3 Ma question de départ

Quel est l'impact émotionnel sur l'infirmière de la mise sous contention d'un patient agité en service de psychiatrie ?

PARTIE 2 : POLE THEORIQUE

Le soin dont je parle dans ce travail de fin d'études est la contention physique mais il me semble que le concept prévalent est celui des émotions car tout mon questionnement se positionne sur le vécu de l'infirmière par rapport à ce soin.

Les trois autres concepts que j'ai décidé de développer ensuite sont : la contention physique, la violence en psychiatrie et les soins infirmiers.

2.1 Le concept des émotions :

2.1.1 Définitions :

- *« Trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie... »*
- *Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. » (Le Larousse)*
- *« Réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable. » (Dictionnaire de la psychologie)*

Il y a de multiples émotions (joie, tristesse, désespoir, bonheur, colère...), toutes différentes les unes des autres. Les émotions nous accompagnent au quotidien et sont des manifestations universelles.

Avoir des émotions est un phénomène normal chez l'individu.

2.1.2 Dans la pratique infirmière :

Suite à des entretiens infirmiers¹, trois types d'émotions ont été mises en évidence :

- Les émotions considérées comme nécessaires : *« On ne peut pas travailler sans émotions ce n'est pas possible et puis c'est justement les émotions, pour moi, qui sont un moteur dans ma fonction. Elles sont un moteur pour le soin ».*
- Les émotions régulées et reconnues : *« C'est quand même un métier où on travaille avec des gens, des gens en souffrance, si on n'avait pas d'émotions... Il ne faut pas non plus se laisser submerger et puis pleurer avec le patient. »*

¹ CUDRE D., *Quand les infirmières racontent des émotions... Au cœur d'une posture professionnelle authentique*. Haute école de la santé La source, Lausanne, 2008

- Les émotions réprimandées : « *Pour être professionnelle, il est important de se tenir en delà des émotions. Je ne dois pas me laisser déborder par les émotions, je dois être pleinement moi-même et lutter avec mes propres émotions pour pouvoir écouter l'autre* ».

Dans la situation de Mme G, il semble que l'infirmière ait eu une émotion régulée et reconnue.

De plus, l'infirmière a un rôle très important en ce qui concerne les émotions des patients qu'elle prend en charge. En effet, le décret de compétence infirmier (article R 4311-2 du code de la santé publique) met en évidence le rôle propre infirmier en ce qui concerne son rôle de soutien et relationnel auprès des patients.

2. 1. 3 Stratégies d'adaptation :

Face aux états émotionnels, chaque individu développe des stratégies spontanées² pour gérer au mieux cette situation. Ces stratégies sont diverses et propres à chacun : parler à quelqu'un, écouter de la musique, être seul, se reposer, dormir, faire du sport, lire, prier...

Cependant, même si tout professionnel possède des stratégies d'adaptation face aux états émotionnels, travailler avec l'autre n'est pas simple et peut même être très difficile émotionnellement. Il semble compliqué de « *s'extraire complètement de l'impact émotionnel de certaines situations de soin* »³ comme par exemple la contention physique. Isabelle Fretigny, Isabel Cordoba et Valérie Carrara, toutes trois psychologues, expliquent que certaines équipes sont en demande d'un accompagnement comme le groupe de parole. En effet, elles relèvent que le vécu des équipes de soins est souvent peu abordé. Le groupe de parole permet alors une libre expression des soignants afin de prendre conscience de l'impact émotionnel des situations de soins et donc de prendre de la distance face à ces enjeux émotionnels. Ces trois psychologues développent aussi que cette dynamique de

² ANDRE C. Peut on gérer ses émotions ? *Sciences humaines*. Mai 2006 (visité le 26 mars 2012), n°171. Disponible sur Internet : <http://www.scienceshumaines.com>.

³ FRETIGNY I, CORDOBA I, CARRARA V. Enjeux et limites des groupes de parole à l'hôpital. *La revue de l'infirmière*, Décembre 2011, n°176, pp 37 – 39

réflexion permet l'amélioration de la qualité des soins et constitue également l'une des démarches de prévention de l'épuisement professionnel des soignants.⁴

Je peux également relever l'intérêt de la formation continue auprès des infirmiers. En effet, le décret n° 2011 – 2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux stipule dans son article 1 que « *la formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité* ».

Suite à ce décret, je peux dire que la formation continue a effectivement un rôle dans la gestion des états émotionnels. En effet, « *elle favorise leur développement professionnel et personnel* ». Il peut être difficile pour les infirmiers de se développer autant sur le plan professionnel que personnel si leurs émotions sont trop présentes car elles peuvent être réellement handicapantes pour certains.

2. 1. 4 La spécificité des émotions en psychiatrie :

En psychiatrie, être confronté à l'agressivité et à la violence d'un patient avec des troubles mentaux n'est pas rare. C'est l'une des indications de la contention physique, ce qui a été le cas dans la situation de Mme G.

Laurent Morasz⁵ montre que le vécu direct d'une situation violente (la contention physique peut être considérée ainsi), 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 ; comme par exemple, lorsque Cédric Pannetier, infirmier⁶, exprime ses difficultés en disant que « *les hommes sont de plus en plus rares et il arrive parfois qu'à dix nous ayons du mal à contenir un patient agité* » et « *nous comptons sur le facteur chance pour ne pas avoir de blessés* ».

La peur est une émotion, qui a également un rôle positif car « *elle sert à se protéger du danger* ». Elle a des répercussions physiques (sueurs, palpitations...). Elle permet au « *corps d'être prêt à agir* ». Cette émotion est liée à « *un danger réel et*

⁴ **Ibid.** p 37 - 39

⁵ MORASZ L. *Comprendre la violence en psychiatrie*, édition Dunod, 2002. Chapitre 3, Violence, peur et insécurité, p 47

⁶ PANNETIER C. Flic ou soignant ? *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp 50 - 53

reconnaisable »⁷. C'est le cas ici, puisque l'agitation de Mme G est réelle et reconnaissable. La peur décrite par Laurent Morasz est donc la peur pour sa propre sécurité, celle d'être blessé par le patient avant ou pendant la mise sous contention.

Selon le même auteur, la contention physique culpabilise également car « *elle trouble l'inconscient et l'idéal des soignants* »⁸. C'est aussi l'idée reprise par Cédric Pannetier lorsqu'il dit que « *la contention est un sujet tabou, douloureux et culpabilisant pour les soignants* »⁹. Comme le souligne Bernard E. Gbézo, il paraît indispensable d'évacuer la charge émotionnelle que provoque ce soin pour permettre un bon équilibre psychologique du soignant¹⁰.

La culpabilité est « *une émotion mixte* ». En effet, elle a une composante « *saine* » car elle permet de se remettre en question et d'essayer de se faire pardonner. Elle a également une composante « *dévastatrice* » qui devient un réel handicap dans la vie quotidienne. La composante explicitée par Bernard E. Gbézo est plutôt la culpabilité « *saine* » car la contention physique permet réellement de se remettre en question (par rapport à l'indication, au déroulement du soin...) ¹¹

On peut donc voir que ce soin peut avoir une dimension émotionnelle pour les soignants mais nous pouvons nous demander à présent ce que signifie réellement mettre sous contention un patient.

2.2 Le concept de contention physique:

2.2.1 Définitions :

- « *Utilisation de tous moyens, méthodes, matériel ou vêtement qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le but d'obtenir la sécurité d'un patient (ou de son entourage) qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.* »¹²

⁷ COEURDEROY F. Qu'est ce que la peur ? Visité le 2 Mai 2012. Disponible sur Internet : <http://www.peur.org>

⁸ **Op. Cit.** MORASZ, p 241

⁹ **Op. Cit.** PANNETIER, p 52

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

¹¹ LARIVEY M. La culpabilité. *Guide des émotions*. 2005 (Visité le 5 mai 2012). Disponible sur Internet : <http://www.redpsy.com/guide/culpabilite.html>

¹² DESARZENS A, LAHANQUE I, du 28 février 2011, *les moyens d'isolement ou de contention*

- « *Toutes sortes de procédures pour limiter l'autonomie des mouvements corporels du patient* » (Jérôme Palazzolo, *Contention : état des lieux*, p 31)
- « *Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* » (Le Larousse)

2. 2. 2 Retour historique:

Dominique Friard fait dans son article ¹³ un retour historique sur la contention physique, ce qui permet une meilleure compréhension du sujet. En effet, la contention physique est utilisée depuis le début du traitement des pathologies mentales. Elle renvoie donc à un passé asilaire et douloureux.

Dès l'antiquité la notion de contrôle physique apparaît.

Au moyen âge, le malade mental est maintenu sous contention au domicile dans un objectif sécuritaire (pour le patient et sa famille).

Au XIII ème siècle, il est enfermé dans des cachots, parfois nu, c'est à cette période que naît la camisole de force. Jusqu'à présent la notion de soin n'est pas évoquée.

C'est à la révolution française avec Pinel et Esquirol que le malade mental devient un malade qu'il faut soigner. C'est « *la libération des chaines* ».

La contention physique ne sera plus pratiquée après la période de l'après guerre avec la fermeture des quartiers d'agités et la disparition de la camisole.

Elle ne réapparaîtra qu'à partir des années 1995 – 2000. Pour Dominique Friard, il y a une corrélation entre la réapparition de la contention physique et la suppression des études infirmières de secteur psychiatrique.

Je peux clairement voir qu'au fil des siècles la contention physique s'est réellement humanisée.

2. 2. 3 Cadre législatif :

En ce qui concerne la contention physique, le cadre législatif est très flou, comme le souligne Mr Palazzolo et Mr Friard dans leur ouvrage respectif.

A ce jour, l'article R4311-7 du décret n° 2004 – 802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique, prend en considération la contention physique.

En effet, « *l'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants, soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative,*

¹³ FRIARD D, Attacher n'est pas contenir, *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp 16 - 19

quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

11 : Pose de bandages de contention

12 : Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention

43 : Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement »

Cependant, nous pouvons noter que les conditions dans lesquelles doivent se faire cette contention n'apparaissent pas. La prescription médicale doit être alors précise afin de donner une certaine conduite à suivre aux soignants.

Il est intéressant de noter que du côté des patients, la charte des droits du patient en psychiatrie met en évidence le droit à la dignité. En effet, ce droit est inaliénable, il doit être respecté en toute circonstance. Par conséquent, la mise sous contention d'un patient doit être réalisée en portant un réel intérêt au respect de la dignité de celui-ci.

2. 2. 4 Types de contention :

Jérôme Palazzolo, psychiatre, définit deux types de contention¹⁴ :

- « Celles qui vont de soi » : dans un souci de protection du patient. Elles sont discutées et décidées en équipe. Cela peut être la pose de barrière dans un lit, une prémédication pour une chirurgie, le maintien physique pour une prise de sang...
- Celles qui ne vont pas de soi : principalement la contention physique, chimique et la contention légale du cadre hospitalier. C'est ces contentions qui touchent l'affect des équipes et qui est très souvent objet de nombreuses discussions entre soignants. »

2. 2. 5 Indications¹⁵:

- « Maitrise de l'agitation sévère ou de la violence
- Mesure prophylactique d'intervention autrement dit afin de, par exemple, diminuer les stimuli extérieurs chez un patient psychotique ou à la demande du patient... »

Dans la situation de Mme G, la contention a été indiquée pour la maitrise de son agitation.

¹⁴ PALAZZOLO J. Contention et perspectives thérapeutiques. *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp 36 - 41

¹⁵ **Ibid.** p 38

2. 2. 6 Contre indications¹⁶:

« Non somatiques » :

- *A titre de punition*
- *Pour réduire l'anxiété de l'équipe de soin ou pour son confort*
- *Liée au manque de personnel*

Somatiques :

- *Pathologies cardiaques ou circulatoires (fistule...)*
- *Pathologies respiratoire*
- *Troubles de la thermorégulation*
- *Atteinte traumatique »*

Dans cette situation, Mme G ne présentait aucunes contre indications.

2. 2. 7 Complications possibles¹⁷ :

- *« Troubles du rythme cardiaque*
- *Lésions cutanées*
- *Déshydratation*
- *Troubles ostéo-tendineux*
- *Douleur*
- *Colère et révolte du patient »*

Dans cette situation, Mme G n'a subit aucune complication.

2. 2. 8 Surveillance :

D'après le cours de deux infirmiers exerçant en secteur psychiatrique¹⁸, la surveillance d'un patient contenu doit être programmée, écrite, précise et régulière. Elle est établie au regard des risques liés à la contention physique et aux besoins du patient.

De manière générale, sont surveillés les constantes cliniques ainsi que l'état de conscience, l'hydratation, l'élimination, l'alimentation accompagnés d'observations infirmières. Une réévaluation quotidienne en équipe de l'indication de mise sous contention est indispensable.

¹⁶ Op. Cit. DESARZENS, LAHANQUE

¹⁷ Op. Cit. DESARZENS, LAHANQUE

¹⁸ Op. Cit. DESARZENS, LAHANQUE

2. 2. 9 Principes généraux :

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), à ce jour remplacée par la haute autorité de la santé (HAS), a créée en 1998 le premier référentiel de pratique sur l'isolement en psychiatrie lors de « *l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* »

Ce sont 23 critères de bonne pratique qui sont une référence en termes de contention physique¹⁹. Il me semble pertinent de poser l'hypothèse que si ces 23 critères de bonne pratique sont respectés, le vécu de la contention physique d'un patient agité sera meilleur.

2. 2. 10 Notion d'éthique:

La contention physique entraîne une limitation de la liberté de mouvement, un droit fondamental du patient. Il est ici intéressant de reprendre les propos de Gilles Devers qui dit « *qu'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* »²⁰. Cependant, une réflexion éthique dans les secteurs où la contention physique est fréquemment utilisée paraît indispensable.

Le rapport bénéfice / conséquence ou plus généralement bénéfice / risque est une notion éthique incontournable dans la prise de décision de la mise sous contention d'un patient. Plus précisément, il est important d'évaluer si le bénéfice attendu par la contention physique est supérieur aux possibles conséquences (traumatismes...) qu'elle peut entraîner²¹.

L'information du patient sur les raisons de sa mise sous contention doit être également garantie en raison du droit fondamental d'un patient à l'information (charte du patient hospitalisé).

En conclusion, comme le fait remarquer Dominique Friard²² tout au long de son ouvrage, pour être une véritable thérapeutique la contention physique doit avoir des indications médicales et répondre à une surveillance clinique accrue.

La réflexion d'une équipe est très importante étant donné que la violence en psychiatrie n'est pas rare et que la contention physique est un soin régulièrement indiqué.

¹⁹ Critères de bonne pratique de l'ANAES en Annexe 1

²⁰ DEVERS G. Les droits des patients en psychiatrie, *objectif soins*, janvier 2012, n°202, p 14

²¹ DUDOUIT P, BARDET BLOCHET A, REY – BELLET P. Diminuer le recours à la chambre d'isolement, *santé mentale*, septembre 2011, n°160, pp 15 - 19

²² FRIARD D, *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* Paris : Masson, 2002. 212 p. Collection souffrance psychique & soins

2.3 Le concept de violence en psychiatrie :

2.3.1 Définitions :

2.3.1.1 Violence :

- « *Menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* » (L'organisation mondiale de la santé)
- « *Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice* ». (Le Larousse)

2.3.1.2 Psychiatrie :

« *Spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques* ». (Le Larousse)

2.3.2 Fréquence :

Bernard E. Gbézo²³ confirme bien que la psychiatrie est le secteur qui répertorie le plus de passages à l'acte violents envers le personnel soignant. La particularité des hospitalisations sous contrainte majore encore cette atmosphère.

Des actes de violence fréquents sur le personnel soignant peuvent avoir de graves conséquences sur ces derniers.

2.3.3 Facteurs favorisant la violence en psychiatrie²⁴ :

Ils sont multiples :

- « Facteurs individuels :
 - *Personnalité antisociale*
 - *Comportement menaçant*
 - *Troubles psychiques et organiques*
 - *Alcoolisme et toxicomanie*
- Facteurs liés aux soignants :
 - *Attitudes défensives*
 - *Comportement timoré*

²³ Op. Cit. E. GBEZO p 8

²⁴ Op.Cit. E. GBEZO p 9

- *Provocations verbales ou physiques*
- *Stress*
- *Epuisement professionnel*
- *Démotivation*
- *Facteurs liés à l'environnement et à l'organisation du travail :*
 - *Délais d'attente importants*
 - *Exiguïté des locaux*
 - *Mesures de sécurité inefficaces*
 - *Surcharge de travail*
 - *Manque ou insuffisance de formation*
 - *Tendance à banaliser les actes de violence*
 - *Manque de reconnaissance et de soutien de la part de l'institution »*

2. 3. 4 Conséquences des actes de violence sur les soignants²⁵ :

- *« Physique : blessures, maladies, troubles du sommeil, fatigue, épuisement...*
- *Psychologique : angoisse, peur, colère, agressivité, stress, perte d'estime de soi, dépression, stress post traumatique...*
- *Professionnel : baisse de motivation, sentiment d'incompétence, conflits...*
- *Personnel : conflits familiaux, impatience, problèmes relationnels... »*

2. 3. 5 La question de la contention physique :

L'un des traitements de la violence est la mise sous contention du patient. En effet, l'une des indications est la maîtrise de l'agitation sévère ou de la violence ; c'est le cas de Mme G.

Sa violence étant nocive pour elle et les soignants et la tentative de dialogue, d'apaisement ayant échoué, la mise sous contention a été décidée, le temps que l'injection fasse effet et que cette patiente retrouve un état d'apaisement et de calme acceptable. Dans cette situation, la contention physique est donc un soin de gestion de la violence d'une patiente.

²⁵ Op.Cit. E. GBEZO p 30

2. 4 Le concept des soins infirmiers :

2. 4. 1 Définitions :

2. 4. 1. 1 Soins :

« Actes par lesquels on veille au bien être de quelqu'un. Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps. » (Le Larousse)

2. 4. 1. 2 Infirmiers :

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu » (Article L 4311 – 1 du code de la santé publique)

2. 4. 1. 3 Soins infirmiers :

« Ensemble des activités et des soins assurés par le personnel infirmier » (Le Larousse)

2. 4. 2 Attributs :

On peut distinguer deux classes de soins infirmiers qui sont indissociables :

- Actes participants à l'hygiène et au confort relevant du rôle propre de l'IDE.
- Actes curatifs exécutés sous prescription médicale relevant donc du rôle prescrit de l'IDE.

Ils peuvent être alors préventifs, curatifs, palliatifs.

2. 4. 3 La contention physique en tant que soin :

De nombreux débats ont mis en évidence une question très controversée : la contention physique est elle un soin ?

Dominique Friard et Jérôme Palazzolo s'y sont particulièrement intéressés. Mr Friard dit dans son livre « *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* », je cite « *l'isolement ne pourrait être une mesure thérapeutique qu'en repérant les indications, les contre indications, les effets thérapeutiques recherchés, les effets secondaires et les dosages* ».

De plus, Mr Palazzolo dit dans un de ces articles²⁶ que pour considérer la contention physique comme thérapeutique, elle doit être employée « *avec l'intention d'empêcher un patient de se faire du mal ou d'en faire aux autres* ».

²⁶ PALAZZOLO J, contention : état des lieux, *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp 30 - 35

Par conséquent, en prenant en compte tous ces paramètres (indications, contre indications...), en discutant régulièrement dans l'équipe afin d'éviter les dérives, la contention physique est alors considérée comme un soin. D'autant plus que le décret des compétences infirmières stipule dans l'article R 4311-14 « *qu'en l'absence d'un médecin, l'infirmière est habilitée, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient* ». Ici, la contention physique est donc considérée comme un soin d'urgence.

PARTIE 3 : POLE EMPIRIQUE

3. 1 Méthode de recueil de données :

3. 1. 1 Choix de l'outil :

J'ai décidé d'utiliser l'entretien en tant qu'outil pour mon pôle empirique l'entretien. Il m'a paru plus pertinent qu'un questionnaire, mon sujet traitant du vécu d'un soin. L'entretien permet une libre expression, un recueil de données très riche favorisant la verbalisation et l'expression des émotions pouvant être ressenties lors de ce soin. Pour toutes ces raisons, ce choix a été une évidence.

3. 1. 2 Population ciblée :

J'ai réalisé ces entretiens auprès de trois infirmier(e)s exerçant évidemment dans le secteur psychiatrique. J'ai fait le choix de m'entretenir avec des infirmier(e)s de sexe et d'ancienneté différents dans l'objectif de réaliser une comparaison lors de mon analyse de ces entretiens exploratoires.

Pour une meilleure lisibilité et compréhension, Mme A est une infirmière diplômée d'état avec une dizaine d'années d'ancienneté en psychiatrie, Mme B est une infirmière diplômée d'état avec environ un an d'ancienneté en psychiatrie et pour finir Mr C est un infirmier de secteur psychiatrique avec une vingtaine d'années d'ancienneté.

3. 1. 3 Lieu :

Ces entretiens ont eu lieu dans un service d'admission de psychiatrie possédant des chambres d'isolement dans lesquelles sont réalisées, en cas de besoin, la contention physique des patients agités. Etant donné le choix de mon thème, c'est cette unité qui m'a paru la plus adaptée pour la réalisation de ces entretiens exploratoires.

3. 2 Analyse des entretiens :

Tout d'abord, en ce qui concerne la définition de la contention physique, les trois infirmier(e)s expriment l'idée du maintien physique d'un patient contre sa volonté.

Cependant, Mme B et Mr C se montrent plus précis dans leur définition. En effet, ils précisent que c'est un soin ponctuel et non inscrit dans la durée, juste le temps que « *la situation se desserre et que le dialogue soit possible* ».

Mr C, lui, introduit également la notion de traitements médicamenteux (intra musculaire de neuroleptique...) dans l'objectif de calmer l'agitation physique et la souffrance psychique du patient. Dans ce sens là, le patient est contenu le temps que le traitement fasse effet, on retrouve à nouveau l'idée d'un soin ponctuel.

Ce dernier m'exprime également le fait que la contention physique est une réelle pratique de soin en psychiatrie, qu'il a vu s'humaniser depuis une vingtaine d'années.

Ensuite, les trois infirmier(e)s ont déjà eu recours à ce soin, même Mme B, ce qui montre le caractère assez fréquent de ce soin. Ils sont tous trois d'accord pour dire que c'est un soin difficile à réaliser du fait de l'agitation et du stress ambiant.

En ce qui concerne, les sentiments et émotions suscités, Mme B et Mr C sont en accord pour me dire que la peur est la principale émotion car, souvent, les patients en crise souffrant de pathologie mentale ont une force décuplée. La peur exprimée par ces deux infirmier(e)s est la crainte d'être blessé, d'être mis en danger lors de la réalisation d'une contention physique.

Cependant, Mme B est plus précise en ce qui concerne ce sentiment. Elle dit ressentir « *un sentiment difficile à définir, c'est à la fois de la peur et le désir de ne pas être traumatique pour le patient* ». Ici est explicité que la contention physique peut avoir des conséquences physiques sur le patient (tout comme sur le personnel de soin). Mr C dit également qu'étant donné le manque de personnel masculin, les femmes sont maintenant en première ligne, ce qui peut réellement accentuer cette peur.

Mme A me dit ne ressentir aucun sentiment particulier. La contention physique est pour elle clairement un soin avec lequel elle est « *au clair* » et « *qui concourt au bien être du patient, à sa sécurité et à celle du personnel soignant* ». C'est pour cette raison que cette infirmière n'a pas un mauvais vécu de ce soin. C'est également l'argument avancé par Mme B et Mr C. C'est un soin avec de réels bénéfices, par conséquent comme le souligne Mr C « *je n'ai jamais ressenti de sentiment comme la culpabilité* ».

La notion de soin est largement exprimée par ces trois infirmier(e)s, en relation étroite avec leur vécu. Nous pouvons voir ici que chaque individu, chaque professionnel a ses propres émotions et sa propre façon de les gérer.

De plus, certains soignants peuvent éprouver des difficultés face cette pratique. Mme A me dit ne ressentir aucune difficulté. En ce qui concerne Mme B, elle ne ressent pas vraiment de difficultés mais il est vrai qu'elle trouve pertinent d'en rediscuter, de façon spontanée, en équipe afin de prendre une meilleure distance avec le soin réalisé. La notion de communication en équipe est ici exprimée par cette infirmière.

Mr C, lui, exprime avoir parfois des difficultés mais surtout en terme de connaissances sur le matériel. En effet, celui ci change, il arrive qu'il ait alors du mal à l'utiliser ; ce qui peut entraîner un soin qui dure, une augmentation de l'agitation du patient et une mise en danger du personnel soignant.

Pour lui, la formation continue et régulière serait une bonne solution pour palier à ce genre de difficulté. En effet, celui ci avance une idée intéressante. Pour lui, la formation permet de meilleures connaissances et donc une certaine maîtrise de la situation, d'un soin. Il me fait également part que ce serait bénéfique car tout infirmier exerçant en psychiatrie sera confronté à un moment donné à la contention physique d'un patient agité.

Notons qu'une meilleure maîtrise d'un soin peut améliorer le vécu de celui-ci.

Cependant, il émet un bémol sur le fait que contenir un patient pendant un exercice lors d'une formation et sur le terrain sont deux choses très différentes, ce ne sont pas les mêmes conditions (stress, agitation...).

L'idée de la formation continue est également avancée par Mme B car c'est son premier poste et qu'elle a peu d'expérience sur ce sujet. Il est intéressant de voir que la formation continue est autant demandée par une infirmière diplômée depuis un an que par un infirmier diplômé depuis 20 ans ; autant par une femme que par un homme.

Peut importe l'expérience, la formation semble présenter un avantage pour tous les infirmier(e)s.

Pour finir, on peut attirer également l'attention sur le fait qu'aucun des infirmier(e)s n'a vraiment reçu de formation initiale sur la contention physique pendant leurs années à l'institut de formation en soins infirmiers.

Nous pouvons donc nous demander si cela a un lien avec le fait qu'à ce jour ce désir soit mis en évidence.

PARTIE 4 : SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Pour clôturer ma partie exploratoire, je constate qu'il existe de grandes similitudes mais également des écarts entre ce que j'ai développé dans mon pôle théorique à travers mes concepts et ce qui m'a été dit par les infirmier(e)s lors de mes entretiens de mon pôle empirique.

Tout d'abord, en ce qui concerne les similitudes, je remarque que la définition de la contention physique donnée par les infirmier(e)s et celle développée dans mon concept sont très proches. Je peux voir qu'il existe donc une définition assez universelle de la contention physique. Je remarque également qu'autant les auteurs que les infirmier(e)s connaissent bien cette pratique et s'accordent sur la définition de celle-ci.

Ensuite, la notion d'humanisation de ce soin m'a été explicitée par Mr C mais je la retrouve également dans le retour historique de mon concept de la contention physique.

Aussi, il apparaît de façon très marquée, une parfaite concordance en ce qui concerne l'émotion prévalente en relation étroite avec le vécu de la contention physique. En effet, Laurent Morasz²⁷ parle de peur d'être blessé, peur pour sa propre sécurité, tout comme deux infirmier(e)s lors de mes entretiens exploratoires.

C'est aussi le cas pour les complications possibles de la mise sous contention d'un patient agité. Il est vrai que Mme B m'a parlé du désir « *de ne pas être traumatique pour le patient* » ; ce que je retrouve également dans mon pôle théorique avec les complications possibles comme « *des lésions cutanées, des troubles ostéo tendineux, de la douleur...* »

De plus, auteurs et infirmier(e)s sont également en accord sur la notion de soin en termes de contention physique. Néanmoins, Mr Friard²⁸ émet des conditions pour que cela en soit vraiment un (indications, contre indications ...). Les infirmier(e)s, eux, sont plus

²⁷ Op. Cit. MORASZ p 47

²⁸ Op. Cit. FRIARD, *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* p 99

centrés sur les émotions. Ils n'ont pas un réel mauvais vécu de cette pratique car ils la considèrent vraiment comme un soin. La notion de soin est donc retrouvée des deux côtés.

Pour finir, l'idée de la formation continue a été largement développée surtout lors des entretiens. Dans le cadre conceptuel, la formation est une stratégie d'adaptation efficace face à ses émotions. C'est l'idée également reprise par deux infirmier(e)s. La formation apparaît alors être un besoin pour eux et pourrait améliorer le vécu qu'ont certains infirmier(e)s de la contention physique.

Maintenant en ce qui concerne les écarts, j'en note deux qui sont réellement en lien avec mon sujet c'est-à-dire centré sur les émotions des infirmier(e)s lors de la contention physique. La notion de culpabilité n'est pas abordée par les infirmier(e)s. Or, Laurent Morasz²⁹ et Cédric Pannetier³⁰ mettent en évidence l'idée de culpabilité de la part des soignants lorsqu'ils décident de contenir un patient. Sur le terrain, j'ai pu voir que ce n'était pas le cas, du moins pas pour les trois infirmier(e)s avec lesquels je me suis entretenue. Le fait que ce soit un soin est à nouveau mis en évidence, par Mr C, pour expliquer qu'il ne ressente pas de culpabilité.

Pour finir, je remarque également que le groupe de parole, réellement institué en tant qu'accompagnement dans ce vécu n'a été repris par aucuns infirmier(e)s. Or, j'ai pu voir que c'est une stratégie d'adaptation efficace dans la gestion des émotions. Néanmoins sur le terrain, c'est le besoin de formation continue qui a été exprimé.

J'ai clairement pu voir l'importance de la formation continue pour les infirmier(e)s dans la gestion des émotions en lien avec ce soin. Il est vrai que cette idée m'a étonnée. En effet, j'avais une représentation assez précise sur ce sujet. Je pensais qu'en termes de gestion des émotions, le groupe de parole était l'outil le plus pertinent et le plus demandé par les soignants. Or, j'ai pu constater que cette représentation était tout à fait erronée. C'est pour cette raison que la question de recherche que je dégage est la suivante :

En quoi la formation continue peut influencer, le vécu des infirmiers exerçant en psychiatrie, lors de la contention physique d'un patient agité ?

²⁹ Op. Cit. Morasz p 241

³⁰ Op. Cit. Pannetier p 52

CONCLUSION :

Ce travail de fin d'études m'a beaucoup apporté. En effet, dans un premier temps, il m'a permis d'avoir de réelles connaissances sur la contention physique.

De plus, ce soin me questionnait beaucoup au début de ce travail. J'ai donc pu prendre le temps d'avoir une réelle réflexion sur ce sujet à travers les différents concepts développés et la richesse des entretiens auprès des infirmier(e)s.

Dans un second temps, j'ai réfléchi sur les émotions des infirmier(e)s lors de la contention physique d'un patient agité en psychiatrie. Cette réflexion m'a alors permis d'être plus sereine face à ce soin dont le vécu m'avait été difficile.

Ce travail n'a tout de même pas été simple à réaliser car il y a peu d'ouvrages traitant des émotions des infirmier(e)s concernant ce soin.

De plus, ce n'est pas un thème facile à aborder car la contention physique est un sujet assez controversé.

Il a pu être également difficile pour les infirmier(e)s de se dévoiler entièrement et de parler de leurs émotions ; d'autant plus que le nombre d'entretien que l'on peut réaliser est très restreint.

De manière générale, ce travail de fin d'études m'a permis de mieux me connaître, d'identifier mes émotions de façon plus pertinente et par conséquent de les gérer plus facilement.

ANNEXES

Annexe I : « 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 œuvre 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

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 II : Grille d'entretien

J'ai désiré vous rencontrer dans le cadre de mon travail de fin d'études. En effet, je réfléchis sur le thème du vécu infirmier lors de la contention physique d'un patient agité en psychiatrie.

Je suis au stade de la phase exploratoire d'où mon besoin, à ce jour, de m'entretenir avec des infirmiers travaillant en secteur psychiatrique.

Tout d'abord, je vous remercie de m'accorder du temps afin de m'aider dans mon travail de recherche.

Ensuite, si accord de votre part, je vais vous enregistrer afin de me consacrer à ce que vous allez me dire et non pas à la prise de note.

Votre nom ou encore le service où vous travaillez n'apparaîtra pas, j'assure une totale confidentialité de votre identité.

- Sexe :

Femme

Homme

- Ancienneté en psychiatrie :

- Diplôme :

ISP

DE

- Pour vous, qu'est ce que la contention physique en psychiatrie ?
- Avez-vous déjà eu recours à la contention physique d'un patient agité lors de votre exercice professionnel ?
Si oui, quels sentiments avez-vous ressenti après avoir réalisé ce soin ?
- Êtes-vous en difficulté face à ce soin ?
Si oui, comment se manifestent ses difficultés ?
- Qu'est qui pourrait vous aider à les surmonter ?

- Avez-vous abordé la contention physique lors de vos études ?
- Avez-vous eu une formation spécifique à la contention physique depuis que vous êtes infirmier ? Si non, ressentez vous le besoin d'en avoir une ?
- Avez-vous autre chose à rajouter sur le sujet de la contention ?

Bibliographie

➤ **Ouvrages :**

FRIARD D. *L'isolement en psychiatrie : Séquestration ou soin ?* 2^{ème} édition. Paris : Masson, 2002. 221 p. Souffrance psychique & soins.

MORASZ L. *Comprendre la violence en psychiatrie*. Paris : Dunod, 2002, chapitre 1, Qu'est ce que la violence ? pp. 46 – 50.

MORASZ L. *Comprendre la violence en psychiatrie*. Paris : Dunod, 2002, chapitre 4, La prise en charge de la violence, p. 241

E. GBEZO B. *Les soignants face à la violence*. Paris : Lamarre, 2005, chapitre 1, situations de violence en milieu hospitalier, pp. 8 - 9

E. GBEZO B. *Les soignants face à la violence*. Paris : Lamarre, 2005, chapitre 3, violence au travail : un risque professionnel pour les soignants, pp. 25 - 30

E. GBEZO B. *Les soignants face à la violence*. Paris : Lamarre, 2005, chapitre 10, maîtrise du patient très agité ou violent, pp. 125 – 130

➤ **Articles :**

CUDRE D. Haute école de la santé La source *.Quand les infirmières racontent des émotions... Au cœur d'une posture professionnelle authentique*, Lausanne, 2008

DEVERS G. Les droits des patients en psychiatrie, *objectif soins*, janvier 2012, n°202, p 14

DUDOUIT P, BARDET BLOCHET A, REY – BELLET P. Diminuer le recours à la chambre d'isolement, *santé mentale*, septembre 2011, n°160, pp. 15 - 19

FRETIGNY I, CORDOBA I, CARRARA V. Enjeux et limites des groupes de parole à l'hôpital. *La revue de l'infirmière*, Décembre 2011, n°176, pp. 37 – 39

FRIARD D. Attacher n'est pas contenir. *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp. 16 – 27

PALAZZOLO J. Contention : états des lieux. *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp. 30 – 35

PALAZZOLO J. Contention et perspectives thérapeutiques. *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp. 36 – 41

PANNETIER C. Flic ou soignant ? *Santé mentale*, Mars 2004, n°86, pp. 50 – 53

➤ **Internet :**

ANDRE C. *Sciences humaines* (en ligne). Mai 2006 (visité le 26 mars 2012). Numéro 171. Peut-on gérer ses émotions ? Disponible sur Internet : <http://www.scienceshumaines.com>.

COEURDEROY F. Qu'est ce que la peur ? (en ligne) Visité le 2 Mai 2012. Disponible sur Internet : <http://www.peur.org>

LARIVEY M. *Guide des émotions* (en ligne). 2005 (Visité le 5 mai 2012). La culpabilité. Disponible sur Internet : <http://www.redpsy.com/guide/culpabilite.html>

➤ **Cours théorique :**

DESARZENS A, LAHANQUE I, Cours théorique du 28 février 2011, *les moyens d'isolement ou de contention*

➤ **Autres documents**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (remplacée par la haute autorité de la santé), *l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*