

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

La contention physique

(Les enjeux de la formation sur cette pratique)



Figure 1: Photo contention

Unité d'enseignement 5.06 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 30 mai 2023

Directrice de mémoire : Valérie GILQUIN

Note aux lecteurs et lectrices :

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Les prénoms figurant dans ce travail ont été déontologiquement modifiés afin de préserver l'anonymat de ces personnes.

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier Valérie Gilquin, ma directrice de mémoire pour son accompagnement tout au long de ce mémoire, ses conseils, son aide, et son soutien.

Je tiens à remercier mes formateurs pour leur apprentissage, leur écoute et leur bienveillance. En particulier Mme Martin ma référente pédagogique, pour son accompagnement, pour m'avoir encouragée, aidée et soutenue durant ces trois années de formation.

Je remercie également l'ensemble du personnel du GIPES d'Avignon notamment les bibliothécaires, pour leur disponibilité et leur conseils précieux.

Un grand merci à Bérengère et Sophie (étudiantes infirmières), les plus belles rencontres durant ces 3 années de formation. Leurs soutiens, leurs déterminations, leurs bienveillances m'ont permis de passer trois années riches en émotions. Sans vous, cette formation n'aurait pas été la même.

Pour finir, je tiens à remercier ma famille, pour leur soutien inconditionnel, et leur patience. Merci à ma maman, mon modèle dans la vie de tous les jours de m'avoir encouragé quotidiennement.

Et un énorme merci à Maxence (mon conjoint), à Clément (mon frère) et Bérengère d'avoir cru en moi, et d'avoir pris le temps de relire à plusieurs reprises mon travail.

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>Situations d'appel</u>	<u>3</u>
2.1	Description de la situation de départ	3
2.2	Questionnement	6
<u>3</u>	<u>Question de départ</u>	<u>8</u>
<u>4</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>10</u>
4.1	La contention	10
4.1.1	Définition	10
4.1.2	Cadre législatif	12
4.1.3	L'impact de la contention physique sur le patient	14
4.2	La relation soignant-soigné	16
4.2.1	Définition	16
4.2.2	La relation de confiance	19
4.2.3	L'impact de la contention sur la relation soignant-soigné	21
4.3	La communication	22
4.3.1	Définition	22
4.3.2	Altération de la communication	24
<u>5</u>	<u>Enquête exploratoire</u>	<u>27</u>
5.1	Outil utilisé	27
5.2	Population choisie	27
5.3	Lieu d'investigation	28
5.4	Guide de l'outil	28
5.5	Analyse	31
5.5.1	Présentation des professionnels interrogés	31
5.5.2	Entretien par entretien	32
5.5.3	Question par question	40
5.6	Synthèse de l'enquête exploratoire	49
5.7	Limites de l'enquête	50
<u>6</u>	<u>Problématique</u>	<u>51</u>
<u>7</u>	<u>Question de recherche</u>	<u>51</u>
<u>8</u>	<u>Conclusion</u>	<u>52</u>
<u>9</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>53</u>
<u>10</u>	<u>Table des annexes</u>	<u>56</u>

1 Introduction

Dans une perspective professionnelle, j'ai élaboré un travail de fin d'études en soins infirmiers. Cette étude a été menée dans le cadre des unités d'enseignements : initiation à la démarche de recherche, et analyse de la qualité des données scientifiques et professionnelles. C'est l'aboutissement d'un cursus de trois ans qui demande une posture réflexive sur une situation vécu en stage.

Pendant ma formation, j'ai assisté à la mise en place de la contention physique chez des personnes soignées atteint d'un trouble de la communication. Je me suis aperçu que mettre sous contention une personne pouvait engendrer des difficultés à la fois pour le soigné mais aussi pour le soignant.

Etant une ancienne aide-soignante, j'ai été témoin des exigences notamment organisationnelles et institutionnelles, qui ne sont pas toujours faciles pour une prise en soin optimale. La situation à laquelle j'ai été confrontée durant mon stage était belle et bien un sujet de réflexion.

En tant qu'étudiante, nous avons un statut qui nous permet de passer plus de temps avec les patients contrairement aux professionnels qui doivent respecter les contraintes organisationnelles. J'ai toujours utilisé ce temps si précieux car je crois que la relation infirmière-patient est essentielle. Cependant, à plusieurs reprises, j'ai été confrontée à des situations où les droits fondamentaux du patient n'étaient pas respectés et où les relations établies étaient ébranlées.

J'ai observé que les relations avec les patients sont facilitées lorsqu'ils sont lucides, qu'ils consentent pleinement aux soins. Cela devient plus ardu lorsque le patient est en posture de refus.

Cela a m'amenée à m'interroger sur l'importance de la qualité de la relation soignant-soigné. Je vais commencer tout d'abord ce travail par décrire une situation de stage qui a fait naître une série d'interrogation, aboutissant à une question de départ puis différents thèmes phares de mon sujet.

J'ai donc pu étayer chacun de ces thèmes au travers de multiples lectures. À la suite de quoi s'est formé mon cadre théorique qui me servira de support comparatif.

J'ai pu mener une enquête exploratoire par le biais d'entretiens auprès d'infirmiers de différents services, qui ont ensuite pu être comparés avec le cadre théorique. Aboutissent à faire émerger une problématique puis l'aide d'une synthèse des résultats obtenus, je vous exposerai à un nouveau questionnement, qui sera ma question de recherche.

Je conclurai en mettant en avant ce que m'a apporté la rédaction de mon mémoire et ce que cela m'apportera en tant que future professionnelle.

2 Situations d'appel

2.1 Description de la situation de départ

La situation que je vais vous exposer s'est déroulée dans un service de cardiologie au sein d'un centre hospitalier du Vaucluse. Plus précisément lors de la deuxième semaine de mon stage au semestre 3 de mes études en soins infirmiers.

Le service de cardiologie est composé de quatre secteurs dont celui où j'ai vécu cette situation qui m'a interrogée : le secteur de soins continus, il est à peu près 10h30 lorsque l'infirmière me fait part de l'entrée d'un patient provenant des urgences pour une décompensation cardiaque. A 11 heures, monsieur R âgé de 85 ans, arrive dans l'unité de soins, accompagné par les brancardiers. Il est d'origine Maghrébine, la communication avec le patient s'avère être compliquée. Son épouse est présente à ses côtés, ce qui rend la communication possible puisqu'elle traduit tantôt en arabe pour son mari tantôt en français pour nous, personnel soignant.

Nous demandons à son épouse s'il lui est possible de faire l'interprète afin de pouvoir réaliser l'admission administrative, avec l'accord de son époux, bien évidemment, Monsieur R accepte et dit à son épouse « *ça me rassure que tu sois là* ». Nous procédons donc, comme d'habitude à l'entrée des patients, au recueil d'informations et de données importantes pour la prise en charge administrative et médicale. Nous nous adressons également à monsieur R afin de lui témoigner notre considération.

Tout au long de la journée, lorsque nous devons effectuer des soins, son épouse est présente et tout se déroule avec fluidité.

Lors de son admission sa femme nous avait décrit et relaté l'histoire de leur vie commune. Ils se sont mariés lorsque son mari avait 20 ans. Puis ils ont été parents de trois enfants dont un fils décédé, une semaine après sa naissance. Ils ont également des petits enfants dont monsieur R s'occupe régulièrement avec plaisir. Elle nous informe que son mari est autonome dans les actes de la vie quotidienne.

Il a pour antécédents somatiques un diabète, une insuffisance cardiaque, une hypertension artérielle. Dans ses antécédents psychiatriques on note une hospitalisation d'un mois en psychiatrie pour une dépression faisant suite au décès de son fils.

Monsieur R a consulté son médecin généraliste accompagné de son épouse car il se sentait essoufflé et présentait d'une altération de son état général. Le médecin l'a orienté vers le service des urgences afin d'être hospitalisé. C'est ainsi qu'il a été admis dans notre service pour une décompensation sur insuffisance cardiaque.

Le lendemain matin, je prends mon poste. A 6 h 50, je suis prête à assister aux transmissions. L'équipe de nuit est composée de deux infirmières et d'une aide-soignante, ils nous décrivent une nuit assez agitée : un décès, une entrée d'urgence. Au sujet de monsieur R, l'infirmière nous présente un patient très agité et violent, poussant des cris lors des soins.

Elle souligne le fait que monsieur R a été hospitalisé en psychiatrie surement pour le même type de comportement et sous-entend que monsieur R pourrait avoir des troubles psychiatriques. Puis elle poursuit en nous informant qu'elle a contactée le médecin de garde pour lui exposer le comportement ingérable de ce monsieur R et lui a suggérer la mise en place d'une contention physique. La prescription écrite par le médecin apparaît donc sur le logiciel. La manœuvre a nécessité la présence de trois soignants pour poser cette contention physique aux poignets et aux jambes. En effet, monsieur. R s'est débattu.

Dans son dossier médical apparaissait l'épisode dépressif évoqué par son épouse, ayant occasionné une hospitalisation en service de psychiatrie.

Aux vues de ces éléments, la pose de contention n'était-elle pas la seule solution afin de pouvoir gérer cette agitation ? Sur ces informations transmises, l'infirmière de la veille et moi-même étions perplexes et nous nous sommes demandé s'il était question du même patient tant nous avions du mal à le reconnaître dans les faits relatés.

Cette description de violence ne ressemblait pas à celle de notre patient admis la veille. Aucun problème d'agitation ne nous avait interpellées. L'infirmière de jour s'interroge, mais semble ne pas aller plus loin dans son questionnement. Plus tard dans la matinée, je me rends auprès de monsieur R, et je m'aperçois qu'il est très crispé. J'ai bien senti que malgré ma volonté de communiquer avec lui, le barrage de langue, notre incompréhension mutuelle mettait en difficulté cette communication. Je décide donc de me rapprocher de l'infirmière qui se trouve elle aussi en difficulté.

Plus tard dans la matinée, j'accompagne l'aide-soignante pour proposer des soins d'hygiène de monsieur R.

Je m'aperçois que le patient est très contracté et inquiet, se montrant non-coopérant et avec un regard abattu.

Son visage est fermé, je ressens de l'angoisse dans sa façon de s'exprimer. Sa respiration est rapide et courte, elle ressemble à une tachypnée. Il finit par refuser le soin et l'aide-soignante dans le respect de sa volonté, renonce aussitôt.

Plus tard, l'infirmière doit lui faire un prélèvement sanguin, l'aide-soignante maintient fermement le bras de Monsieur R. Il est toujours aussi crispé et tendu. Je le sens épuisé de se débattre. Il supplie qu'on lui retire la contention. Observant cette situation, je m'éclipse afin de trouver une personne qui pourrait nous venir en aide pour traduire le dialogue en français et en arabe. Je n'ai trouvé personne qui puisse faire l'interprète entre monsieur R et nous.

A ce moment-là, je me suis dit que mon téléphone portable, m'aurait bien aidé pour communiquer avec lui via, « *google traduction* ». J'en fais part à l'infirmière qui me répond qu'on repassera le plus tard le voir, « *il est beaucoup trop anxieux* ». J'ai eu, alors ce sentiment de frustration, d'impuissance et de honte de ne pas pouvoir répondre à son besoin.

Aux vues de son épuisement et de la situation anxiogène autant pour le patient que pour équipe, j'ai proposé à l'infirmière de réévaluer la nécessité de la contention. Elle a émis des doutes et semblait hésiter. De plus, la charge de travail prenait le dessus, il fallait avancer le tour et ne pas léser les autres patients. Lors de la visite avec le médecin, l'infirmière aborde la situation et le comportement de monsieur R. Le médecin enlève immédiatement la prescription de contention.

L'infirmière et moi-même, nous nous sommes rendues dans sa chambre afin de lui retirer la contention, avec une légère appréhension. Dès lors, l'ablation de celle-ci, monsieur R semblait plus apaisé tout en étant démontant de la méfiance et de la crainte vis-à-vis de l'équipe soignante. Vers 11h30, son épouse vient lui rendre visite. Je constate instantanément dans le regard de monsieur R un apaisement, celui que j'ai vu dans ses yeux le jour de son admission. Sa respiration s'est ralentie et était plus ample. Nous racontons à son épouse les faits venant de se passer, elle non plus ne reconnaît pas son époux à partir de la description faite. Elle n'a pas compris la mise en place de la contention. Les larmes lui montent, elle semble émue et en colère, à la fois, disant « *se sentir trahie et déçue par la prise en charge de son mari* ».

Dans les propos de monsieur, apparaît la peur d'être contentonné une nouvelle fois. Avec l'infirmière nous expliquons à son épouse que la contention est une prescription médicale et que celle-ci vient d'être enlevée par le médecin. Son épouse demande à rester auprès de son mari tant le jour que la nuit. Le cadre du service accède favorablement à sa demande. Un lit d'appoint est installé dans la chambre. Cela a contribué au bon déroulement de l'hospitalisation de son mari. L'équipe n'a plus été confronté au comportement agressif du patient.

2.2 Questionnement

Le fait d'avoir assisté à cette situation concernant la contention physique, l'évaluation entre la soignante de nuit et moi-même m'a fait réfléchir.

A ce moment-là et aux vues de l'interprétation des informations quant à la mise en place de la contention, je me suis demandé quels étaient les critères de sa mise en place ?

Est-ce que le fait de prendre du temps pour comprendre cette agitation et cette opposition aux soins, n'aurait-il pas suffi à éviter la contention ?

Lors des transmissions, l'infirmière parle de la contention physique, elle explique que la présence de plusieurs soignants provenant de services différents a été nécessaire afin de mettre en place la contention. Le fait de demander la présence de soignants supplémentaires laisse entendre la difficulté de la prise en soins.

Le récit m'interpelle, puis me laisse entendre que le patient s'est débattu car ils n'étaient pas à son écoute. Dans un cas comme celui-ci, qui a évalué l'état d'agitation du patient pour requérir à une mise en place d'une contention ? L'écart de raisonnement clinique des professionnels des santés dans une équipe peut être importante. Chaque soignant n'a pas la même façon de prendre en soins ses patients.

Je me suis demandé s'il existait d'autres alternatives qui auraient été adaptée à la situation de monsieur R. Je me suis interrogée du fait que dans son dossier médical apparaît un épisode dépressif, et que cela n'a pas contribué aux faits que l'équipe ait jugé nécessaire qu'il soit contentonné ?

Est-ce que cette hospitalisation en psychiatrie aura eu une influence sur les aprioris de l'équipe ?

Et si c'est le cas ne serait-ce pas un jugement hâtif. En effet il me semble qu'un épisode dépressif isoler et surtout après une épreuve difficile (décès d'un enfant) ne fait pas de monsieur R un patient chronique psychiatrique.

Prendre le temps de comprendre son agitation en tenant compte de nos difficultés à communiquer et en essayant de réfléchir sur les motifs de son comportement, me semble être la première des choses à entreprendre avant de contacter le médecin. Cela aurait été une alternative à la contention. D'autant plus, que les angoisses et l'anxiété peuvent se majorer la nuit chez certaines personnes.

En se mettant à la place de monsieur R, on peut comprendre que l'entrave due à la contention sans la comprendre puisse mener à avoir une conduite agressive. On peut supposer que monsieur R ne maîtrisant pas le français s'est trouvé dans une situation désagréable, sa conduite brutale a peut-être renforcer les appropriés et/ou rejets des soignants qui ont pu interprétés cela comme une violence comme injustifiée.

On peut s'interroger quant à la légitimité de la barrière de la langue, pour se dispenser de lui expliquer les soins prodigués.

Il serait donc justifié que monsieur R perde sa confiance envers l'équipe soignante et ainsi montre une certaine opposition. La mise en place d'une contention n'est pas anodine car elle peut provoquer de graves répercussions sur le vécu du patient. En effet la contention est un soin qui doit être pratiquée selon les règles de bonne pratique.

Sa mise en place est légiférée par le code de déontologie. Elle reste un soin à risque et pas sans effets indésirables. Dans le cas de monsieur R était t- elle judicieuse ?

Dans cette situation-là, la contention n'est-elle pas mise en place en tant que qualité de soins pour le soignant ? L'utilisation de la contention physique dans cette situation a été jugée nécessaire par l'équipe soignante de nuit puisque le patient se mettait indirectement en danger en s'opposant aux soins.

Le lendemain, le patient ne semblait pas avoir été informé et surtout de ne pas avoir compris la raison de cette contention. N'ayant pas compris la raison de cette contention, on peut se demander comment le patient a-t-il pu donner son consentement pour les soins précédents ?

Le fait de la mettre en place n'est-ce pas une entrave aux libertés du patient ? Pour limiter le temps de contention le médecin et les soignants sont appelés à réévaluer la nécessité de la laisser en place.

L'observation clinique, l'évolution du comportement, des protocoles concernant la contention ne sont-ils pas des outils de réévaluation ? On peut se demander, si son épouse n'avait pas été auprès de lui les jours et nuits suivantes, comment l'équipe aurait géré l'agressivité de monsieur R ? N'aurait-il pas fallu porter un regard différent sur la situation ? Je me suis interrogé sur l'angoisse éprouvée par les patients contentionnés car elle enlève la liberté de mouvement.

Comment le jugement de l'équipe soignante peut-il être impacté par la barrière de la langue ? Le soignant a-t-il un moyen précis acquis durant sa formation ou est-ce l'expérience qui a forgé son expertise et qui lui permet d'évaluer au mieux chaque situation ?

3 Question de départ

À la suite de cette situation et à tous ces questionnements, différents axes de réflexions me sont apparus, autour de l'évaluation infirmière, autour de la contention.

Ainsi que d'une autre part autour des troubles de la communication avec son impact sur la prise en charge du patient. Également l'impact de la contention physique sur la relation soignant-soigné. « *En quoi l'évaluation infirmière intervient lors de la mise en place d'une contention ?* » « *La contention n'est-elle pas mise en place afin de faciliter la prise en charge pour les soignants ?* » « *Les troubles de la communication impacte-t-il la prise en charge du patient ?* » « *L'impact de la contention physique sur la relation soignant-soigné* ».

Je n'ai pas fait le choix de m'orienter sur ces différents axes de travaux car j'avais des craintes que ça m'emmène sur des jugements de valeurs, ou bien sur des réponses, ce qui n'est pas d'objet ce travail. J'ai choisi d'explorer comme question de départ pour mon mémoire de fin d'études :

« La contention physique : dans quelle mesure serait-ce une alternative à la relation soignant-soigné chez un patient atteint de trouble de la communication ».

Pour ce travail, j'ai eu l'opportunité d'avoir plusieurs axes de recherche pour ouvrir mon travail, j'ai fait le choix d'orienter mon travail vers le relationnel auprès du patient ayant des troubles de la communication, sans me focaliser sur la barrière de la langue.

La conclusion de ce questionnement sera mise en avant via différents axes de travaux.

Dans la première partie, sera développé le terme principale exposé dans ma question d'appel « *la contention physique* ».

Après avoir détaillé le terme de la « *contention* », nous verrons les concepts de la « *relation soignant-soigné* », ainsi que la « *communication* ». Ces trois concepts sont des points clés de ma question de départ.

4 Cadre de référence

4.1 La contention

4.1.1 Définition

Dans un premier temps, il semble important de définir le terme de contention.

Du latin « *continere* » qui signifie « *maintenir ensemble* » et de *contentio* qui veut dire « *lutte* ». Je me suis ensuite dirigée vers un dictionnaire de médecine Flammarion : « *Ensemble de moyens orthopédiques ou chirurgicaux destiné à immobiliser un membre ou segment de membre.* ».

Afin de pouvoir comparer « *la contention* » sur un point de vue littéraire et d'un point de vue plus générale, j'ai également recherché une définition dans un dictionnaire « *universalis* », qui décrit une contention comme « *en médecine, immobilisation d'un malade, d'un animal, pour mieux le soigner* ». De plus grâce à ces définitions, il semblerait qu'il en résulte que cette technique est couramment utilisée afin de maintenir ou d'immobiliser momentanément une partie du corps visant à limiter la personne dans ses mouvements et ses déplacements ceci dans le but de soigner ou de rééduquer.

La contention « *passive* », est synonyme de la notion « *d'entrave* ».

Dans le latin « *constringere* » signifie « *serrer* » : entravé, l'opposé de « *liberté* ».

Myriam Ackermann insiste sur l'intervention du soignant : « *L'ensemble des moyens physiques visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessite l'aide d'un tiers pour être enlevés.* » (Ackermann M, 2012)

Puisque la contention est une privation de liberté, le soignant peut incarner une posture de « *toute puissante* ».

C'est pourquoi cette démarche est encadrée d'un point de vue législatif et donc la décision d'immobiliser un patient doit être soumise à une décision médicale et mis en place qu'en ultime recours.

Prendre la décision de mettre en place une contention sans prescription médicale, signifie que le ou les auteurs commettent une erreur et engagent leurs responsabilités.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation pour la Santé (ANAES) précise que : « *Pour chaque patient le bénéfice /risque de la contention est évalué, les objectifs sont inscrits dans le dossier du patient, un programme individualisé de surveillance ainsi que de prévention des risques liés à la contention est mise en place.* ».

Dans le cas de Monsieur R, la contention était bien prescrite, donc c'est bien un médecin qui a jugé la nécessité d'y recourir. Rappelons que celle-ci doit être mis en place qu'en ultime recours.

Dans le document nommé « *limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* », en 2000, l'ANAES, aujourd'hui nommée la Haute Autorité de Santé (HAS) décrit trois notions de contentions physiques.

La **contention active** est « *réalisée le plus souvent par un masseur-kinésithérapeute qui prépare à la verticalisation après une période d'alitement prolongée* ».

La **contention posturale** « *participe au maintien d'une attitude corrigée dans le cadre d'un traitement rééducatif* ».

La **contention physique passive** « *se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* ».

Ces définitions nous font réaliser que le but premier est la sécurité de la personne. Ce document nous montre plusieurs techniques de contentions et que les plus utilisés sont : « *Les gilets, sangles thoraciques, ceintures, les attaches, et les sièges avec adaptable fixé, les barrières de lit* ».

Généralement, la contention physique est définie comme « *l'immobilisation physique d'une personne* », ce qui peut rendre difficile le développement d'une relation avec le patient.

Le patient n'est plus en capacités physique et psychique.

Finalement, toutes ces définitions m'ont permis d'avoir deux regards bien différents.

L'un qui met l'accent sur le fait que le patient est à la merci du soignant, et en posture de vulnérabilité. Ce pouvoir, inégale qui m'interroge, fait référence à ma situation d'appel.

L'autre, un soignant, en posture de vulnérabilité qui lorsque toutes les alternatives mis en amont ne fonctionnent pas, dans le but de réaliser des soins ou de mettre en sécurité le patient.

4.1.2 Cadre législatif

J'ai fait le choix d'évoquer le cadre législatif car je voulais mettre en avant l'aspect règlementaire de la contention.

En France, la contention physique relève obligatoirement de la prescription médicale.

Le rapport de l'ANAES divulgue en 2000, la mise sous contention doit être obligatoirement accompagnée d'une « *prescription médicale motivée, écrite, horodatée, précisant les motifs, la durée et les risques. En cas d'absence du médecin et dans une situation d'urgence, elle peut être faite après coup, et confirmée et validée au plus vite. La durée de validité est de 24 heures au-delà desquelles une évaluation de l'état clinique du patient ainsi que de l'efficacité de la contention est à faire* ». (ANAES, 2000)

Toutefois, ils nous démontrent bien que ce sont les infirmières qui sont au premier front pour la mise d'une contention à un patient.

Les recommandations stipulent que la décision de placer un patient sous contention physique doit au préalable faire l'objet d'un débat en équipe pluridisciplinaire et doit obligatoirement être encadrée d'une prescription médicale.

En cas d'urgence absolue et si le médecin est absent, l'infirmière a la possibilité d'utiliser la contention physique selon un protocole fait à l'avance. L'infirmière est dans l'obligation de faire le signalement le plus rapidement possible au prescripteur et afin d'avoir son aval dans les plus brefs délais. Dans ce cas, l'ordonnance doit être impérativement établie « *après coup* ».

Le cadre législatif régit ce concept, car le droit du patient de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, est la première loi qui permet au patient de prendre des décisions, concernant sa santé et l'obligation des soignants de créer toutes les conditions pour éclairer ces décisions.

Afin de réglementer ces pratiques, il existe plusieurs textes de Loi du 4 mars 2002 qui assurent la protection des droits en termes de liberté individuelle, soins, sécurité, informations, consentement et dignité. Le législateur va encadrer la prescription médicale.

La loi Kouchner, est la loi du patient, le droit des malades, la qualité des soins qui replace le patient au centre et comme étant acteur de sa santé, sont incluses également des notions de consentement, d'information.

Revenons au cas de Monsieur R, il est bel et bien dans son droit de refus tous soins, la contention étant considérée comme un soin, c'est le droit du patient de la refuser.

En ce qui concerne, les **demandes des patients, de retirer les contentions**, la Loi du 4 mars 2002 : relative aux droits des malades, titre II, chapitre Ier, droit de la personne dit que dans Art. L. 1110-5 que : *« Toute personne a, le droit de recevoir les soins les plus appropriés, qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire », « ainsi que ces actions ne doivent pas lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».*

Ainsi que les articles L. 1111-2 et L.1111-4 met en avant le **droit à l'information** : *« Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Ces informations appartiennent à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules une situation d'urgence peut l'en dispenser ».*

« Le médecin doit respecter la volonté du patient après l'avoir informée des conséquences. Si la volonté de la personne de refuser un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins ».

Dans le cas de monsieur R, l'information du soin a été biaisée dû aux difficultés de la communication et compréhension.

Dans la Charte de la personne hospitalisée, sont mentionnées les notions d'informations données au patient, de consentement ainsi que du droit à refuser les soins.

C'est pour cela qu'il existe des protocoles, ainsi que des textes lois ont dû être mit en place pour ne pas dépasser les limites des droits fondamentaux. Afin que ce dispositif ne soit pas utilisé de façon excessive et abusive.

Les mêmes directives s'appliquent aux professionnels de tous les établissements publics ou privés.

Malgré ces lois mise en place, on s'aperçoit qu'il y a encore des pratiques professionnels qui ne sont pas toujours appropriées.

Dans un contexte de contention prescrite, « *l'infirmière est habilitée à pratiquer l'action suivante soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin* ». (Article R4311-7)

Concernant le rôle propre de l'infirmière, l'article Art R4311-5 met en exergue la contention physique au niveau des complications éventuels : « *Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* ».

Dans une situation prescrite, l'Art R4311-7 12 dit que « *l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* ».

Au-vue de l'article R4311-9 6, l'infirmière est autorisée à la « *Pose de dispositifs d'immobilisation* », mais « *à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* ».

Ainsi, la mise en place de contentions et son ablation ne sont pas envisageables pour les infirmières dans le cadre de leur propre rôle. Comme nous le savons la contention est soumise à prescription médicale, donc un rôle prescrit. D'autre part, ils peuvent participer aux débats d'équipe sur les décisions de mise en place.

4.1.3 L'impact de la contention physique sur le patient

Concernant la contention physique et leurs risques, directement lié à ma question de recherche, il est important de savoir les différents risques de ce soin. Plusieurs articles citent les risques graves d'être contenu.

Effectivement, certaines contentions ont entraîné la mort du patient, notamment par suffocation. Ils sont également source de dégénérescence **psychologique** (désorientation, syndrome de glissement) et **physique** (escarres, dénutrition), c'est pourquoi les contentions ne peuvent pas être décidées avec légèreté et doivent être expliquées au soigné et également à sa famille.

Dans un point de vue psychologique, selon Bernard Pradines ancien gériatre, écrit « *le choix de la contention physique : entre les liens du soin et le lieu de soin* » ». (Pradines B, 2002)

Dans l'ouvrage de Margot Phaneuf, elle explique que « *l'humiliation et le sentiment d'impuissance qui s'en suivent stressent le patient, accroît sa confusion et constituent un risque accru d'accident.* » (Phaneuf M, 2007)

Ces entraves posent un problème « *éthique* » puisqu'elles sont en contraction avec leurs bien-être et au maintien de l'autonomie que visent tous les professionnels de santé. (Phaneuf M, 2007, P 52)

La mise en place de la contention physique engendre des troubles émotionnels, qui peuvent être : « *de la colère, une perte de la dignité et de l'autonomie, une baisse de l'estime de soi* ». (Ordre des infirmiers de l'ontario, 2006)

Monsieur R présentait vraisemblablement toutes ces émotions. Au regard de la situation de mon point de vue, j'ai été confrontée à ce stress et également à ces émotions, la colère était davantage exprimée.

Selon Margot Phaneuf, elle explique, que « *la mobilité réduite par des contentions augmente l'incontinence et induit des comportements d'agitation, ce qui peut engendrer des blessures par des frottements dues aux attaches* ». (Phaneuf M, 2007)

Les contentions ont parfois une fin tragique lorsque le soigné essaye de se d'attacher. Des cas d'asphyxie et de strangulation ont été notamment signalés voir le décès du patient.

Tout compte fait, la contention peut être perçu comme déshumanisante, ce qui peut causer un état dépressif. Tous ces aspects sont vécus comme des traumatismes par le patient contenu.

« *En réalité c'est nous, les soignants, que nous rassurons, alors que les contentions constituent en elles-mêmes des dangers bien réels* », d'après l'ouvrage de Margot Phaneuf. (Phaneuf M, 2007, P 52). La contention physique à des conséquences aussi bien au niveau physique que psychique

Maintenant que je vous ai détailler la notion de « *contention* » je vais vous aborder le concept de la « *relation soignant-soigné* ».

4.2 La relation soignant-soigné

4.2.1 Définition

La relation selon le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelle et Lexicales), il s'agit d'un « *rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque* ». (Dictionnaire des concepts en science infirmières, octobre 2020)

Pour les auteurs de l'ouvrage, "le métier d'infirmiers en France", « *La relation commence par l'observation, l'écoute : l'infirmière, qui a une bonne connaissance d'elle-même, de sa fonction, de certains concepts théoriques sur lesquels s'appuie sa pratique prendra soin de la personne. C'est-à-dire d'accompagner, d'aider à se prendre elle-même en charge. L'action de l'infirmière porte sur la personne et son environnement afin de l'aider à identifier ce qui pose problème et à utiliser ses ressources internes. L'infirmière tente de trouver les réponses satisfaisantes en facilitant l'expression du vécu de la personne soignée, dans le cadre de la démarche de soins, ou de l'alliance thérapeutique* ». (Dubois Fresney C & Perrin G, 2009).

Pour entrer en relation, les infirmières utilisent plusieurs moyens tels que l'observation, l'écoute ainsi tout ce qui est autour du patient afin de pouvoir répondre au mieux au besoin de celui-ci.

Dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières la relation soignant-soigné est exposée par « *Une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soigné et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience.* » dictionnaire des concepts en sciences infirmières, 2009, P 348)

La relation est décrite comme une « *rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* », selon Alexandre Manoukian. (Manoukian A, 2008, p 9-10).

Il nous explique également que la relation se joue sur d'autres agents factoriels tel que : la psychologiques, sociaux, physiques.

Cette définition, nous permet de dire que la relation peut changer en fonction de chaque individu, elle n'est pas la même pour tout le monde, même au sein d'une relation chaque individu la vivra différemment.

La relation semble être un phénomène épineux à comprendre, en effet au-delà du fait qu'elle soit vécue différemment et de façon individuelle, elle repose également sur des éléments extérieurs. En fonction du contexte, des facteurs environnants, elle sera aléatoire.

Le dictionnaire des soins infirmiers définit la relation soignant-soigné comme « *un lien existant entre deux personnes ayant une position différente, la personne soignée et le professionnel de santé.* » (Dictionnaire des soins infirmiers définit la relation soignant-soigné, 2009, P334)

« Cette relation nécessite trois attitudes :

- *Engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments*
- *Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu*
- *Un minimum de disponibilité* » (dictionnaire des soins infirmiers définit la relation soignant-soigné, 2009, P334)

La relation soignant-soigné a pour finalité d'aider la personne soignée afin que le sujet puisse retrouver son autonomie. Elle permet de distinguer les demandes de la personne et d'analyser les interactions. Cette définition, nous explique que le rôle du soignant est de prendre soin du patient.

D'après Massebeuf et Manoukian : « *les raisons ou objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné* » (Manoukian & Massebeuf, 1995, p. 7).

Ils expliquent qu'une relation ne se forme pas obligatoirement lors d'une communication verbale, mais de préférence autour d'un certain nombre d'éléments, tels nos expressions faciales, que nos gestes, notre tenu, etc. La complexité des relations vient du fait que l'émotion et les inconscients sont des éléments centraux.

D'après le dictionnaire des sciences infirmières l'affect est défini « *chez l'Homme comme une disposition affective primaire plus ou moins contrôlée par des charges émotionnelles.*

Cet état émotionnel peut être soit agréable soit désagréable, qui peut s'exprimer sous plusieurs formes. D'ailleurs cette relation dépend de sa conjoncture, à partir duquel cette personne qui converse avec une autre trouvera le sens à cet échange.

Selon Jacques Chalifour, « *la nature de la relation soignant-soigné se réalise dans sa totalité, c'est-à-dire que c'est au travers de la qualité des rapports que la personne soignée entretient également avec elle-même, comme ses échanges avec son environnement* ». (Chalifour J, 1998)

« *La personne doit être perçue en tant qu'unité, relation processus, interactions, liberté et créativité* ». (Blattner B)

Cette approche holistique implique que les infirmières doivent utiliser leurs qualités humaines dans la pratique des soins infirmiers, comme dit Carl Rogers « *Plus le client (personne soignée) voit le thérapeute un être vrai ou authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s'éloignera d'un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible et impersonnel, et plus il se dirigera vers une sorte de fonctionnement marqué par une expérience fluide, changeant et pleinement acceptante de sentiments personnels nuancés. Il résulte de ce mouvement une évolution de la personnalité et du comportement dans le sens de la santé et de la maturité psychique et de rapports plus réalistes* » (Roger C).

Selon le Dictionnaire des concepts en sciences infirmières de Paillard, 2018, p. 349)

Cependant, Louis Malabeuf décrit plusieurs stades de relation de soin :

- « *La relation fonctionnelle* » : Cette relation a un but précis. C'est une étape où le soignant peut recueillir des informations sur le patient afin de mieux le connaître pour adapter sa prise en charge. C'est le type de relation qui est nécessaire lors d'un entretien d'accueil.
- « *La relation d'aide thérapeutique* » : qui s'installe par l'instauration d'un climat de confiance. La relation d'aide permet au soignant d'aller mieux en l'encourageant. C'est un soin relationnel.

- « *La relation de civilité* » : qui se caractérise par une relation pour la forme. Dans la relation soignant-soigné, cette relation est définie par une interaction sociale (gentillesse, courtoisie...). Il s'agit d'une relation simple et un échange respectueux.
- « *La relation de réassurance* » : qui s'exprime par le biais d'une écoute attentive accru. Cette relation a un but empathique. L'empathie a comme implication une compréhension des émotions et des ressentis de l'autre (le patient) sans pour autant les ressentir soi-même. Elle s'oppose à la sympathie et à l'antipathie. (Malabeuf L, 1992)

Concernant Monsieur R, la relation soignant-soigné, était présente au début de sa prise en charge lorsque nous pouvions échanger et nous comprendre par l'intermédiaire de son épouse. Nous étions dans une relation de civilité, celle-ci s'est dégradée lors du changement d'équipe.

En effet, même si l'infirmière et moi-même essayons de tout mettre en œuvre afin que Monsieur R se sente compris malgré notre incompréhension mutuelle. Sa posture et ces émotions, nous laisse sous-entendre qu'une relation se met place.

Cette relation nous permet d'être au plus près du patient, de lui apporter du réconfort. Elle touche à tous les aspects de la communication et mise sur le respect et l'écoute pour accompagner les patients dans leur souffrance.

Elle ne peut se construire sans une relation de confiance. Le patient peut exprimer ses peurs, ses angoisses et ses difficultés comme Monsieur R l'a fait avec moi, et il pourra d'avantage les surmonter. Cette relation est essentielle à la prise en charge des patients.

4.2.2 La relation de confiance

D'après le dictionnaire de l'Académie française de 2021, la confiance est « *espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de loyauté d'autrui* ». La confiance assure la sécurité.

Hildegarde Peplau stipule quatre étapes dans une relation de confiance entre le professionnel et le patient :

- « Une étape d'orientation : chacun personne se présente et recherche contact et la sécurité.
- Une étape de mise à l'épreuve : le patient cherche à travers les limites de la confiance qu'il peut avoir le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation.
- Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est
- Une étape de fin de relation : chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, fait la conclusion de la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes ». (Hildegarde Peplau E, 1952 selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières : Paillard, C édition, 2018, p. 346.)

D'après le dictionnaire en ligne Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit la confiance comme « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part une trahison* ».

Or dans notre situation le patient est en posture de vulnérabilité ce qui altère la relation de confiance. C'est précisément parce que le patient fait confiance au soignant et se confie à lui qu'il accepte les soins.

De plus selon Phanuel, la confiance est : « *la volonté délibérée d'être vulnérable aux actions d'une partie fondée sur l'espérance que celle-ci accomplira une action importante pour la partie qui accorde sa confiance* » (Phanuel & Hamon-Mekki, 2013).

La confiance dans la relation n'est donc pas toujours en corrélation avec la qualité des soins. Habituellement, elle prend place car les explications sont faciles à comprendre et la posture du soignant est bienveillante.

La maladie et la gravité de celle-ci, doivent également être pris en compte, car cela engendre la vulnérabilité du patient.

En soins infirmiers, les relations de confiance sont essentielles, sans confiance, il ne peut y avoir de soins car les patients refuseront tout soin médical.

Selon Roger, « *une relation de confiance est cruciale pour une bonne alliance thérapeutique, permet au patient de percevoir la capacité d'empathie du soignant, ce qui est une preuve d'un travail thérapeutique compétent* ». (Roger C, 2015)

Cependant, si les professionnels ne tiennent pas compte des choix et des décisions des patients, il est difficile d'établir une relation de confiance où les patients se sentent complètement insécure face à eux.

Laurence Lagarde-Piron explique l'interdépendance qui existe entre le soin, la confiance, et la relation avec le patient. Avec certitude, selon elle, il ne peut y avoir de care sans confiance.

« *La relation, la bienveillance et la confiance sont étroitement liées : la bienveillance ne peut exister sans relation, et la relation ne peut exister sans confiance. Donc si ça n'a pas d'importance, les infirmières peuvent essayer de persuader les patients d'accepter et de participer aux soins, mais si elles ne veulent pas entendre les patients à leur tour, leurs efforts seront inutiles* ». (Lagarde-Piron L, 2016)

4.2.3 L'impact de la contention sur la relation soignant-soigné

Selon Matthieu Guyomard, infirmier en psychiatrie, co-auteur du document intitulé « *Réflexion éthique autour de l'usage de la contention chez les personnes âgées* », (Guyomard, M) : un échec de la relation soignant-soigné, peut ajouter d'autres freins pour les professionnels à pratiquer ce soin.

La contention est un moyen qui a un retentissement sur la liberté et la dignité des soignés, lorsque celle-ci est mis en place, il y a une certaine forme de violence pour canaliser le patient. Cela peut engendrer pour le patient un traumatisme, ainsi qu'une méfiance face aux soignants, ce qui peut entraîner une relation de confiance inexistante.

Pour les soignants cela peut procurer un sentiment d'échec dans la relation soignant- soigné. D'autant plus que la contention physique est souvent associée aux traitements, dont une contention psychique.

La contention peut également rétablir le lien dans la relation soignant-soigné, car elle rétablit un côté sécurisant pour le patient car elle le protège de lui-même.

La contention n'est pas quelque chose de plaisant pour les soignants et cela doit rester une mesure exceptionnelle, quand toutes les autres alternatives n'ont pas abouti. Elle ne doit pas faire l'objet d'une utilisation par manque de moyens ou par facilité.

C'est un recours ultime mais parfois essentiel, quand tout a été essayé, en vain. Comme le précise la législation qui encadre cette pratique.

Enfin, des études démontrent son inefficacité sur la prévention des chutes et son caractère traumatisant pour le soigné.

Dans le rapport de l'ANAES « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* » d'octobre 2000 est attesté qu'il y a un accroissement de l'emploi de ce dispositif.

Il démontre également que ce n'est pas sans conséquence tant du plan physique que psychologiques pour les soignés comme les soignants.

Dans la situation de Monsieur R, l'infirmière semblait ressentir une certaine inquiétude sur ce fameux changement de comportement.

On s'interrogeait quels sont les impacts de la mise en place d'une contention physique, au niveau des bénéfices et des effets délétères sur le patient.

4.3 La communication

4.3.1 Définition

La notion de communication vient du latin « *communicare* », qui signifie mettre en commun.

D'après le dictionnaire du Larousse on peut attribuer plusieurs définitions à la communication : « *Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose* », « *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* », « *Action de mettre en relation, en liaison, en contact, des choses* ». (Larousse, en ligne)

La communication est donc un élément fondamental de la relation.

« Un bon professionnel en communication est au fond celui qui sait être à l'écoute d'une écoute. Tout l'art est dans la capacité d'attention à l'attention de l'autre. » (Breton, 1998, p. 153)

La communication est rendue possible par la parole. La parole permet à chaque individu de s'exprimer. Parler aux patients c'est entrer en relation avec eux et cette relation s'appuie de manière constante sur les interactions entre ces deux personnes.

La parole devient « libre » dans le monde du soin. En effet, cette méthode permet de soulager les patients en se mettant à l'écoute active des patients qui viennent se confier. Le patient qui parle ne sera pas jugé par le professionnel.

Tous les détails ont un sens : le silence, le refus de parler, les émotions exprimer en même temps que la parole. Les pleurs apportent une précision au discours du patient. Freud ne démord pas pour dire qu'il n'y a de cure que par la parole.

Le mot « cure », étymologiquement provient du latin « cura » qui veut dire « soin » d'après le dictionnaire en ligne Trésor de la Langue Française.

D'après par Freud, la parole est la base de tout soin, donc sans parole on ne peut prétendre à soigner.

La communication permet un « échange d'informations, elle me semble être la base de toute la profession. En effet, sans communication, la relation entre le soignant et le patient ne pourra naître. Ainsi, pour prétendre à communiquer il faut qu'au moins deux personnes aient la volonté d'avoir un échange ». (Sigmund, F)

« La prise en charge du patient ne peut se réaliser ni correctement, ni totalement. », en ayant un défaut de communication, selon Valérie Paule Roman-Ramos (Paule Roman-Ramos V, 2008)

D'une autre part, la communication doit être dans le respect autant pour le patient que pour le soignant, accompagner d'une écoute bienveillante.

Il est donc important de s'adapter à celui à qui on s'adresse et d'employer les mêmes mots que le sujet, puisse laisser place à une communication efficace.

4.3.2 Altération de la communication

Selon le dictionnaire des concepts infirmiers, dit que l'altération de communication est une *« modification apportée à l'état d'une chose. D'une modification des traits sous l'influence des émotions. Inaptitude ou difficulté, de façon momentanée ou définitive à utiliser ou à comprendre le langage dans les réactions interpersonnelles »*. (Quille A, 1948)

D'autres formes de communication peuvent alors palier aux échanges verbaux.

Des formes complexes d'altération peuvent conduire les soignants à développer des stratégies de communication, par exemple avec les personnes atteintes d'autismes ou de démence ou encore avec des personnes dans le coma.

La barrière linguistique altère la communication verbale, car il y a une incompréhension mutuelle entre les éventuels interlocuteurs. Si les deux personnes ne conversent pas la même langue, il y a donc présence d'une altération de la communication, ils peuvent se sentir tous deux étrangers et impuissants.

D'après les écrits de Mitra Khosravi, *« la parole n'est pas le seul moyen qu'ont deux personnes pour communiquer. La communication non verbale dont la communication paraverbale (qui accompagne la parole, notamment les gestes) représentent une part importante de la communication entre deux personnes »*. (Mitra Khosravi, 2011)

« La communication non verbale s'acquiert très tôt, elle est en général spontanée et souvent en dehors de la conscience. Elle utilise peu de ressources cognitives. On peut aussi penser qu'elle resterait présente même à des stades avancés de la maladie d'Alzheimer. » (Schiatura, 2010, p. 183).

Il est important d'être sensible au non-dit, et aux échanges de regards. Parfois il y a une communication verbale ou non verbale qui s'égare comme les mimiques, postures.

J'ai pu remarquer qu'au plus les capacités cognitives sont atteintes, et au plus il y a une sensibilité aux comportements non verbaux, notamment aux expressions faciales.

« Comprendre l'importance de la communication non verbale, la détecter et y répondre est un facteur basique de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes démentes, surtout ceux dont la démence est associée à des troubles du langage, comme c'est le cas des malades d'Alzheimer. » (Mitra Khosravi, 2011)

Les professionnels de santé peuvent utiliser les cinq sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, de la voix et du toucher pour interagir avec les patients.

« Toutes les personnes malades ne sont pas en mesure d'utiliser la communication verbale et l'infirmière devra s'adapter à la singularité de chaque situation par l'écoute et l'observation ». (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs).

- Le toucher : pour recevoir et transmettre l'information, le toucher peut être instrumental (comme donner des soins), thérapeutique (pour aider, guérir) ou affectif (vécu comme un signe de reconnaissance, d'intérêt)
- Le regard : le premier regard détermine la poursuite des échanges. Sans rester dans l'observation, le regard confirme la marque d'intérêt que l'on accorde à l'autre.
- L'odorat : peut s'avérer utile pour stimuler les personnes soignées et les maintenir dans la réalité.
- L'écoute active
- Les silences

C'était par exemple le cas avec Monsieur R, chez qui la barrière de la langue rendait la communication verbale difficile. La communication se base donc principalement sur le non verbal et le verbal : gestes, mimiques, regard, postures, distances, mouvements, toucher, attitude, sourire...

Le non-verbal joue un rôle essentiel lors de la communication, il dit tout ce que l'autre essaye de cacher.

Pour Jeanine Beaudichon, il existe trois types de comportements non verbaux :

- *« Les manifestations dont ne prend conscience non ou ni ? celui qui les produits, non ou ni ? celui qui est exposé. »*
- *Celles qui sont « émises de manière non intentionnelle mais sont perçue intentionnellement. »*
- *Puis celles qui « sont produites et reçues intentionnellement »* (Beaudichon J, 1999)

L'observation, en tant que soignant, est primordiale pour déceler le message du patient.

Dans le cas de monsieur R même s'il y a une incompréhension mutuelle de la langue française, la voix et l'intonation nous permettent de comprendre dans quel état est l'autre.

En outre, la communication non-verbale peut être consciente et inconsciente et permet de faire passer des émotions personnelles. Certains gestes peuvent exprimer leur état intérieur.

En soit la communication verbale et non verbale selon Alexandre Manoukian et Anne Massabeuf permet « *de pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d'informations qui formeront le sédiment de la relation soignant-soigné* » (Manoukian & Massebeuf, 1995).

A ce titre le soignant, il est primordial de faire attention au langage verbal en non-verbal afin qu'aucun message ne passe à l'as.

La parole donne un sens à ce que nous ressentons et à ce que nous voulons dire, et ce que nous appelons "non verbal". Ils peuvent se compléter ou, au contraire, se contredire. C'est pourquoi les soignants doivent être centrés vers le patient.

Jacques Chalifour a déclaré « *que différents contacts permettent aux soignants d'identifier l'intérêt qu'ils portent à recevoir ce message et de provoquer une réponse spécifique. Il s'agit de faire savoir aux patients ce qu'ils comprennent des messages qu'ils reçoivent et comment cela les affecte* ». (Chalifour J, 1998)

5 Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé

Pour appréhender au mieux ma recherche, j'ai choisi comme mode d'investigation un entretien semi directif.

D'après les enseignements reçus en Semestre 4, un entretien est considéré comme : « *Un outil de recueil de données, caractérisé par un espace-temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même* ». « *C'est une rencontre avec l'autre pour un recueil de sa parole* ».

Un entretien semi-directif est défini comme : « *Une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissance favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert 2010).

Cet outil semble être le plus approprié pour explorer ma question de départ, thématique pour ma recherche. Mais j'ai souhaité que cela soit un entretien semi-directif pour que la personne interviewée soit libre de parole et est fait le choix d'effectuer des entretiens sur la base de questions principalement ouvertes et semi directives.

Et ainsi réaliser 4 entretiens pour mon enquête, avec une durée moyenne de 20 min. L'entretien sera structuré par un guide d'entretien. Avec l'accord du professionnel de santé cette entretien sera enregistré, une fois ces entretiens terminés je les ai retranscrits puis analysés.

5.2 Population choisie

Pour l'enquête exploratrice je me suis m'entretenu auprès d'infirmières d'âge et l'expérience professionnels différentes J'ai choisi de m'entretenir avec 4 soignantes dans des services différents afin d'obtenir un large panel de réaction.

Je ne veux faire aucune restriction sur le sexe, l'âge ou les années d'expérience car cela n'a pas beaucoup de sens pour l'enquête que je veux mener.

5.3 Lieu d'investigation

J'ai choisi d'interroger des infirmières exercent toutes dans un service différent, afin de pouvoir constater un regard différent selon la spécialité du service.

Un service de psychiatrie car les soins psychiatriques sont avant tout perçus comme des soins dits « *relationnels* ». La relation soignant-soigné apparaît donc comme indispensable dans le parcours de soins.

Un service de médecine : Il est pour moi le service le plus diversifié. Les patients restent généralement une semaine, ce qui établit une relation soignant-soigné de qualité qui n'est ni superficielle comme aux urgences ni pérenne comme en gériatrie.

Interroger un infirmier travaillant en médecine me permettra d'avoir, je pense, des réponses générales auxquelles je pourrais faire facilement des comparaisons.

Une ULSD « *Unités de Soins de Longue Durée* » service de gériatrie où les patients séjournent généralement pendant de longues périodes, et une relation de confiance peut souvent être établie avec les résidents. A contrario, cela crée une chronicité où les soignants ne font plus vraiment attention à l'autonomie et au respect du consentement du patient. À ce titre, je me demande comment cela affectera la relation soignant-patient.

Un service de chirurgie : Le service de chirurgie me semble être le service hospitalier le plus polyvalent. Les patients restent généralement entre 3-5 jours selon leur intervention, ce qui établit une relation soignant-soigné de qualité. Si j'interroge n'importe quelle infirmière qui travaille en chirurgie, je pense que je pourrai obtenir une réponse générale avec laquelle je pourrais facilement comparer.

5.4 Guide de l'outil

Afin de pouvoir mener mon enquête exploratoire, j'ai posé diverses questions liées à différents concepts de mon cadre de référence. L'objectif de ces questions est de pouvoir obtenir des réponses à ma questions initiales par des infirmières pratiquant dans divers services.

Tout d'abord, j'ai choisi leur poser des questions générales, car cela peut-être faire émerger des éléments concernant l'analyse. J'ai décidé d'amener mon entretien avec une question inaugurale, pour pouvoir faire une analyse qualitative des données, j'ai fait le choix de recueillir le vécu du professionnel autour de cette notion qui est la contention.

Présentation du soignant :

Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmière ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

C'est quoi votre parcours professionnel ? Quel âge avez-vous ?

Question inaugurale :

J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de communication

Guide d'entretien :

- Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?

Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?

La mise d'une contention impact-t-elle la relation soignant-soigné ?

J'ai souhaité également poser des questions de relance avec différents mot clés de ma question de départ. Je souhaite tout d'abord poser des questions sur la relation soignant-soigné et également savoir s'il y avait eu un impact sur la relation soignant-soigné.

Ensuite, j'ai continué mon entretien en abordant le thème de la communication.

Enfin s'est conclu l'entretien par les questions relatives sur la contention.

Question de relance :

Détaillez-moi le contexte de la situation ?

Comment vous l'avez vécu ?

Comment ça s'est passé ?

Question de relance par thème :

J'ai ensuite terminé mon entretien par les questions relatives sur la contention : Comment percevez-vous la contention ?

Dans votre service avez-vous recours à la contention physique ?

Communication :

Vous arrive-t-il de prendre en charge des personnes soignées ayant des troubles de la communication ?

Comment évaluez-vous votre qualité de prise en charge lorsque le patient présente un trouble de la communication ?

Avez-vous à votre disposition, des outils, des ressources, afin de faire face à ce type de situation ? Si oui lesquels ?

Relation soignant-soigné :

-A votre avis le manque de communication influe-t-il sur la complexité de la relation soignant/soigné ?

Quelle place accordez-vous à la relation soignant-soigné dans votre pratique ?

5.5 Analyse

5.5.1 Présentation des professionnels interrogés

Les professionnels interrogés étaient toutes des infirmières entre 27 ans et 59 ans.

Leurs expériences variaient entre 7 mois et 38 ans.

Parmi les 4 infirmières, une seule à travailler en tant qu'aide-soignante.

Violette est la première infirmière interrogée, elle a 27 ans et elle est diplômée depuis 2017. Elle exerce en accueil crise fermée depuis 1 an et demi. Auparavant elle exerçait dans une unité pour malades difficiles (UMD).

Camélia est la deuxième infirmière interrogée, elle a 40 ans et elle est diplômée depuis 2022. Elle exerce en pneumologie depuis 7 mois. Dans sa fonction aide-soignante elle a travaillé dans plusieurs services, soins palliatifs, Soins de Suite et Réadaptation...

Rose et Iris sont deux infirmières interrogées en même temps, elles ont toutes les deux 27 ans. Rose est diplômée depuis 2021, elle n'a pas exercé dans d'autre service.

Iris est diplômée depuis 2016, elle a exercé en urologie avant d'arriver en traumatologie, il y a deux ans.

Lilas est la dernière infirmière interviewée, elle est âgée de 59 ans, elle est diplômée depuis 1985 soit 38 ans d'ancienneté. Elle a exercé en hématologie, urgence psychiatrique, en pneumologie, et en rééducation fonctionnelle. Elle exerce actuellement en unité de soins de longue durée depuis 20 ans.

5.5.2 Entretien par entretien

❖ Entretien n°1 :

Le premier entretien mené, a été fait auprès d'une infirmière en psychiatrie.

Lorsque je l'ai interrogé sur la contention physique et comment elle la percevait, c'est l'une des seules infirmières qui voit le cotés positif de ce dispositif et l'aspect thérapeutique de celle-ci.

« Je n'ai jamais vu ou vécu de contention abusive. La plupart des cas les soignants sont dans la bienveillance » (L. 170, P X). « C'est toujours quelques choses qu'on essaye de pas faire perdurer, c'est un soin, même si on essaye un maximum de l'éviter et de le limiter d'un point de vue temporelle » (L. 172 – 176, P X).

Elle explique que lorsque toutes les alternatives ont été mise en place et qu'ils ont échoué, les soignants sont dans une posture bienveillante. De plus elle explique que lorsque ce soin est mis en place, il ne perdure pas dans le temps, et, est repris avec le soigné afin qu'il soit compris par celui-ci.

Violette le voit comme un soin et elle est consciente que ce moyen est l'un de ces derniers recours avant la chambre d'isolement.

« J'ai toujours tendance à leur faire confiance pour qu'eux puisse me faire confiance aussi parce que ça ne peut pas aller dans un seul sens, sinon on ne peut pas faire soin » (L. 206 – 208, P XI - XII).

« Laurence Lagarde-Piron explique l'interdépendance qui existe entre le soin, la confiance, et la relation avec le patient. Avec certitude, selon elle, il ne peut y avoir de care sans confiance ». (Lagarde, L 2016)

Pour elle, la relation de confiance est primordiale avec ses patients, sans ça elle ne peut pas faire soin. Comme le souligne également Laurence Lagarde-Piron.

« Tu essayes de communiquer » (L. 81, P VII), « Si ce n'est pas possible, tu le ramènes en chambre, [...] Pour essayer qu'il puisse se poser » (L. 83, P VII), « Tu proposes un traitement, per os s'il ne veut pas le per os. C'est en injectable » (L. 84, P VII).

Quand je la questionne sur les éventuelles alternatives avant la mise sous contention physique, elle me dit essayer tout d'abord de communiquer avec le patient, de le raccompagner en

chambre de lui proposer un éventuel traitement par voie orale, si les propositions ne sont pas acceptées un traitement injectable sera alors administrer avant de mettre en place la contention physique.

La contention psychique est alors une pénultième solution avant la contention physique.

« J'ai remarqué que le tutoiement, ça aider un peu petit à communiquer, ou de les appeler par leur prénom » (L. 109, P VIII). « Peut-être de le faire dessiner, et essayer de comprendre, essayer de le rassurer, de lui expliquer avec des mots simples » (L. 167 – 168, P X).

Quand je lui demande quelles alternatives avez-vous lorsqu'un patient a des troubles de communication, elle m'explique que le tutoiement, la disponibilité, les mots simple, et le dessin peuvent aider à entretenir une communication.

❖ **Entretien n°2 :**

J'ai effectué mon second entretien auprès d'une infirmière qui travaille en pneumologie, elle me décrit une situation qu'elle a vécu dans son lieu de stage aux urgences.

Les principaux motifs de cette mise sous contention physique est le risque de chute et le risque de décès du patient, la notion de sécurité est alors mise en évidence.

Elle souligne également que le manque de personnel peut engendrer des difficultés afin d'y remédier.

« Il a un risque de chute et ils estiment qu'ils n'étaient pas assez nombreux » « elle désature et elle risque le décès ». (L. 21 – 24, P XIII).

Quand je la questionne sur la contention elle exprime de la déshumanisation envers le patient, et le manque de temps fait place à l'absence à une possible relation de soin. *« Je trouve ça deshumanisant ». (L. 119, P XVII).*

Lorsque nous abordons les éventuelles alternatives à la contention, elle met en avant la mise en place d'une contention psychique au lieu d'une contention physique. L'installation des barrières, mettre le lit au plus bas, ou bien de lever le patient au fauteuil sont des alternatives choisies car considéré comme moins traumatisantes.

« On met les barrières, c'est moins traumatisant, on met le lit au plus bas, on va lever le patient au fauteuil ». (L. 59 – 62, P XV).

Concernant les alternatives chez un patient ayant des troubles de la communication, elle énonce que la relation de confiance est primordiale pour faire soin.

La posture et le ton de la voix sont essentiels afin que la communication soit efficace. Quand bien même si le patient n'a pas exactement compris ce que le soignant a voulu lui dire, la notion de bienveillance est présente.

« *Voix douce, faut parler calmement, prendre la main vraiment* » (L. 112, P XVI).

Sans oublier la communication non verbale qui joue un rôle très important dans la communication. L'observation est importante afin d'identifier le message que l'autre nous renvoie.

Comme le dit si bien Mitra Khosravi, « *la parole n'est pas le seul moyen qu'ont deux personnes pour communiquer. La communication non verbale dont la communication paraverbale (qui accompagne la parole, notamment les gestes qui soulignent un propos) représentent une part importante de la communication entre deux personnes.* ». (Khosravi M, 2011)

Concernant l'impact sur la relation soignant soigné dû à la mise sous contention physique. Camélia affirme qu'il y a un impact, lorsque le patient est en posture de refus et que la mise en place doit être de force.

Elle ressent de la vulnérabilité chez le soigné et se sent en échec sur sa prise en charge. Puis elle se met à la place du patient, en disant qu'ils peuvent ressentir un sentiment de trahison et de relation de confiance rompu.

« *C'est un patient, il est là, il est vulnérable, on est là pour lui et moi ça m'a toujours perturbé* » (L. 117, P XVI) « *Je me sens en échec* » (L. 73, P XV). « *La relation de confiance peut être rompu ils peuvent ressentir une trahison et ça peut compliquer la prise en charge* ». (L. 74 P XV).

Selon Bernard Pradines, « *ces contraintes physiques posent également un problème éthique puisqu'elles sont contraires aux bien-être du soigné et au maintien de l'autonomie que visent les soignants. Le recours à la contention physique est aussi à l'origine de troubles émotionnels, ce qui engendre : de la colère, de la frustration, une baisse de l'estime de soi, une perte de la dignité et de l'autonomie* ». (Pradines B, 2002)

Margot Phaneuf, explique que « *la contention physique a des conséquences aussi bien au niveau physique que psychique* ». (Phaneuf M, 2007, P 52).

À la suite de l'interview avec Camélia en lien avec mon cadre de référence, on peut constater de l'important de l'impact aussi bien au niveau physique que psychique.

❖ Entretien n°3 :

Lors de mon troisième entretien j'ai pu converser avec deux infirmières.

Rose et Iris sont des infirmières que j'ai interrogées et qui exercent toutes les deux en traumatologie.

« C'est une dame qu'on avait contentonné au fauteuil parce que cette dame était démente, elle se levait [...], elle chutait tout le temps. Du coup, on l'avait contentonné au fauteuil [...], 3 h après, l'aide-soignante [...]. Elle l'avait retrouvé comment dire presque tombé du fauteuil attaché par la contention, elle était décédée, donc elle n'est pas décédée à cause de la contention et du coup, je pense qu'elle a dû se lever, peut-être faire un arrêt cardiaque » (L. 26 – 32, P XIX à XX).

Rose me décrit une situation qu'elle a vécu dans son service, une patiente contentonnée au fauteuil car il y avait un risque de chute très important. Celle-ci avait été retrouvée morte au fauteuil accroché par la contention physique.

Rose m'affirme qu'elle n'est pas morte dû à la contention, la cause du décès n'est pas vraiment développée. Dans le cas de cette patiente, je suppose que le but premier de la mise sous contention est la sécurité.

Comme l'explique si bien dans le rapport nommé *« limiter les risques de la contention physique de la personne âgée »*, rendu en 2000 par l'ANAES.

A l'heure actuelle la Haute Autorité de Santé (HAS) définit trois notions de contentions physiques : passive, active, et posturale.

La contention physique est alors passive *« elle se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »*. (ANAES, 2000).

Concernant les alternatives à la mise sous contention physique, les infirmières m'informent sur une éventuelle prescription médicamenteuse, la contention psychique serai-donc mis en avant.

« A part les traitements de médicaments qui peuvent les shooter entre guillemets, du coup on n'est pas être obligé de les contensionner » (L. 41 – 43, P XX).

Elles m'expliquent que pour ne pas que les patients touchent les pansements afin d'éviter tout risque infectieux, elles utilisent d'autres méthodes de contention physique moins violente comme les grenouillères, les patients ont les mains libres mais ne peuvent pas accéder à leur pansement.

Ce témoignage nous fait réaliser le but premier qui est la sécurité de la personne.

Ce rapport de l'ANAES, (2000), nous montre plusieurs techniques de contentions et que les plus utilisés sont : *« Les gilets, sangles thoraciques, ceintures et les sièges avec adaptable fixé. Les barrières de lit. Il faut considérer tout matériel détourné de son usage, souvent un drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps ».*

Rose et Iris m'explique que le manque de personnel joue sur la prise en charge. *« La disponibilité et la patience ce sont des points essentiels » (L. 125, P XXIII), « C'est pour nous les contentions c'est un peu un moyen pour nous parce qu'on n'est pas assez nombreux » (L 120 – 121, PXXIII).*

Les infirmières expriment ne pas avoir le choix de contensionner certain patient, pas dû au risque de chute ou infectieux mais dû à certain protocole. Pour rappel, elles exercent en traumatologie c'est un service de chirurgie qui pratique certaine intervention qui nécessite une traction ou un plâtre à la fin de l'intervention chirurgicale etc...

« On est souvent obligé de contensionné les gens parce qu'ils se font opérer. Ils ont des fractures donc ils sont immobilisés » (L. 19 – 20, P XIX).

La contention dite posturale est donc mise en place *« qui participe au maintien d'une attitude corrigée dans le cadre d'un traitement rééducatif ».* (ANAES, 2000).

À la suite de cela, nous abordons sur les différentes alternatives possibles qu'elles mettent en place chez un patient ayant des troubles de la communication. Elles déclarent qu'aucune alternative n'est mis en place, si ce n'est les laisser avec les familles.

« Aucune (rire) » (L. 56, P XX), « *La plupart du temps, c'est quand même laisser les familles quand les patients sont des déments, ils les connaissent mieux que nous* » (L. 58 – 59, P XXI).

Elles finissent par me dire que les aides-soignantes mettent de la musique afin de les aider à se détendre. « *Je sais que les soignantes mettent de la musique pour les détendre* ». (L. 63, P XXI).

Pour Rose et Iris, il n'y a pas d'impact sur la relation soignant-soigné à la suite de la mise d'une contention physique. Elles m'expliquent que la communication verbale est inexistante et que parfois dû à leurs troubles de la communication les patients ne sont pas conscients que celle-ci a été mise en place. « *Il n'y a pas de communication de base* » (L. 79, P XXI) « *Ils ne se rendent même pas compte qu'ils sont attachés.* » (L. 83, P XXI).

Comme l'explique Matthieu Guyomard, co-auteur du document intitulé « *Réflexion éthique autour de l'usage de la contention chez les personnes âgées* », la contention peut également rétablir le lien dans la relation soignant-soigné, car elle rétablit un côté sécurisant pour le patient car elle le protège de lui-même. (Guyomard, M)

La contention permet alors de lui procurer un recentrage et une contenance à l'image d'un lange utilisé par la maman pour emmailloter son bébé.

A contrario selon le rapport de l'ANAES d'octobre 2000, « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* », « *démontre à quel point ces pratiques, ou l'on constate l'augmentation de son utilisation, ne sont pas sans conséquences tant physiques que psychologiques pour les soignés comme les soignants.* » (ANAES, 2000).

Elles expriment que parfois cela peut engendrer une anxiété pour le patient. « *Je sais qu'il y a des patients qui crient encore plus quand ils ont les contentions* » (L. 79, P XXI).

D'un point de vue psychologique, Bernard Pradines ancien gériatre, écrit que « *le choix de la contention physique : entre les liens du soin et le lieu de soin* », dans son ouvrage il explique également que « *l'humiliation et le sentiment d'impuissance qui en découle stressent le patient, accroît sa confusion et constituent un risque accru d'accident* ». (Bernard Pradines, 2006).

La perception de la contention est vue d'une part comme « *une torture* » et d'une autre part comme « *un outil indispensable* »

« *Pour moi, c'est de la torture* » (L. 85, P XXI), « *après ça nous facilite aussi un peu la tâche parfois* » (L. 88, P XXII).

Je constate qu'en mettant en lien mon cadre de référence et l'interview, le soignant est également en posture de vulnérabilité lorsque toutes les alternatives mises en amont ne fonctionnent pas. Mais toujours dans l'optique de soigner ou de mettre en sécurité le patient.

Il semblerait que le soignant se trouve devant un dilemme, c'est-à-dire qu'il se trouve entre deux postures ou deux sentiments qui sont la sécurité du patient et la non-malfaisance (=éviter le mal).

De la même façon plus rarement, le soignant peut avoir une posture malsaine de « *toute puissante* » c'est pour cela que cette démarche doit être parfaitement encadrée et légiférée.

❖ **Entretien n°4 :**

La quatrième infirmière interviewée travaille en USLD

Lorsque je demande les alternatives à la mise sous contention physique au premier abord elle me dit qu'il n'y a pas d'alternative.

« *Si on en vient à mettre une contention physique, c'est qu'on n'a pas trouvé d'autres alternative* » (L. 41, P XXV).

Puis au fil de l'interview, elle m'explique que la contention physique doit être leur dernier recours, qu'avant d'en arriver là, elle essaye de communiquer avec le patient, le raccompagner en chambre afin qu'il se sente en sécurité, se rendre disponible pour l'occuper, mettre en place une activité. Si celle-ci est en manque de disponibilité elle peut solliciter les animatrices ou d'autres collègues afin de pouvoir apaiser le patient.

« *Il faut de la disponibilité* », « *on peut solliciter aussi les animatrices, pour qu'elles aient une activité* » « *une parole, même en ramenant la personne dans sa chambre* ». (L. 41 – 48, P XXV).

Quant à l'impact dans la relation soignant-soigné de la contention, elle énonce qu'il n'y a pas d'impact.

Elle explique que lorsque ces patients sont atteints de troubles de la communication, il y a parfois une incompatibilité avec une vie sociale.

Cela laisse sous-entendre une relation asymétrique lorsqu'on considère le patient comme étant « l'objet de soins » et lorsque le patient ne maîtrise pas leur choix.

L'objectif en tant que soignant est de rétablir une relation symétrique pour que le patient soit autonome. En effet, le fait de convaincre le patient, de se comporter d'une façon ou d'une autre entraîne chez le patient une soumission. Cette soumission va renforcer la relation asymétrique.

« Les troubles de la communication sont parfois incompatibles avec une vie sociale » (P. 56, P XXV).

Quand je l'interroge sur la perception de la contention, elle voit le côté sécuritaire et rassurant pour le patient mais également l'autonomie du patient.

« Par rapport à la sécurité de la personne, la sécurité physique, un traumatisme crânien sous-dural ou quelque chose comme ça, une fracture, ça nous rassure qu'elle soit là. » (L. 81 – 82, P XXVI).

« L'objectif, ce n'est pas d'avoir tous les patients avec une sangle. C'est contraire à leur bien-être, surtout s'ils sont des gens qui ont encore la capacité de marcher » (L. 45 – 48, P XXV).

Selon Bernard Pradines, *« ces contraintes physiques posent également un problème éthique important puisqu'elles sont contraires aux bien-être du soigné et au maintien de l'autonomie que visent les soignants »*. (Bernard Pradine, 2006).

Concernant les éventuelles alternatives chez un patient ayant des troubles de la communication, elle m'informe qu'il y a une multitude de façon de pouvoir rentrer en communication.

Tout d'abord, elle aborde la notion de communication verbale et non verbale. On peut dire qu'elle utilise les 4 sens : qui sont l'ouïe, le toucher, la vue, et l'odorat.

Elle se rend en totale disponibilité pour le patient, elle fait preuve de patience et d'improvisation comme chanter une chanson, faire rappeler un souvenir agréable.

« Il y a plusieurs façons d'aborder quelqu'un, la parole, le regard, le contact », « prendre son temps, enfin montrer qu'on est totalement disponible », « Il faut de la disponibilité, de la patience. », « Donc le toucher, contact visuel, les choses qu'elles aiment et les souvenirs, mémoriser des souvenirs, [...], le fait de chanter une petite chanson. Quelquefois, ça désamorce, ça les apaise » (L. 75 – 86, P XXVI).

D'après la SFASP, pour rentrer en relation le professionnel de santé peut utiliser ses cinq sens soit la vue, l'ouïe, l'odorat, la voix et le toucher. « *Toutes les personnes malades ne sont pas en mesure d'utiliser la communication verbale et l'infirmière devra s'adapter à la singularité de chaque situation par l'écoute et l'observation* ». (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs)

D'après Valérie Paule Roman-Ramos, sans la communication « *la prise en charge du patient ne peut se réaliser ni correctement, ni totalement.* » « *De plus, la communication doit se passer dans un cadre de respect mutuel, d'écoute, d'échange, de bienveillance, de discrétion et d'acceptation. Il est donc important de s'adapter à son interlocuteur et d'utiliser les mêmes mots que lui afin que chacun se comprennent.* » (Paule Roman Ramos, V).

5.5.3 Question par question

Les infirmières que j'ai pu interviewer lors de ces entretiens travaillent toutes dans un service différent en termes de prise en soins des patients.

Le fait de croiser ces entretiens va me permettre de constater s'il y a une différence en fonction du contexte dans lequel se trouve le soigné.

❖ **J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication**

Violette infirmière en psychiatrie m'expose une situation de soin où elle a eu recours à la mise sous contention physique chez un patient ayant des troubles de la communication.

Cette situation vécue, a deux cotations car le patient déficitaire présente un risque de blessure pour lui mais également pour les autres patients et soignants.

Selon la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), un patient déficitaire peut avoir un « *retard mental avec des troubles autistiques ou psychotique* » (CFTMEA, 2020)

Le fait d'avoir ce déficit cela peut engendrer un trouble de la communication, car le patient n'a pas la capacité d'entendre, que dans l'unité où il est hospitalisé c'est une unité dite « *fermé* ».

Ce qui signifie que les patients ne peuvent pas sortir sans être accompagner d'un professionnel de santé, cette incompréhension à majorer son agressivité.

« Les patients déficitaires ce n'est pas la majorité de nos patients. On peut se retrouver un peu en difficulté avec eux [...], parce qu'ils demandent beaucoup plus de temps que les autres, mais on est un grand service, on est 4. Ce patient, chez nous, ça a été catastrophique [...], parce qu'il n'a pas [...] bien supporté l'enferment, il ne savait pas pourquoi il était enfermé. C'est un service ou tout est fermé à clé et ils ne peuvent pas sortir les patients sans nous. Il ne supportait pas du tout [...] ça s'est clairement dégradé. Son état s'est encore plus dégradé au foyer [...]. Il avait des conduites auto aggressive, il s'est jeté au sol, [...], il s'est défiguré [...]. Il a été très agressif avec une de nos collègues sur une frustration parce que c'est souvent le cas avec les patients qui sont déficitaires. On a dû à ce moment-là dû à une agitation le contentionner, [...] il a frappé ma collègue » (L. 62-75, P VII).

Camélia m'explique une situation vécue aux urgences sur un patient atteint de trouble cognitif.

« Je l'ai vu pendant mon stage aux urgences [...] quand le patient arrive agiter [...] dû à ces troubles cognitifs. J'ai vu qu'il mettait des contentions au niveau des bras. Mais quand j'ai demandé pourquoi ils faisaient ça, parce qu'ils avaient peur qu'il se lève, il a un risque de chute et qu'ils estimaient qu'ils n'étaient pas assez nombreux » (L.12 – 16, P XIII).

Rose et Iris me présentent une situation vécue en traumatologie « C'est une dame qu'on avait contentionnée au fauteuil parce que cette dame était démente, elle se levait [...], elle chutait tout le temps. Du coup, on l'avait contentionné au fauteuil [...], 3 h après, l'aide-soignante [...]. Elle l'avait retrouvé comment dire presque tombé du fauteuil attaché par la contention, elle était décédée, donc elle n'est pas décédée à cause de la contention et du coup, je pense qu'elle a dû se lever, peut-être faire un arrêt cardiaque » (L. 26 – 33, P XIX – XX).

Lilas ne me décrit pas directement une situation vécue mais comment elle se serait comportée si cela devait lui arriver « Donc une situation de soin en lien avec un patient contentionné ayant des troubles de la communication. Je crois que je n'ai jamais réalisé de soins sur quelqu'un qui était contentionné. »

Selon Mag du Sénior, un trouble cognitif « est une dégradation des capacités de la mémoire. Cette altération des fonctions cérébrale est la plupart du temps, liée à l'âge de la personne vieillissante ». (Mag du Sénior 2013)

Je peux me questionner concernant l'accroissement de l'espérance de vie de la population.

Selon Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 1994 en moyenne les hommes vivaient jusqu'à 74 ans alors que à l'heure d'aujourd'hui ils vivent en moyenne jusqu'à presque 82 ans. Soit presque 6 ans de plus.

Je pense donc également qu'au plus la population est vieillissante, au plus on est conforté à une augmentation du nombre de personne âgée atteint d'une dégénérescence des fonctions cognitive.

❖ **Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?**

Concernant les alternatives à la mise sous contention :

Pour l'infirmière en psychiatrie, Violette propose une contention humaine à l'endroit où le patient décompense et essaye de rentrer en communication afin d'apaiser le patient, si celle-ci ne fonctionne pas elle nous explique qu'elle raccompagne le patient en chambre « *pour qu'il essaye de se poser* » (L. 84, P VII).

Si cette deuxième solution n'a pas abouti elle s'informe sur une éventuelle prescription médicamenteuse et si celle-ci est refusée, un traitement injectable sera alors administré, si l'agitation est toujours présente le patient sera alors en chambre d'isolement avec une éventuelle contention physique.

La chambre d'isolement est également considérée comme une contention car c'est une chambre fermée à clé destinée à contenir les patients manifestant de l'agressivité, elle se met en place sans demander leur consentement, situé dans un milieu hospitalier plus spécifiquement en psychiatrie.

« *Si ce n'est pas possible, tu le ramènes en chambre, dans sa chambre à lui. Pour essayer qu'il puisse se poser* » (L. 83, P VII), « *Tu proposes un traitement, per os s'il ne veut pas le per os. C'est en injectable* » (L. 84, P VII) « *la question elle ne se pose pas et du coup on va en iso* ».

Camélia, infirmière en pneumologie évoque la contention médicamenteuse comme alternative « *le médecin va lui prescrire des Seresta et quelques choses pour un peu petit peu calmer le patient qu'il soit moins agité* » (L. 81 – 82, P XV).

Elle dit éviter au maximum la mise sous contention physique. Elle cherche cependant des alternatives en mettant plutôt une contention psychique ou en mettant en place les barrières. Elle reconnaît que c'est tout de même une contention, mais selon elle est moins traumatisante pour le patient. Elle explique que parfois elle évite les contentions, lève les patients au fauteuil et maintient une surveillance régulière.

« On met les barrières, c'est moins traumatisant, on met le lit au plus bas » (L. 59 P XV).

Pour Rose et Iris, toutes les deux infirmières en traumatologie, il s'agit d'un protocole : « on est souvent obligé de contentionner les gens parce qu'ils se font opérer. Ils ont des fractures donc ils sont immobilisés et quand ils se lèvent, ils chutent [...]. Ça peut aggraver les fractures, même après le bloc, souvent, ils sont désorientés à cause de l'anesthésie, ils veulent se lever et ils tombent. On est obligé la plupart du temps de les contentionner », (L. 19 – 23, P XIX), alors que les infirmières évoquent la contention médicamenteuse comme alternative « à part les traitements de médicaments qui peuvent les shooter entre guillemets » (L. 42, P XX).

Elles mettent en avant la mise de grenouillère et une installation au fauteuil « quand on peut, on met des grenouillères. [...] Au fauteuil, c'est plus simple, ils ont les mains libres et ils sont juste attachés au fauteuil » (L. 48 – 50, P XX)

Elles disent aussi y être contrainte par manque de personnel. Elle cherche cependant des alternatives en laissant les portes ouvertes des chambres des patients agités afin d'avoir une surveillance accrue. « Après régulièrement on essaye de laisser les portes ouvertes [...], ça nous permet d'avoir un œil dessus » (L. 89 - 91, P XXII).

Pour elles, la disponibilité et la patience sont primordiales pour éviter la contention, mais l'organisation institutionnelle peuvent être un frein dans la mise en place des alternatives. « La disponibilité et la patience ce sont des points essentiels pour nous. [...] Après, c'est aussi pour les protéger parce que s'il tombe sur du matériel » (L. 125 - 126, P XXIII).

Lilas ne voit pas d'alternative à part en essayant de communiquer avec le patient ou bien de le raccompagner en chambre, « Si on en vient à mettre une contention physique, c'est qu'on n'a pas trouvé d'autres alternative ». « Il y a que la parole, même en ramenant la personne dans sa chambre, oui on a plus que cette alternative-là » (L. 40 - 42 P XXV).

Elle dit avoir recours à des activités dans la journée avec une présence. « Il suffit de prendre la personne avec soi et lui demander de se poser, de l'occuper, de lui proposer à manger [...], de

faire une activité [...] s'il s'agit d'agressivité ou d'agitation, il retombe. Il faut de la disponibilité, de la patience. Savoir se renouveler [...] proposer une chose, mais qu'il a déjà été proposé X fois. [...] on risque d'avoir un refus. Il faut [...] d'autres idées. Quand on n'a pas d'idée, [...], solliciter d'autres collègues. Qu'est-ce que tu ferais ? [...]. On sollicite aussi les médecins, [...] solliciter [...] les animatrices, pour qu'il est une activité. ». (L. 56 – 64, P XXVI).

Globalement le recours à la contention physique est l'une des dernières solutions utilisées. En effet des actions sont mises en place de manière graduelle en fonction de l'efficacité de celle-ci pour une mise en sécurité du patient.

Cependant la difficulté de la prise en charge du patient, ayant un quelconque problème de communication, ou pour des difficultés institutionnelles (règle de vie), telles que des conditions de travail dégradées (par exemple un manque de personnel), obligent les soignants à recourir à des moyens de contrainte qui prive de liberté le sujet.

❖ **Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?**

Violette, infirmière en psychiatrie évoque le tutoiement, ou bien de les appeler par leur prénom serait une alternative chez un patient atteint de trouble de la communication. « *J'ai remarqué que le tutoiement, ça aider un petit peu à communiquer, ou de les appeler par leur prénom* » (L. 109, P VIII). La communication serait facilitée par ces moyens mis en place.

La notion de disponibilité est mise en avant chez Violette et Lilas.

Violette dit à ce sujet « *Il faut prendre beaucoup de temps* » (L. 110, P VIII) et Lilas dit « *il faut prendre son temps, enfin de montrer qu'on est totalement disponible* » (L. 79, P XXVI), « *Il faut de la disponibilité, de la patience* » (L. 59, P XXVI).

Rose et Iris évoquent les accompagnants, la famille qui pourrait servir d'interprète.

Les mimes, employés de mots simples, les gestes, montre que ce sont des moyens que quasiment toutes les autres infirmières m'ont évoqué.

Lilas évoque « *Mais il y a l'expression visuelle qui rentre en jeux. Le contact visuel. Le fait de poser la main sur la personne pour la calmer il y a plein de moyens de la rassurer, montrer des photos, mettre de la musique* » (L. 68 – 70, P XXVI).

Lilas exprime que le toucher, la parole, le regard, le contact visuel peuvent aider à la communication.

Violette met en avant le dessin. « *Je pense que j'essayerai de faire un entretien et de me mettre à son niveau. Essayer de lui parler et voir s'il me comprend peut-être de le faire dessiner, et essayer de comprendre, essayer de le rassurer, de lui expliquer avec des mots simples* » (L. 166 – 168, P X).

Camélia met en exergue le fait de parler calmement, de prendre la main, d'être dans une relation de confiance avec le soigné. (L. 112, P XVI).

Toutes les infirmières évoquent l'écoute, la disponibilité, la relation de confiance.

Que ce soit de la communication verbale ou non verbale, de l'écoute active, ce sont trois techniques qui sont primordiales pour entrer en relation avec les patients.

En effet, par l'écoute et l'observation le soignant va percevoir les émotions et les sentiments exprimés par le soigné.

« *Entrer en relation avec le patient serait un soin relationnel* » comme l'explique Hervé Menaut, « *un soin où chacun engage son histoire, son vécu pour permettre une rencontre* ». (Menaut, H, 2009).

Finalement, la confiance, la communication et l'écoute apparaissent comme notions clés, comme j'ai pu également le constater dans mon cadre de références.

Toutes mes recherches et entretiens auprès des infirmiers m'ont aidé à comprendre qu'avec les patients ayant des troubles de la communication, il suffit parfois d'utiliser d'autres astuces, tel qu'observer le langage corporel, communiquer avec eux par des gestes, des mimes, d'user des moyens autour de nous, ... pour pallier ce qui pourrait devenir un défaut de communication.

❖ La mise d'une contention physique impact-t-elle la relation soignant-soigné ?

Il y a 3 infirmières sur 4, qui n'expriment pas de modification de la relation soignant-soigné lorsqu'il y a une mise en place d'une contention physique.

Violette dit « *non ça peut, ça dépend le type de patient. Franchement ça reste un soin, moi j'ai déjà eu des patients qui m'ont demandé d'être contenu, ce sont des choses qui arrivent. Ça peut, ça peut dégrader la relation mais toujours sur un temps ou le patient ne va pas bien* ».

Cette infirmière est issue du milieu psychiatrique, je peux me demander si le fait d'être dans ce milieu, engendrer une sensibilité particulière.

Camélia exprime que « *pour moi oui, [...] parce que [...] si le patient est contre, [...] si ce sont des patients dément [...] déjà que ce n'est pas évident [...] ils peuvent le voir comme une agression [...] je pense que sa impacte la relation, [...], La relation de confiance peut être rompu ils peuvent ressentir une trahison et ça peut compliquer la prise en charge* » (L. 68 – 75, P XV).

Rose et Iris disent « : *Moi je ne trouve pas parce que ce sont des gens pour lesquelles il n'y a pas de communication de base, verbale en tout cas, [...] il y a des patients qui crient encore plus quand ils ont les contentions, ils sont encore plus confus [...], c'est patient qui sont confus qui ont des troubles cognitifs et qui ne sont pas présents [...] de base [...]. Ils ne sont pas conscients qu'ils sont là, ils ne nous parlent pas forcément [...] ils ne se rendent même pas compte qu'ils sont attachés.* » (L.76 – 81, P XXI).

Lilas m'explique que « : *Ici non, [...] l'objectif les troubles de la communication peuvent être sont parfois incompatibles avec une vie sociale.* » (L.54- 56, P XXV).

Pour toutes les infirmières interrogées, les mêmes termes reviennent systématiquement lorsque je les questionne sur la place qu'elles accordent à la relation soignant-soigné dans cette pratique : elle est primordiale.

L'infirmière en psychiatrie, Violette, parle de relation de confiance. En effet, dans les soins, la relation de confiance est indispensable car c'est grâce à elle que les patients acceptent les soins. En psychiatrie, cette relation de confiance permet de rassurer les patients qui présentent des troubles anxieux.

En effet, je pense ce qu'a voulu me dire Violette c'est que pour le patient psychotique, la contention donne un sentiment d'enveloppement sécurisant notamment pour les patients ayant une angoisse de morcellement. Le patient schizophrène peut percevoir un éclatement de son corps, la contention permet alors de lui procurer un recentrage et une contenance à l'image d'un lange utilisé par la maman pour emmailloter son bébé.

Violette qui exerce en psychiatrie *« j'ai toujours tendance à leur faire confiance pour qu'eux puisse me faire confiance aussi parce que ça ne peut pas aller dans un seul sens, sinon on ne peut pas faire soin »* (L. 206 – 207, P XI).

Camélia s'exprime qu'il faut *« vraiment être dans la relation de confiance pour qu'ils comprennent qu'on la leur aide »* (L.115, P XVI).

Lila dit que *« il faut gagner leur confiance c'est important. »*. (L. 61, P XXVI).

Elle explique que la contention n'a pas d'impact sur la relation soignant-soigné, si la relation de confiance est mise en avant le patient va faire confiance aux soignants et va alors accepter le soin. Elle met en avant le fait qu'elle reprenne chaque soin avec le patient lors d'un entretien afin de retravailler ce moment qui peut être perçu comme difficile pour le patient.

La confiance est nécessaire selon Laurence Lagarde-Piron *« pour qui, sans cela, le soin ne serait pas possible. Selon elle, il ne peut y avoir de care sans confiance. La relation, la bienveillance et la confiance sont étroitement liées : la bienveillance ne peut exister sans relation, et la relation ne peut exister sans confiance. Donc si ça n'a pas d'importance, les infirmières peuvent essayer de persuader les patients d'accepter et de participer aux soins, mais si elles ne veulent pas entendre les patients à leur tour, leurs efforts seront inutiles »*. (Lagarde-Piron, L, 2016)

En lien avec ce qu'avance Violette, aucun soin ne pourra être pratiqué sans relation de confiance car les patients n'y participeront pas.

Camélia, infirmière en pneumologie est la seule des infirmières à dire qu'il y a un impact négatif sur la relation soignant-soigné.

Effectivement la contention est une *« technique permet de maintenir ou d'immobiliser momentanément une partie du corps visant à limiter la personne dans ses mouvements et ses déplacements »* qui peut procurer le sentiment de perdre sa liberté.

Excepté chez certains patients psychotiques, la contention représente un « *enchaînement* » forcé synonyme d'aliénement, c'est-à-dire qu'il perd momentanément la liberté de se mouvoir comme il le souhaiterait. Par conséquent un sentiment d'injustice peut émerger et générer un refus.

Cela me renvoie directement à ma situation de stage dans laquelle Monsieur R qui présentait des problèmes de communications liés à sa langue maternelle et de ce fait qui ne pouvait pas donner son consentement, a très mal réagi lorsque les soignants lui ont posé cette contention.

Les infirmières en traumatologie explique qu'il n'y a pas forcément d'impact sur la relation soignant-soigné car la communication est déjà inexistante, et qu'il est difficile de communiquer avec un patient ayant des troubles de la communication. L'obtention du consentement peut être complexe. Cela peut expliquer la raison pour laquelle la contention physique entraîne une certaine agressivité, de la violence ou bien le patient ne se rend pas compte du dispositif mis en place.

Pour Lilas infirmière en USLD, elle ne trouve pas qu'il y a un impact sur la relation, car selon elle, « *les troubles de la communication sont parfois incompatibles avec une vie sociale* » (L. 56, P.XXV).

❖ Comment percevez-vous la contention ?

Lorsque j'ai demandé aux infirmières comment elles percevaient la contention, j'ai constaté l'aspect positif et négatif de celle-ci.

Violette l'infirmière en psychiatrie perçoit l'aspect thérapeutique de la contention, et les bienfaits pour le patient. Elle explique qu'elle n'a jamais vécu une situation où la contention était mise en place de façon abusif et que lorsque celle-ci est nécessaire la notion de temporalité et de bienveillance sont très importantes, la pose doit être la moins traumatique possible, ainsi que l'association de la contention physique et de la contention psychique est un bon compromis afin que le soin soit le moins violent possible. « *Je n'ai jamais vu ou vécu de contention abusive* », « *La plupart des cas les soignants sont dans la bienveillance* », « *qu'on essaye de pas faire perdurer moi j'essayer toujours de faire attention qu'il est une contention chimique qui soit associé justement pour que le soin ne soit pas violent* » », « *je considère toujours que c'est un soin même si on essaye un maximum de l'éviter et de le limiter dans un point de vue*

temporalité », « *c'est notre dernier recours mais il porte ces fruits très souvent* ». (L. 170 – 177, P X).

L'infirmière en pneumologie, Camélia exprime que c'est un soin qui l'a toujours perturbé et difficile à mettre en place. Elle trouve que la contention est deshumanisante et violente pour le patient. « *Je trouve ça deshumanisant la 1 ère fois que je l'ai vu ça m'a perturbé, je trouve que c'est violent* » (L. 121, P XVII).

Pour Iris et Rose, infirmière en traumatologie m'ont répondu qu'elles avaient un sentiment d'échec, pour elles c'est de la torture. Elles expliquent que parfois ça leur facilite leur quotidien de mettre en place la contention, au niveau de l'organisation elles disent ne pas avoir d'autres solutions.

C'est un acte réfléchi qui augmente la sécurité des patients. « *Pour moi, c'est de la torture* », « *Mais après ça nous facilite aussi un peu la tâche parfois, mais j'avoue que je déteste contensionner les gens vraiment !* » (L. 83 – 97, P XXI).

Lilas est soulagé que ce moyen existe par rapport aux risques encourus notamment les chutes qui peuvent provoquer des traumatismes ou des fractures. « *Par rapport à la sécurité de la personne, la sécurité physique, un traumatisme crânien sous-dural ou quelque chose comme ça, une fracture, ça nous rassure qu'elle soit là.* » (L. 80 – 81, P XXVI).

5.6 Synthèse de l'enquête exploratoire

Cette enquête auprès des professionnels de santé m'a permis de constater que les réactions des soignants vis à vis de la mise sous contention physique d'une personne varient en fonctions des services. Effectivement en psychiatrie le concept a été réfléchi depuis plus longtemps en rapport avec l'éthique de la profession et l'évolution des pratiques en psychiatrie.

Cependant dans les soins généraux, le vieillissement de la population et les troubles cognitifs de plus en plus fréquents a peut-être confronté le milieu médical, non préparé.

Les infirmières en traumatologie respectent un protocole : du fait qu'une personne soit porteuse d'un plâtre ou d'une traction, et dans un but d'immobilisation et de rééducation. Donc on peut apercevoir dans leurs dires qu'il est moins compliqué à la mettre en place dans ce cas.

Il a été dit que le geste ultime de la contention physique sous-entend que toutes les autres alternatives n'ont pas fonctionné et laisse au soignant une impression d'avoir échoué.

Effectivement le protocole permet à l'infirmière d'appliquer une conduite à tenir sans engager ses sentiments puisqu'elle est censée suivre des règles protocolaires.

Cette ligne de conduite légiférée induit deux choses : d'une part une économie de réflexion et d'autre part une déculpabilisation du professionnel qui l'applique.

On remarque qu'en général, la principale raison qui justifie la mise d'une contention est d'éviter certains gestes qui pourraient nuire de quelque manière à la sécurité du patient, et parfois de ceux qu'ils l'entourent.

L'utilisation de la contention, en règle générale présente des difficultés morales et éthiques qui peuvent générer un sentiment de culpabilité. En effet cela vient toucher à l'essence même de la profession dont le but est la bienfaisance et donc la non-malfaisance

5.7 Limites de l'enquête

Lorsque j'ai effectué l'élaboration de mon enquête exploratoire, J'ai opté pour un entretien semi-directif à l'aide d'un guide d'entretien. Cet outil se focalise sur l'intérêt de l'aidant interrogé à répondre librement aux questions posées. J'ai remarqué que mes questions ont été généralement bien comprises.

C'est un outil pertinent pour acquérir des opinions et témoignages de professionnels de santé.

Cependant, il est nécessaire de porter une grande attention à chaque mot utilisé par le professionnel de santé pour éviter tout malentendu lors de la retranscription et de l'analyse.

J'ai dû interroger deux professionnels de santé en même temps et averties à la dernière minute, cela peut créer des biais le fait qu'elles ne soient pas toutes seules.

J'ai aussi été surprise par certaines interviews. J'ai eu des réponses différentes auxquelles je ne m'attendais pas.

6 Problématique

Une sensibilisation des personnels soignants au travers de formations diverses me semblerait porteuse de bénéfice notamment en soins généraux.

Les staffs permettraient de clarifier la pratique qui n'est ni un moyen de torture vis-à-vis du patient, ni un échec du soignant mais que c'est un soin adapter à des cas précis et des situations particulièrement difficiles à gérer.

Des formations et des réunions sur le sujet de la contention physique permettraient aussi aux soignants d'exprimer leurs avis, leurs ressentis et d'échanger, ainsi d'enlever ce tabou sur la perte de liberté car en effet la contention semble être envelopper d'un certain non-dit qui isole le soignant face à la pratique.

La liberté représente quelque chose de sacrée et ça perte peut être angoissante puisqu'elle est porteuse de négativité.

Le sujet de la contention reste complexe il apparaît que dans les services de psychiatries, ils sont plus avancés sur la pratique de la contention.

En soins généraux, il semblerait que les formations soient portées sur tout autre chose que sur la contention par exemple sur la technicité des gestes et des pratiques soignantes plutôt que sur l'utilisation de la contention et notamment sur l'aspect éthique, déontologique et psychologique concernant son utilisation. Les protocoles de contention mis en place dans les services me semblent être un raccourci dans la mesure où ils vont éviter une réflexion et une expression. Cependant cette étape de réflexion est primordiale pour faire émerger le véritable sens de celle-ci.

7 Question de recherche

« En quoi des formations régulières sur la mise en place de contention pourraient-elles amener les soignants à une réflexion positive sur leurs pratiques ? »

8 Conclusion

Ce mémoire est la fin de mes trois années de formation, qui m'ont permis d'évoluer et de grandir tant au niveau professionnel que personnel.

Dès lors de la première année de formation, le mémoire est déjà évoqué. L'une de mes plus grandes peurs est la rédaction de ce travail de fin d'étude et de lecture, n'étant pas une grande lectrice, j'avais peur de ne pas y arriver.

Bien que mon travail ne soit pas parfait, je suis fière de ce j'ai pu mettre par écrit.

Malgré mes peurs, j'ai tout de même apprécié ce travail de rédaction qui m'a prouvée que nous sommes dotés de ressources cachées.

De nature très curieuse, ce travail m'incitera, en tant que future professionnelle, à approfondir régulièrement mes connaissances et à suivre les avancées sur le sujet en soin généraux, afin d'améliorer mes pratiques professionnelles et de sensibiliser mes futurs collègues.

J'ai pu me rendre compte de la complexité du thème choisi, mais ce travail m'a permis d'approfondir considérablement mes connaissances. J'ai apprécié me documenter sur ce sujet.

Ce travail, m'a aidé à m'interroger sur la future professionnelle que je veux être.

9 Bibliographie

Dictionnaires :

KERNBAUM.S, Dictionnaire de médecine Flammarion, 7ème édition, Médecine-Science, Flammarion, 2001.

Le petit Larousse illustré, Edition 2000.

Le petit Robert, dictionnaire de la langue Française, édition juin 2000.

Universalis

Textes législatifs et réglementaires :

Décret n°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie.

Décret n°2005-346 du 14 avril 2005, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Site internet :

ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, octobre 2000.

Association Daniel Goutaine, Albi Gériatrie (Tarn- France) : PRADINES, B., Un drame encore tabou : les contentions, 2002. <http://users.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html>

https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=JLE_KHOSR_2011_01_0203

« Charte de la personne hospitalisée » disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a3_couleur.pdf (consulté le 11/10/2012).

<https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/theoriepeplau.pdf>

Dr. PRADINES, Bernard. Association Daniel Goutaine, Albi gériatrie, France. Un drame encore

La contention. (En ligne). 2006. Adresse URL :http://www.cno.org/docs/prac/51043_restraints.pdf.

Tabou : Les contentions. (En ligne). 2009. Adresse URL : <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>.

« Loi du 4 mars 2002 » disponible sur <http://www.infirmiers.com/professioninfirmiere/legislation/loi-nd-2002-303-du-4-mars-2002.html>.

Phaneuf, Margot. La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi [Format PDF] 97 pages

PHANEUF, Margot. Quelques mécanismes de défense observables chez nos étudiants. [Format PDF]. 17 pages. Disponible sur <http://www.infiressources.ca>

PHANEUF, Margot. La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007. P.52

Roman-Ramos Valérie Paule, La communication comme élément productif et constructif de la professionnalisation, [en ligne], 2008, disponible sur <http://sciences-croisees.com/N4/roman-ramos.pdf>, [6 février 2019]

<https://www.geriatrie-albi.com/20201110-rapport-contention.pdf>

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-153.htm> : La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES

<https://www.cairn.info/ergotherapie-en-geriatrie--9782353270590-page-233.htm?contenu=article>

Ouvrages :

ANAES, (2000) Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, 55p., ANAES, Paris.

Beaudichon, J. (1999). La communication : processus, formes et applications. Paris : Armand Colin.

- Chalifour, J. (1998). Relation d'aide en soins infirmiers : Une perspective holistique - humaniste. Paris: Lamarre
- Chalifour, J. (1998). Relation d'aide en soins infirmiers : Une perspective holistique - humaniste. Paris: Lamarre.
- Freud et la cure psychanalytique. (s.d.). Récupéré sur Maxicours.
- Froment Alain, Pour une rencontre soignante, Paris, Editions des archives contemporaines, « une pensée d'avance », 2001.
- Kaepelin, P. (1991). L'écoute (éd. 3e). Paris: Ed. ESF.
- Lagarde-Piron, L. (2016). La confiance dans les soins infirmiers. Dans R. Delaye, & P. Malabeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. Soins Formation-Pédagogie-Encadrement(4), pp. 4-6.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (1995). La relation soignant-soigné. Paris: Lamarre.
- Marzano, M. (2006). Je consens, donc je suis... Paris: PUF.
- Marzano, M. (2010, Janvier). Qu'est-ce que la confiance ? Etudes(412), pp. 53-63.
- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? Vie sociale et traitements(101), pp. 78-83.
- Pellerin, J. (2011). La démence, obstacle ou contribution pour penser la mort ? Récupéré sur Espace National de Reflexion Ethique sur la Maladie d'Alzheimer:
- Phanuel, D., & Hamon-Mekki, F. (2013, Octobre). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. Soins(779), pp. 30-31.
- Prayez, P. (2009). Distance professionnelle et qualité du soin (2è ed.). France : Editions Lamarre.
- Prayez, P. (2016). Julie ou l'aventure de la juste distance. Paris : Editions Lamarre.
- Rogers, C. (1998). Le développement de la personne. Paris: Dunod.
- Rogers, C. (2015). La relation d'aide et la psychothérapie (éd. 19e). Paris: ESF.

10 Table des annexes

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens.....	I
<i>Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA)</i>	<i>I</i>
<i>Annexe I. II : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier de Montfavet (CHM)</i>	<i>II</i>
Annexe II : Autorisation de la direction des soins.....	III
<i>Annexe II.I : Autorisation du CHA.....</i>	<i>III</i>
<i>Annexe II.II : Autorisation du CHM.....</i>	<i>IV</i>
Annexe III : Retranscription littérale des entretiens.....	V
<i>Annexe III.I : Entretien en psychiatrie</i>	<i>V</i>
<i>Annexe III.II : Entretien en pneumologie.....</i>	<i>XIII</i>
<i>Annexe III.III : Entretien en traumatologie.....</i>	<i>XIX</i>
<i>Annexe III.IV : Entretien en USLD.....</i>	<i>XXIV</i>
Annexe IV : Grille d'analyse vierge.....	XXVIII
<i>Annexe IV. I : Grille d'analyse des entretiens.....</i>	<i>XXVIII</i>
<i>Annexe IV. II : Grille d'analyse des questions.....</i>	<i>XXIX</i>
<i>Annexe IV.III : Grille d'analyse par concepts.....</i>	<i>XXX</i>
Annexe V : Grille d'analyse des entretiens.....	XXXI
<i>Annexe V. I : Entretien en psychiatrie.....</i>	<i>XXXI</i>
<i>Annexe V.II : Entretien en pneumologie.....</i>	<i>XXXIV</i>
<i>Annexe V.III ; Entretien en traumatologie.....</i>	<i>XXXVII</i>
<i>Annexe V.IV : Entretien en USLD.....</i>	<i>XLII</i>
Annexe VI : Grille d'analyse des questions.....	XLV
<i>Annexe VI.I : Question n°1.....</i>	<i>XLV</i>
<i>Annexe VI. II : Question n°2.....</i>	<i>XLIX</i>
<i>Annexe VI.III : Question n°3.....</i>	<i>LIV</i>
<i>Annexe VI.IV : Question n°4.....</i>	<i>LVIII</i>
<i>Annexe VI. V : Question n°5.....</i>	<i>LXI</i>
Annexe VII : Grille d'analyse par concepts.....	LXIV
Annexe VIII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	LXXVII

Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens

Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA)



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme RAMIREZ RUIZ Marine
Etudiante en soins infirmiers



A l'attention de Madame [REDACTED], Directrice des soins

[REDACTED], le 02/03/2023

Madame la Directrice des soins,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens :

- En service de médecine
- En service de chirurgie
- En service de gériatrie

Auprès d'un Infirmier Diplômé d'Etat pour chaque service.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« La contention physique : dans quelle mesure serait-ce une alternative dans la relation soignant-soigné chez un patient atteint de troubles de la communication »

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

- J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication.
- Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?
- Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?
- La mise d'une contention impact-t-elle la relation soignant-soigné ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération.

Annexe I.II : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier de Montfavet (CHM)



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme RAMIREZ RUIZ Marine

Etudiante en soins infirmiers

Adresse : 4 [REDACTED]

Téléphone [REDACTED]

Mail : [REDACTED]

A l'attention de M [REDACTED] Directrice des Soins

Avignon, le 02/03/2023

Madame la Directrice des soins,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens :

- En service psychiatrique

Auprès d'un Infirmier Diplômé d'Etat.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« La contention physique : dans quelle mesure serait-ce une alternative dans la relation soignant-soigné chez un patient atteint de troubles de la communication »

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

- J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication.
- Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?
- Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?
- La mise d'une contention impact-t-elle la relation soignant-soigné ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération.

Annexe II : Autorisation de la direction des soins

Annexe II.I : Autorisation du CHA

CENTRE HOSPITALIER | [REDACTED]

DIRECTION DES SOINS

Avignon, le 8 mars 2023

Le Directeur Coordonnateur Général des Soins

Madame Marine RAMIREZ RUIZ

Nos Réf. : KR/MP/23

Vos Réf. : votre courrier du 5 mars 2023

Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec le secrétariat de la direction des soins au [REDACTED] afin de vous communiquer les coordonnées des cadres des services concernés pour définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Madame, à l'expression de mes salutations distinguées.

LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS

Annexe II.II : Autorisation du CHM

[REDACTED]

DIRECTION DES SOINS,

92 [REDACTED]

[REDACTED] 7 Mars 2023

Madame Marine RAMIREZ RUIZ

[REDACTED]

Réf. : ST/FB/037/2023

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

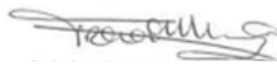
Madame,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres Paramédicaux du [REDACTED]
Vous serez contactée directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Coordinatrice Générale des Soins,



[REDACTED]

Annexe III : Retranscription littérale des entretiens

Annexe III.I : Entretien en psychiatrie

- 1 **Violette IDE** : Attend j'essaye de réfléchir à une situation qui ira bien ok ? Euuh Ok c'est
2 bon vas-y présente toi d'abord
- 3 **EIDE Marine** : Je m'appelle Marine, je suis étudiante infirmière en 3-ème année, j'ai 23ans.
- 4 **Violette IDE** : Tu as fait des stages en psychiatrie ?
- 5 **EIDE Marine** : Oui j'ai fait un stage dans un CMP, puis après je suis aller à Envol 1 ou 2 ?
6 Celui qui se situe en haut
- 7 **Violette IDE** : Le 2, beh c'est nous enfaite
- 8 **EIDE Marine** : Ah
- 9 **Violette IDE** : Ouais on a déménagé, mais tu es venu quand ?
- 10 **EIDE Marine** : C'était cet été
- 11 **Violette IDE** : Je ne me souviens pas de toi
- 12 **EIDE Marine** : Je suis restée qu'une semaine, parce que on avait switcher avec une autre
13 étudiante
- 14 **Violette IDE** : Oui on a déménagé parce que le service à bruler l'envol 1 et du coup on est venu
15 ici le temps qu'il effectue les travaux, c'est donc pour ça.
- 16 **EIDE Marine** : Alors est ce que tu peux te présenter ?
- 17 **Violette IDE** : Alors je m'appelle *****, j'ai... 27ans, je suis diplômée depuis mars 2017,
18 donc ça fait 6ans euh...je travaille du coup en service ***** qui est un service d'accueil crise
19 fermer euh.....et au préalable que une expérience en UMD dans un autre Hôpital
- 20 **EIDE Marine** : Tu es dans ce service depuis combien de temps ?
- 21 **Violette IDE** : Je suis dans ce service depuis... aout 2021, donc ça fait 1an et demi
- 22 **EIDE Marine** : D'accord, C'est quoi ton parcours professionnel ? et scolaire ?
- 23 **Violette IDE** : Alors euh... j'ai fait mon école de 2014 à 2017, moi je savais que je voulais faire
24 de la psychiatrie donc j'ai fait mon école sur Lyon, j'ai orienter mes stages au maximum pour
25 des stages psy euh pour que ça m'ouvre une peu plus de porte à la sortie puis je savais que

26 c'était mon projet professionnelle, Je m'en suis pas mal super sorti puisque j'ai eu énormément
27 de stage psy par rapport aux autres euh....donc un en stage pro qui a débouché sur une offre
28 d'emploi derrière en UMD, ça c'était sur Lyon après j'ai fait 1 ans quasiment en UMD et après
29 je suis parti en USIP

30 Tu sais ce que c'est les UMD ou pas ? ou je t'explique ?

31 **EIDE Marine** : C'est une unité pour malade difficile

32 **Violette IDE** : Voilà c'est ça, y a une dizaine en France peut être un peu plus euh ...et donc du
33 coup voilà il y a n'a une ici euh.... Et après je suis parti sur un USIP c'est une unité de soin
34 intensif psychiatrique donc ici il y n'a pas à Lyon y' a n'avait une. Et si tu veux le rôle de USIP
35 c'est un peu de euhhh.... mmh ... de contenir les patients et d'essayer en gros c'est la 1ère
36 alternative à l'UMD, tu essayer l'USIP c'est du soin intensif pendant 2mois avait des chambre
37 d'iso ect et après tu vas orienter si le patients, si tu vois que le patient ça n'a pas fonctionner
38 voilà donc c'est service qui son sécurisé et c'est unité ou tu verras la crise quoi et du coup après
39 j'ai déménager dans le sud du coup j'ai postuler ici et je me suis retrouver en accueil crise
40 fermer ici

41 **EIDE Marine** : D'accord

42 **Violette IDE** : Rire

43 **EIDE Marine** : **J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la**
44 **contention d'un patient ayant des troubles de la communication ?**

45 **Violette IDE** : ok ! euuuuh Alors du coup les troubles de la communication, il y a différent
46 trouble de la communication en fait il y a des patients qu'ils ne parler pas Français, tu peux
47 avoir le patient psychotique tellement décompenser, tellement dissocier n'arrive plus à
48 communiquer avec toi. Ce sont des choses qui arrivent. Vous pouvez avoir de la violence, et
49 cetera. Elle est plus en capacité de communiquer avec toi. Et tu as aussi les patients PIV donc,
50 les patients déficitaires avec des des psychoses par-dessus qui parfois ont des troubles de la
51 communication qui ne savent pas communiquer comme on peut le faire ? Là, je pense que je
52 vais faire. J'ai une situation est un patient. Déficient ? Parce que c'est la dernière en tête, c'est,
53 c'est elle qui nous revient le plus et c'est un patient qui nous avait été renvoyé parce qu'il y avait
54 des troubles du comportement. Ils étaient en foyer de vie. Tu veux que je t'explique la situation
55 ?

56 EIDE Marine : Oui

57 Violette IDE : Ok ! Et bon, ça ne se passait pas très bien avec les troubles du comportement, il
58 avait tendance à être agressif, à se jeter au sol. Enfin dans un foyer de vie ils n'ont pas les
59 mêmes moyens que nous pour contenir psychiquement les gens, du coup, il est arrivé chez nous,
60 sauf que chez nous, ce n'est vraiment pas la majorité de nos patients qui ont ce profil-là. Nous
61 on a souvent des grands psychotiques, des grosses crises psychotiques ou quelques patients
62 avec des troubles dystémiques et quelques passions des troubles persos. Mais les patients
63 déficitaire ce n'est pas la majorité de nos patients. Donc on peut se retrouver un peu en difficulté
64 avec eux quand même, parce qu'ils demandent beaucoup plus de temps que les autres, mais on
65 est un grand service, on est 4 voilà. Et du coup ce patient, bah chez nous ça a été catastrophique
66 en fait, parce qu'il a pas du tout bien supporté l'enferment, il ne savait pas pourquoi il était
67 enfermé. Ici c'est un service tout est fermé à clé et ils ne peuvent pas sortir les patients sans
68 nous. Il le supportait pas du tout et donc du coup le ça s'est clairement dégradé. Son État s'est
69 encore plus dégradé au au foyer dans lequel il était. Et donc il y avait des conduites auto
70 agressives, plus, plus, plus il s'est jeté au sol, c'était horrible, il s'est défiguré le pauvre, c'était
71 catastrophique. Et puis il a été très agressif avec une de nos collègues sur une frustration parce
72 que c'est souvent le cas avec les patients qui sont déficients comme ça. Et du coup on a dû...à
73 ce moment-là il y a eu une agitation, il a essayé de frapper ma collègue, non il a frappé ma
74 collègue euh ...elle a dû tirer le dati on a dû le contenir physiquement. L'accompagner en
75 chambre et il s'est agiter agiter. Donc on n'a pas pu le laisser en Chambre comme ça, il a fallu
76 qu'on le contienne au lit du coup voilà et qu'on lui donne évidemment un traitement. Parce
77 que la contention va avec le traitement. Ça s'est important

78 EIDE Marine : Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention
79 physique ?

80 Violette IDE : Alors dans un premier temps en tout cas, nous on fonctionne comme ça qu'on
81 tient passage à l'acte, une agitation. Tu essayes de communiquer, tu essayer de contenir ton
82 patient là où il y a eu le Clash physiquement pour qu'il se pose tu vois. Si ce n'est pas possible,
83 tu le ramène en chambre, dans sa chambre à lui. Pour essayer de de qui qui puisse se poser, et
84 cetera. Tu proposes un traitement, perso s'il ne veut pas le perso. C'est en injectable et si ça ne
85 tient pas dans la Chambre que tu vois, il y a toujours une agitation que toi t'es en difficulté pour
86 sortir de la chambre, et cetera. Bon là, la question elle ne se pose pas et du coup on va en iso. Il

87 y a une contention physique qui se met en place, mais on, on essaie toujours de désamorcer
88 les choses et d'utiliser toutes les autres palettes pour ne pas aller jusqu'à contention physique.
89 Cela dit, il faut aussi voir l'aspect thérapeutique de la contention physique, il ne faut pas
90 l'oublier, ce n'est pas que pour se protéger soi-même et protéger le soignant. En tout cas moi je
91 le vois comme ça. Pour moi ça a vraiment un rôle de rassembler, de de de, de stopper et de
92 contenir ces angoisses de morcellement des patients. Ils sont morcelés quand ils sont des
93 compensés, c'est une réalité pour la plus part. Et du coup, dans ce cas-là, la contention, elle est,
94 elle est efficace, même celle d'être très violente à installer. C'est un soin avant tout, on l'oublie
95 hein...euh vraiment.

96 Je trouve que surtout que les nouvelles générations qui arrivaient comme ça, il a de moins en
97 moins de contention physique, c'est de moins en moins présenter. Et on tant à aller vers le on
98 essaiera de plus jamais de contenir. Sauf que la réalité, c'était patients, psychotiques, ils ont des
99 angoisses de morcellement, ça, on ne l'a pas inventé, c'est ça, c'est là, depuis la nuit des temps
100 et et que la contention physique permet de les apaiser. Il y a d'autres pays arrivent à faire
101 autrement, mais du coup ils ne sont pas 4 pour 25 patients et pas les mêmes locaux non plus

102 **EIDE Marine : Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des**
103 **troubles de la communication ?**

104 **Violette IDE :** Hey. Alors déjà, il y a un truc dont j'ai pu remarquer avec des patients qui ont
105 des troubles de la communication. Euh ...je te parle des patients plutôt déficitaires là, c'est que
106 le vouvoiement ? En générale ne fonctionne pas, tout cas, moi, c'est mon expérience, hein, ça
107 m'est arrivé plusieurs fois de vouvoyer un patient déficitaire et du coup, il ne comprenait pas ce
108 que je disais.

109 J'ai remarqué que le tutoiement, ça aider un peu petit à communiquer après là le cas du patient
110 il comprenait ce qu'on disait même si lui il arriver pas bien à s'exprimer, il comprenait

111 Je ne te cache pas que dans certain cas, j'ai du mal à comprendre et que c'était compliquer de
112 comprendre ce qu'il voulait. Il faut prendre beaucoup de temps, essayer de lui faire répéter ou
113 de nous montrer

114 Et après quand il est en crise comme ça, je pense enfin on tente déjà la contention physique par
115 humain tu vois pour essayer de l'apaiser avant d'en venir à la contention physique. Quand il
116 s'agite comme ça, on l'encercle, on le serre très fort et on attend de voir si ça passe ou pas, si
117 ça passe pas on en vient à labeh ça c'était le cas à la contention en chambre d'iso mais euh

118 ...je sais qu'il y a d'autre méthode enfin que moi j'ai pu utiliser dans le passé qu'ils utilisent
119 pas trop ici, qui s'appelle les packs, je ne sais pas si tu connais ?

120 **EIDE Marine** : Euh non

121 **Violette IDE** : Alors...euh ... les packs sont utilisés aussi, on les utilise en UMD chez une
122 patiente aussi déficitaire qui avait des troubles de la communication que quand elle était en état
123 de crise, quand elle était bien elle arrivait à communiquer mais quand elle était angoissée
124 ect...c'était impossible pour elle de verbaliser ce qu'il se passait et donc du coup elle s'agitait,
125 elle frappait ce que ce soit, on utilisait alors le pack il s'utilise souvent avec des draps mouillés
126 euh je sais plus si c'est froid ou chaud à la base, c'est de la vieille vieille psychiatrie. Et du
127 coup envelopper et on serrait très très très fort les patients pour qu'il puisse s'apaiser, se
128 détendre. Un peu petit peu comme les bains avec les bébés, je sais si tu vois ce que c'est.

129 **EIDE Marine** : Oui Oui je vois

130 **Violette IDE** : C'est un peu la même chose, euh ...et donc du coup c'est patiente la qui avait
131 des troubles de la communication, c'est une personne qui avait des traits autistiques et...
132 beh...on faisait on faisait des packs avec des draps, on serrait très très très fort quand elle s'agitait,
133 on mettait des packs et on serrait on serrait et on serrait. Si elle avait clash au sol, voilà on enlevait
134 les autres patients et on la serrait, on la serrait, on la serrait alors on utilisait pas des draps mouillés
135 etc... Mais ...ça fonctionnait plutôt très bien. Sa durée 5min mais elle arrivait à s'apaiser puis
136 après on pouvait l'accompagner en chambre tu vois ? C'est quelques choses qui étaient
137 beaucoup utilisées dans mon ancien hôpital ici on ne l'utilise pas trop, je n'ai jamais vu ici, après
138 je ne l'ai jamais initié non plus, faudrait peut-être que j'y pense un jour (sourire) et voilà

139 **EIDE Marine** : **La mise d'une contention impacte-t-elle la relation soignant-soigné ?**

140 **Violette IDE** : Dans qu'elle sent elle l'impact ?

141 **EIDE Marine** : est-ce que la mise de contention sur une personne il y a un changement sur la relation
142 soignant-soigné ?

143 **Violette IDE** : En positif en négatif ?

144 **EIDE Marine** : plutôt en négatif mais les deux versants peuvent être intéressants.

145 **Violette IDE** : Euuuuh. Alors en négatif alors ...non ça peut, ça dépend le type de patient euuuh
146 Franchement ça reste un soin, moi j'ai déjà eu des patients qui m'ont demandé d'être

contenu, ce sont des choses qui arrivent euh Ça peut, ça peut dégrader la relation mais toujours sur un temps où le patient ne va pas bien. Si le patient est persécuté qu'on le contient et qu'il voit ta tête, et qu'il voit ton visage en train de le contenir il peut avoir une persécution qui se développe, après même quand il est contenu à dire oui du me veut dire mal ect ...

En générale quand le patient va dans la stabilité, ça s'est des choses qui s'efface un peu petit peu, ou en tout cas tu peux retravailler avec lui en entretien euhmoi je dirai pas que ça impact en négatif parce que moi je suis pas du tout une pro de la contention, mais quand je vois toujours l'aspect thérapeutiques de la contention, et euh et euh je pense au moment où les patients sont stabiliser, il arrive quand même à s'en rendre compte, après il y a des patients qui le vive très violemment et c'est pour ça que c'est important que quand tu contiens quelqu'un même si il est très agité, très énervé, de lui expliquer ce que tu es en train de faire, et de surtout de reprendre après quand ça va un peu petit peu mieux. Après c'est mis en place, ça c'est au bon vouloir des soignants mais je sais que moi j'ai tendance à le faire si c'était sur un épisode d'agitation et de contention, je sais qu'une semaine après si le patient va un peu petit peu mieux c'est d'essayer de reprendre ça quoi, pour ça s'est passé ? qu'est-ce que ça ta fait ? Est-ce que tu en retiens du positif ou du négatif ? Pourquoi enfin voilà toujours dans le questionnement et la communication enfaite, c'est super important voilà du coup avec un patient ayant des troubles de la communication ça, ça peut s'avérer plus compliquer.

EIDE Marine : Et si c'était ton cas comment réagirez-vous ?

Violette IDE : Je pense que j'essayerai de faire un entretien et de me mettre à son niveau. Essayer de lui parler et voir s'il me comprend peut-être de le faire dessiner, et essayer de comprendre, essayer de le rassurer, de lui expliquer avec des mots simples

EIDE Marine : **Comment percevez-vous la contention ?**

Violette IDE : Je l'aperçois, je n'ai jamais vu ou vécu de contention abusive, donc j'ai toujours ce ..ce, puis je considère la plus part des cas les soignants sont dans la bienveillance toujours la contention c'est toujours quelques chose qu'on essaye de pas faire perdurer moi j'essayer toujours de faire attention qu'il est une contention chimique qui soit associé justement pour que le soin ne soit pas violent euh ...et ..que ça porte ses fruits sinon ça n'a aucun intérêt euuuuhh je vois voilà je considère toujours que c'est un soin même si on essaye un maximum de l'éviter et de le limiter dans un point de vue temporalité euh.. Toujours mettre en avant que c'est un soin, et que c'est notre dernier recours mais il porte ces fruit très souvent quand même voila

178 Silence. On en parle souvent en équipe et avec les médecins, on est formés quand même.

179 **EIDE Marine : A votre avis le manque de communication influe -t-il sur la complexité de**
180 **la relation soignant-soigné**

181 **Violette IDE :** Ah oui ça c'est une certitude, oui oui, beh déjà quand ta déjà un patient qui ne
182 parle pas la française en psychiatrie s'est compliquée, on soigne quand même avec l'échange,
183 tu vois pour essayer de comprendre ce qu'il se passe, essayer déceler si c'est un délire, s'il y a
184 un délire sous-jacent, essayer de déceler s'il y a juste des traits culturels qui sont là .C'est hyper
185 compliqué quand le patient ne parle pas, ça c'est vraiment une première chose euh.....et avec
186 les patient qui sont déficitaires et tout ça c'est c'est compliqué quand même, moi je sais que j'ai
187 pas l'habitude c'est pas des patients que je vois très souvent donc je suis pas très forte avec
188 les patients déficitaires, je m'en rend compte, je suis en difficulté, je le ressens tu vois, par contre
189 un patient qui va être complètement dissocié, un vrai psychotique complètement dissocié en crise
190 là je vais avoir aucune difficulté, je serai comment communiquer avec lui, je passe toujours par
191 la parole, si c'est le plus vite possible, je lui dis écoute on discutera plus tard parce que là c'est
192 pas possible t'es pas attentif, t'es pas à l'écoute, faut savoir se mettre en retrait aussi des fois,
193 quand ils sont trop décompensés voilà selon le type de patient, c'est plus ou moins facile pour
194 moi mais oui ça influe toujours la relation soignant-soigné le fait de ne pas pouvoir
195 communiquer, ça te met toujours en difficulté de toute manière

196 **EIDE Marine : C'est quoi pour vous la relation soignant soigné ?**

197 **Violette IDE :** Pour moi c'est la relation qui s'établit entre une personne qui est en souffrance
198 et entre soignant qui est là pour lui apporter de l'aide et un appui euh...en psychiatrie
199 notamment euh... on parle de souffrance plutôt psychique, pour moi le soignant il est là pour
200 essayer de prêter un peu petit de son appareil psychique, de ... de ...euuh d'aider,
201 d'accompagner dans tout ce qui est le quotidien, dans la communication, dans l'échange avec
202 les autres euh mmmh ...et .. Du coup... je me perd J'étais en train de te parler de la relation
203 soignant-soigné, relation de confiance toujours toujours c'est très important, c'est la première
204 chose à essayer de mettre en place avec un patient

205 Moi je pars du principe que on peut faire confiance au gens jusqu'au jour où il me prouve que
206 ce n'est pas le cas, et je je le dis aussi comme ça à mes patients, j'ai toujours tendance à leur
207 faire confiance pour qu'eux puisse me faire confiance aussi parce que ça ne peut pas aller dans

208 un seul sens, sinon on ne peut pas faire soin, sauf beh après si la confiance elle est rompu, on
209 retravaille et diffèrent enfaite voila

210 **EIDE Marine** : Comment tu fais pour retravailler cette relation de confiance rompu ?

211 **Violette IDE** : Quand la relation de confiance alors euh ..nous là on est dans une unité ou on
212 n'a que des soin sans consentement donc le patient ne sont pas d'accord pour se soigner c'est
213 là ou est toute la difficulté C'est là où c'est hyper intéressent aussi parce que tu vois tu dois
214 malgré le fait que je patient n'a pas du tout envie d'être là et qu'il pense qu'il n'est pas malade,
215 essayer de créer ta relation soignant soigné et cette relation de confiance, euh ..donc euh... faut
216 leur déposer enfaite parce que tu veux-tu attendre d'eux donc ça en générale c'est en post crise
217 parce que au moment de la crise, tout ce que tu veux c'est qu'il se sente bien et apaiser mais en
218 post crise par exemple tu travailles le projet extérieur ou la consommation de toxique ectbeh
219 que tu donnes ta confiance et que beh ta relation de confiance n'est pas rompu parce qu'on reste
220 des soignants donc voilà, mais qu'elle est un peu entaché, parce que le patient n'a pas réussi à
221 ne pas consommer, alors qu'il t'avait dit droit dans les yeux juste avant, je te jure, je ne
222 consommerai plus ect, en faites il faut essayer de comprendre pourquoi ta consommer, qu'est-
223 ce qu'il s'est passé, qu'est-ce que tu peux mettre en place pour éviter de consommer, ca passer
224 encore par la communication tu vois ? C'est comme ça que je travaille. Après je ne dis pas que
225 c'est ce qu'il faut faire, mais moi c'est comme ça que j'ai l'habitude de travailler. Et je pense que
226 c'est très important, la disponibilité aussi dans la relation soignant-soigné et surtout en
227 psychiatrie. Si on n'est pas disponible. Il faut dire quand est ce qu'on le sera. Les patients sont
228 toujours en demande, toujours, toujours, toujours en psychiatrie, et ce n'est pas rassurant quand
229 tu étais en demande que t'es angoissé, que t'avais des gens qui passent devant toi et qu'ils disent
230 je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps, ce n'est pas assurant. Par contre si t'as un soignant qui
231 passe à côté de toi disant écoute, là je n'ai pas le temps de discuter avec toi. J'ai d'autres choses
232 à faire, mais si tu veux quand j'ai terminé dans une demi-heure. On se voit 10 min dans un
233 bureau et on discute. Voila.

234 **EIDE Marine** : Merci beaucoup

235 **Violette IDE** : Je t'en prie, avec plaisir ça me rappelle mes folles années

Annexe III.II : Entretien en pneumologie

1 EIDE Marine : **Pouvez-vous vous présenter ?**

2 Camélia IDE : Alors moi je m'appelle *****, je suis diplômé depuis juillet, voilà je suis jeune
3 diplômée et depuis que je suis arrivée à l'hôpital d'Avignon euh... j'ai fait le service de
4 pneumologie et j'ai fait aussi médecine infectieuse et j'ai fait aussi des remplacements euh au
5 SSR au village voilà. J'exerce donc depuis 7mois.

6 EIDE Marine : **Quel âge avez-vous ?**

7 Camélia IDE : Je ne fais pas mon âge oulala, j'ai 40ans (rire) je ne fais pas mon âge, j'ai 3
8 enfants et j'ai 40ans.

9 EIDE Marine : **Donc ma question serait j'aimerais que vous me parliez d'une situation en**
10 **lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication.**

11 Camélia IDE : ah voilà c'est avec des patients qui ont des troubles de la communication, beh
12 moi en fait ça je l'ai vu euh pendant mon stage au urgence en fait au urgence quand le patient
13 arrive et le patient est à de l'agitation du à ces troubles cognitifs euh. J'ai vu qu'il mettait des
14 contentions au niveau des bras euh. Mais quand j'ai demandé pourquoi ils faisaient ça, parce
15 qu'il avait peur qu'il se lève, il a un risque de chute et qu'ils estimé qu'il n'était pas assez
16 nombreux, il y a des box et ils faisaient des va et vient, ils ne pouvaient pas rester avec le patient
17 donc il le contentionner justement il me disait qu'il avait un risque de chute, j'ai vu aussi euuh
18 les contentions, voilà qu'avec les personnes démente enfaite ?

19 EIDE Marine : oui mais pas que ça peut être démence, trouble psychiatrique, barrière de la
20 langue

21 Camélia IDE : j'ai vu la contention aussi que la personne est agitée du a ses troubles cognitifs
22 et quand elle refuse de garder l'optiflo par exemple elle désaturer énormément, l'optiflo est à
23 haut débit et du coup elle arrêter pas de l'enlever et en l'enlevant en fait il y avait un risque de
24 décès donc là j'ai vu qu'il les contentionner justement pour garder l'optiflo c'était pour éviter,
25 c'était pour la patiente parce que si elle retire elle désature et elle risque le décès, alors là

26 EIDE Marine : Donc c'est une urgence vitale ?

27 Camélia IDE : Voilà et souvent sur la patiente démente j'ai souvent vu euh ... du fait qu'il y a
28 un risque de chute donc euuh les attacher j'ai vu au niveau des bras au urgence et quand j'étais

29 en médecine infectieuse euh moi je connaissais pas du tout ses contentions, c'est des
30 contentions au niveau de la taille euh des bras et des jambes ça faisait un peu comme euh les
31 contention de l'époque genre je connaissais pas du tout, c'est la première fois que je voyais ça

32 **EIDE Marine : Détaillez-moi le contexte de la situation ?**

33 **Camélia IDE :** beh c'était des patients en fait qui risquer de se lever et qui avait un risque de
34 chute, enfaite il disait qu'il faisait ça parce qu'il y avait un risque de chute

35 **EIDE Marine :** Comment le patient le vivait ?

36 **Camélia IDE :** il le vivait très mal, il essayer de ce...il se debater pour retirer mais bon après il
37 y a une prescription donc il faut un temps de contention après je ne sais pas si c'est réellement
38 fait mais moi pour ma part je n'ai jamais contentionner personne, ça ne m'ai jamais arriver
39 (rire) mais j'ai vu j'ai vu faire

40 **EIDE Marine : Est-ce que tu penses qu'il a des alternatives à la mise sous contention**
41 **physique ?**

42 **Camélia IDE :** c'est-à-dire ? éviter la contention ?

43 **EIDE Marine :** Oui

44 **Camélia IDE :** oui moi déjà euh personnellement ça me perturbe, c'est un truc qui me perturbe,
45 la 1ere fois que je l'ai vu euh ..ça fait un peu bizarre quand même de contentionner quelques un
46 au niveau des bras, de ne pas le laisser bouger, ça me perturbe, je suis bien contente de ne pas
47 avoir eu à le faire mais euuuh après d'autres alternatives, moi je pense enfin au urgence ça
48 serait peut-être, après c'est compliqué il y a une manque de personnel, après il disait qu'il y
49 avait un risque de chute est ce qu'on peut laisser quand même le patient déambuler, moi pour
50 m'a part j'aime pas trop la contention (rire nerveux) c'est quelques chose qui me perturbe

51 Dans mon service de nuit déjà quand quelquefois j'arrive le matin en tout, ils sont 1 infirmière
52 et 1 aide-soignante pour 30, des fois ils ont des entrées dans la nuit en fonction comment c'est
53 et beh elle dit moi j'ai contentionner, donc il y a un groupe qu'ils sont contre, qu'ils disent beh
54 de toute façon moi je le fais s'il n'y a pas de prescription alors des fois elles le font parce
55 qu'elles sont alors voilà elles disaient on ne pas gérer, je suis toute seule et tout. Donc nous le
56 matin quand on arrive on enlève quoi, on ne le laisse pas contentionner s'il y a pas de
57 prescription ou si voila

58 **EIDE Marine** : Et comment fait tu pour gérer cette situation si un patient s'agite ?

59 **Camélia IDE** : Oui on lui enlève mais après il y a les barrières, on met les barrières, c'est moins
60 traumatisant, voilà on met le lit au plus bas mais voilà ce qu'on fait, sinon on retire les
61 contentions puis il y a beaucoup plus de passage euh sinon on va lever le patient au fauteuil euh
62 voilà on va surveiller plus plus quoi. Mais pas laisser contentionner toute la journée quoi

63 **EIDE Marine** : Et du coup concernant les barrières de lit ?

64 **Camélia IDE** : c'est prescrit aussi, je ne fais pas s'il y a pas de prescription. Quand on va
65 prendre en charge le patient au niveau de ses soins, sa toilette c'est là ou on retire les contentions
66 et que voila et qu'on met les barrières puis après on en parle au médecin

67 **EIDE Marine** : **La mise d'une contention impact-t-elle la relation soignant- soigné ?**

68 **Camélia IDE** : pour moi oui, beh oui parce que du coup surtout si le patient est contre, je veux
69 dire que ça un peu après si c'est des patients dément euuh ouais déjà que c'est pas évident
70 donc euuh ils peuvent le voir comme une agression quoi voilà moi je pense que sa impacte la
71 relation surtout quand c'est souvent enfin pour leur mettre ils vont donner le bras facilement
72 quoi, c'est vraiment on prend le bras (refait le geste) , c'est contre leur volonté donc dans tous
73 les cas ca impacte la relation soignant-soigné, je me sens en echec. Puis euh la relation de
74 confiance peut être rompu ils peuvent ressentir une trahison et ça peut compliquer la prise en
75 charge

76 **EIDE Marine** : **Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des**
77 **troubles de la communication ?**

78 **Camélia IDE** :après si en pneumologie c'est pas souvent, on peut avoir des patients, par contre
79 on a beaucoup de patient issue de la psychiatrie et là c'est plutôt les traitements, la contention
80 chimiques, qui vont donner c'est plus euuh la j'avais un patient assez agité euuh la que tu me
81 fais penser quand le patient est agité le médecin va lui prescrire des Seresta et des chose pour
82 un peu petit peu caser le patient qu'il soit plus euuh euh moins agité euh voila ca j'ai vu faire
83 en revanche ils vont plus faire la contention chimique ici que les contentions physique, ca ils
84 vont plus faire ça, parce que des fois après c'est même pour la euuh même souvent le patient la
85 famille c'était plus gérable quoi, il arrêter pas d'essayer de se lever, il a chuter a plusieurs reprise
86 et s'est fait plusieurs hématome, la famille me disait est ce que vous pouvez pas lui donner
87 quelques chose pour un peu qu'il puisse se reposer, qu'il dorme parce que il ne dormait

88 pratiquement plus donc voilà le médecin prescrit et après en revanche quand moi, ça m'ai déjà
89 arriver que le patient était très endormi et qu'il arrivait plus à manger euuuh beuh la du coup je
90 dis au médecin beh là je trouve qu'il est très endormi du coup op il réajuste, il adapte le
91 traitement pour que le patient puisse un petit peu voilà qu'il puisse un peu manger qu'il puisse
92 un peu euuuh voilà parce sinon après il fait pratiquement plus rien

93 **EIDE Marine** : Et il y a des alternatives, des méthodes pour communiquer avec lui ?

94 **Camélia IDE** : ce n'est pas évident de communiquer avec quelqu'un qui, les troubles de la
95 communication ce sont les personnes démences on est bien d'accord ?

96 **EIDE Marine** : Démence, trouble psychiatrique, barrière de la langue

97 **Camélia IDE** : pour la barrière de langue, on arrive toujours à ce faire comprendre.

98 C'est arriver une patiente en fait ce qu'ils font en plus c'est qu'il s'arrache leur cathéter, il
99 arrange leur perfusion, il s'agite en fait, il essayer de se lever donc euh on donne des traitements
100 quand ils ont des troubles cognitifs, c'est là où la fille de nuit va mettre les contentions parce
101 que du coup souvent il n'y a pas de médecin qui puisse lui faire la prescription aussi euh du
102 coup le matin après le médecin met en place des prescriptions pour que le patient soit moins
103 agité.

104 **EIDE Marine** : Si la patiente est atteinte de démence qu'est-ce que vous mettent en place ?

105 **Camélia IDE** : beh c'est pas évident, lui expliquer même si elle comprend pas, moi je pars du
106 principe que même si la patiente a des troubles cognitifs je pars du principe que j'explique
107 toujours ce que je fais euh on la rassure, on lui dis ne vous inquiétez pas, après euh pour ma
108 part je trouve que c'est important de même si il a des troubles cognitifs euh beh c'est important
109 qu'on lui parle et qu'on lui explique les choses après c'est vrai c'est pas évident parce que on a
110 pas leur consentement au personne qui ont leur troubles cognitifs ca ca m'a toujours interpellé
111 d'ailleurs on peut pas leur dire et du coup moi je pars du principe qu'on explique tout ce qu'on
112 fait, on leur explique que c'est pour leur bien que voilà vous risquez de vous faire mal même si
113 des fois on voit qu'il entende pas qui reste un peu dans l'agitation mais il faut toujours expliquer
114 ce qu'on fait à la personne puis avec une voix, faut parler calmement, prendre la main vraiment
115 être dans la relation de confiance pour qu'ils comprennent qu'on la pour les aider pas pour euh
116 c'est très important

117 **EIDE Marine** : **Comment vous avez vécu le fait de contention un patient ?**

118 **Camélia IDE** : Moi ça me perturbe, je suis contente que ça m'ai pas arriver de faire ce geste-là,
119 mais je l'ai vu faire, moi ça me perturbe !! parce que je parle euuhh c'est c'est c'est quand
120 même un être humain je veux dire, c'est un patient, il est là, il est vulnérable, on est là pour lui
121 et moi ça m'a toujours perturber la contention, je trouve ça deshumanisante la 1 ère fois que je
122 l'ai vu ça m'a perturber mais enfaite quand je l'ai vu au urgence des qu'il a commencé à se
123 lever opopop on le contention parce que du coup on peut pas le surveiller donc enfaite euh moi
124 je trouve que c'est violent quand même il arrive le patient on le contentione voilà juste prendre
125 le temps et au urgence ils ont pas le temps de prendre le temps pour la relation de soin, d'ailleurs
126 c'est mon stage au urgence c'est ce qu'il m'a perturbé euh c'est la relation soignant soigné, on
127 peut pas prendre le temps pour le patient enfaite on disait enfin moi j'étais étudiante à l'époque
128 vite vite vite vite aller il faut vite faire ça vite faire ça et ça enfaite on avait pas le temps de
129 parler avec les patients parce que il faut aller de l'un a l'autre poser des cathéter a tout va, c'est
130 un peu trop enfin je trouvais qu'il manquait vraiment de la relation de soin, de prendre le temps
131 de parler avec les patients, moi perso ca m'aurait pas plus de travailler au urgence juste pour
132 moi parce que je trouve que c'est important d'expliquer au patient, de prendre du temps de
133 parler avec lui, a non non je pourrai pas j'crois (rire)

134 **EIDE Marine** : Tu ressens quoi comme émotion ? de la colère ? tristesse ? frustration ?

135 **Camélia IDE** : De la colère non mais de l'incompréhension, de l'incompréhension parce que
136 on se dis euh toujours j'aimerai pas qu'on fasse ca à mes proches, c'est ce qu'on se dis dans
137 cette petite voix, j'aimerai pas que ça m'arrive, donc on ne fait pas les chose que voilà après on
138 m'explique que c'est pour le risque de chute pour éviter tout ça mais moi ça me perturbe la
139 contention énormément après autres fois j'étais aide-soignante euh on avait des patients qui
140 déambuler, qui était confus et beh on les contentionner pas hein ! on les laisser euh déambuler
141 euh enfin après on apprenais à les connaitre, on savait comme leur parler et tout mais bon on
142 s'amuser pas à tous les contentionner quoi enfin je veux dire même si on était le personnel
143 réduit, donc moi je n'avais pas vu faire c'est pour ça que quand je l'ai vu faire je me suis dit
144 waouh ca m'avait un peu petit peu perturber pour la contention voilà moi ça m'a perturber

145 **EIDE Marine** : Vous en parlez en équipe ?

146 **Camélia IDE** : beh la seule que j'entends ici c'est que, bon il y a n'a ici aussi que ça perturbé
147 mais surtout quand c'est pas prescrit surtout, souvent il disait oui la contention de cette nuit
148 c'est pas prescrit je l'aurai pas fait voilà des chose comme ça mais sinon après ça nous arrive

149 pas souvent honnêtement voilà parce que moi j'ai pas vu faire ici, le plus que j'ai vu c'était au
150 urgence, j'ai vu aussi en médecine infectieuse parce que je suis de temps en temps mais c'était
151 des personnes démente aussi.

152 Il y a un risque pour eux apparemment, un risque de tomber voilà

153 Il y a un risque pour eux apparemment, un risque de tomber voilà, ils disent chute à répétition,
154 voilà ce qu'on m'explique

155 **EIDE Marine** : Vous êtes aide-soignante depuis combien de temps ?

156 **Camélia IDE** : J'ai été aide-soignante durant 15ans, j'ai travaillé en tant qu'aide-soignante
157 durant 15ans, j'ai fait plusieurs service, SSR, soins palliatif, EHPAD, et voilà du coup je n'ai
158 pas vu la contention (rire nerveux). Dans mon ancien hôpital, je ne travailler pas ici et c'est
159 pour ça quand j'ai vu euh, parce que il y a 2 sortes de contentions et puis en plus le matériel il
160 est dans le chariot quoi , c'est des contentions je ne sais pas si tu l'ai a déjà vu là les bleu ?
161 comme et qu'on attache au bord du lit et les autres avec des clous, moi sur le coup j'avais euh
162 ça fait un peu comme il y a eu très longtemps quoi je veux dire ce qu'on voyait il y a très
163 longtemps en psychiatrie donc ça m'avait aussi voilà, moi je n'avais pas l'habitude donc euh
164 surtout on se met à la place du patient, encore plus quand il essaye de se débattre pour ne pas le
165 mettre et tout, donc on va quand même prendre la main du patient et lui mettre (refait le
166 scénario) moi ça m'a un peu perturber je ne sais pas si c'est parce que je n'ai pas du tout habituer
167 a ça et je pense qu'on peut avoir voilà après on explique qu'il y a un manque de personnel, qu'il
168 y a un risque pour lui, on ne peut pas être en permanence euh avec lui mais bon je veux dire
169 nous par exemple quand on avait des patients dans mon ancien hôpital ou je travailler et bien la
170 patiente des fois on la prenais avec nous en salle de soin, on la prenais on la mettais sur une
171 chaise pendant qu'on faisait n'au soin, je veux dire elle était avec nous, on allais pas dire oh
172 beh non on va aller l'attacher beh non, si il y a un certain beh on les prenait ils faisaient le tour
173 avec nous, ils faisaient des choses avec nous donc euh c'est pour ça pour moi quand je lui arriver
174 si ça m'a un petit peu choquer (rire) voilà peut-être que il y a n'a qui ont plus d'expérience,
175 c'est vrai que moi je suis diplômé de peu quoi après ils ont plus d'expérience que moi

176 **EIDE Marine** : Merci beaucoup

177 **Camélia IDE** : merci j'espère que j'ai pu t'aider euh et que je n'ai pas eu euh je n'ai pas eu euh.

Annexe III.III : Entretien en traumatologie

1 EIDE Marine : **Pouvez-vous vous présenter ?**

2 Rose IDE : Oui, du coup je m'appelle *****, j'ai 27ans, je suis infirmière en chir ortho, depuis
3 2 ans et demi, euh voilà.

4 EIDE Marine : Vous êtes diplômée depuis combien de temps ?

5 Rose IDE : Depuis 2020 c'est ça, 2 ans et demi,

6 EIDE Marine : C'est quoi ton votre parcours professionnel ?

7 J'avais fait un stage ici en 3e année qui m'avait beaucoup plu. Du coup j'avais postulé et direct
8 je suis venu ici, donc je n'ai pas travaillé ailleurs.

9 EIDE Marine : Pouvez-vous vous présenter ?

10 Iris IDE : Je m'appelle *****. Je suis arrivée aussi en 2020. Euh et j'ai été muté dans notre
11 hôpital. Avant j'avais fait de l'urologie, je suis diplômé depuis 2016

12 EIDE Marine : Quel âge avez-vous ?

13 Iris IDE : J'ai 27 ans

14 EIDE Marine : **Ma question inaugurale est j'aimerais que vous me parliez d'une situation**
15 **de soins en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication ?**

16 Rose IDE : on n'a à régulièrement ici c'est vrai, je pff est-ce qu'on parle de pas de la dame de
17 la 9, contentonné au fauteuil ?

18 Iris IDE : je ne connais pas mais vas-y !

19 Rose IDE : Mumm, alors ici, déjà, il faut savoir quand je suis ortho, on est souvent obligé de
20 contentonné les gens parce qu'ils se font opérer. Ils ont des fractures donc ils sont immobilisés
21 et quand ils se lèvent, ils chutent la plupart du temps. Et ça peut aggraver les fractures, même
22 après le bloc, souvent, ils sont désorientés à cause de l'anesthésie, donc là, ils veulent se lever
23 et ils tombent. Voilà et du coup, on est obligé la plupart du temps de les contentonner. Alors
24 oui, on peut mettre des traitements souvent médicamenteux, mais ça ne fait pas toujours effet,
25 donc on est les contentonne, alors c'est toujours prescrit par le médecin. Mais voilà, c'est vrai
26 que c'est très enfin, c'est quotidien. Et du coup, une situation qui ma marquer. C'est une dame
27 qu'on avait contentonnée au fauteuil parce que cette dame était démente, elle se levait et du

28 coup elle chutait tout le temps. Du coup, on l'avait contentionné au fauteuil et euh en fait, je ne
29 sais pas moi 3 h après, l'aide-soignante l'a retrouvée euh. Elle l'avait retrouvé comment dire euh
30 presque tombé du fauteuil attaché par la contention, elle était décédée, donc elle n'est pas
31 décédée à cause de la contention et du coup, je pense qu'elle a dû se lever, peut-être faire un
32 arrêt cardiaque et en fait bah elle était tombée du fauteuil. Mais la contention la tenait enfin
33 bon. C'était un peu une scène particulière, ouais.

34 **EIDE Marine :** Avez-vous dans le service des alternatives à la mise de contention physique
35 ?

36 **Iris IDE :** Bah déjà, il faut savoir que on a des contentions sans le vouloir c'est-à-dire par
37 exemple, les gens qui ont une fracture du col du fémur, souvent ils ont une traction au pied du
38 lit et donc Ben malgré tout, c'est quand même une contention parce que ça les empêche de se
39 lever euh ensuite on bah nous enfin là on met les barrières, parce que ça les aide à la
40 mobilisation, et cetera, mais c'est quand même une contention. Donc en fait on en met sans
41 vraiment le vouloir. Et après les alternatives, elles sont compliquées, ouais à part les traitements
42 de médicaments qui peuvent les shooter entre guillemets, du coup ne pas être obligé de les
43 contentionner, mais on a souvent des soins, on est obligé de les contentionner pour la
44 transfusion, sinon ils arrachent les cathéters, la plupart du temps ils veulent se levés, ils
45 arrachent les pansements.

46 **Rose IDE :** Alors maintenant les pansements on arrive un peu euh souvent, on demande aux
47 familles d'amener des vêtements à eux les Joggings, tout ça au moins sa vite qu'ils arrachent le
48 pansement. Ou quelquefois quand on a des grenouillères, on met des grenouillères c'est moins
49 violent, quand on peut-on met des grenouillères. Voilà, au fauteuil, c'est plus simple, ils ont les
50 mains libres et ils ont-ils sont juste attachés au fauteuil, mais bon, voilà l'expérience que j'ai
51 eue, c'est que la dame elle est décédée et qu'elle était attachée au fauteuil, elle pendait presque
52 sur le fauteuil. Donc malheureusement, on n'a pas de contention pour le lit, au niveau du bassin.

53 **Iris IDE :** Non on a n'a pas

54 **EIDE Marine :** Quelle alternative avez-vous mis en place chez un patient ayant des
55 troubles de la communication ?

56 **Iris IDE :** Aucune (rire)

57 **Rose IDE** : Ah mais c'est vrai, en fait, on est, on est, on est, on est, on est-il y a 12 patients, on
 58 est peu, y a énormément de travail et c'est vrai que.

59 **Iris IDE** : après la plupart du temps, mais c'est quand même laisser les familles quand les
 60 patients sont des déments, ils les connaissent mieux que nous.

61 **Rose IDE** : bien sûr quand les patients sont des déments y a des familles qui peuvent venir un
 62 peu plus tôt, s'occupe d'eux.

63 **Iris IDE** : Pour avoir de renseignement

64 **Rose IDE** : On leur met de la musique, parfois, je sais que les soignantes mettent de la musique
 65 pour euh pour euh les détendre et du coup, ça leur fait du bien, mais la plupart du temps, je dois
 66 avouer qu'on facilite enfin, c'est plus facile pour nous de mettre contentions. Parce que, on
 67 manque de temps, de personnel, du coup, c'est la facilité voilà. Même si enfin moi, je déteste
 68 faire ça vraiment et quelquefois je laisse une main libre et après je le regrette vite, parce qu'il
 69 arrache tout.

70 **Iris IDE** : Après ils faut savoir aussi que la nuit ils sont moins que nous, et sous les contentions
 71 sont initié la nuit parce que bah du coup les patients sont plus agités la nuit et hé ouais du coup
 72 ouais. Nous la journée parfois on arrive à les enlever

73 **Rose IDE** : oui la journée, ils sont moins angoissés que la nuit et je les trouve moins violent ou
 74 moins désorienté ? Ils sont plus présents, du coup on évite la plupart du temps on essaye, mais
 75 bon.

76 **EIDE Marine** : **Est-ce que la mise d'une contention impact-t-elle la relation soignant-soigné**
 77 **?**

78 **Rose IDE** : Moi je ne trouve pas parce que c'est des gens pour lesquelles il n'y a pas de
 79 communication de base, verbale en tout cas, après je sais qu'il y a des patients qui crie encore
 80 plus quand ils ont les contentions, ils sont encore plus confus quand ils ont les contentions et
 81 mais de base c'est patient qui sont confus qui ont des troubles cognitifs et qui ne sont pas
 82 présents du coup de base nous euh. Ils ne sont pas conscients qu'ils sont là, ils nous parlent pas
 83 forcément du coup, des fois ils se rendent même pas compte qu'ils sont attachés.

84 **EIDE Marine** : **Et comment percevez-vous la contention ?**

85 **Rose IDE** : Pour moi, pour moi, c'est de la torture. Genre je me verrais pas du tout qu'on
86 m'attache, en fait ouais, on prive de la liberté, des mouvements, après on essaie de se dire que
87 c'est pour leur bien que c'est pour eux qui tombe c'est pour c'est pour eux. Mais après ça nous
88 facilite aussi un peu la tâche des fois, mais j'avoue que je déteste contentionner les gens
89 vraiment !

90 **Iris IDE** : Après régulièrement on essayer de laisser les portes ouvertes même si pareil, ce n'est
91 pas réglementaire de laisser les portes des chambres ouvertes, nous ça nous permet d'avoir un
92 œil dessus et des fois de pas les contentionner. Ouais on essaye de mettre pas mal de chose en
93 place quand même.

94 **EIDE Marine** : **Vous arrive-t-il de prendre en charge des personnes soignées avant des**
95 **troubles de la communication ?**

96 **Iris IDE** : Bah on n'a pas le choix par exemple sur un secteur de 12 lits, y a n'a la moitié qui
97 sont des déments.

98 **Rose IDE** : Parce que nous, on a surtout des patientes très âgées, donc la moitié ont des troubles
99 cognitifs. Après ce n'est pas plus difficile de s'occuper d'eux. Il faut plus de temps, il faut être
100 plus patient. Euh ben par exemple, on passe on les réinstalle comme il faut. 10 Min après, ils
101 sont à moitié dans leur lit, presque à vouloir partir du lit. Et en fait, c'est comme si on n'avait
102 pas fait de travail, ont obligés de repasser, ils nous prennent beaucoup de temps et d'énergie.
103 Mais bon bah c'est des patients comme les autres que c'est la majorité de nos patients.

104 **Iris IDE** : Après, il faut savoir qu'en ortho on était censé ouvrir un service Upog. Euh et c'est
105 un des lits de gériatrie post interventionnelle, c'est-à-dire que tous les patients dont on parle là,
106 ils étaient censés aller dans ce secteur et en fait ben il y aurait eu un effectif dédié, un médecin
107 dédié aussi parce que nous leur en a qu'un médecin pour l'étage qui gère la partie médecine, pas
108 la partie chirurgie. Du coup bah là il y aurait un médecin pour ces 10 patients. Et voilà, ça aurait
109 était vachement plus cadrée, on aurait eu le temps de faire les choses, et cetera. Sauf que ça n'a
110 pas été mis en place parce qu'ils ont pas trouvé de gériatres, donc du coup bah voilà. Ça, c'est
111 des choses qui, qui qui améliorent la prise en charge, on pourra plus s'occuper d'eux, être plus
112 disponible.

113 **Rose IDE** : Ah oui, bien sûr, je vais me par exemple dans les EHPAD, y a souvent des unités
114 qui sont fermées pour les gens qui sont déments, qui ont des troubles cognitifs et pour eux ils
115 sont bien, ils sont y a pas de contention. Là-bas, ils sont libres, ils marchent comme ils veulent.

116 Alors oui ce n'est pas les mêmes choses qu'ici, parce qu'ici ils ont des fractures mais il y a des
117 unités qui sont faits exprès. Ils ont-ils ont peu de patients, ils ont que les patients déments, ils
118 sont beaucoup de soignants pour eux, donc du coup et c'est une meilleure qualité de soins
119 comparait à nous.

120 **Iris IDE** : Oui dans le service qui devait initier il y avait des soignants en plus pour la chirurgie,
121 des moyens en plus

122 **Rose IDE** : C'est pour les contentions c'est un peu un moyen pour nous parce qu'on n'est pas
123 assez nombreux pour pallier, parce que on peut pas, on ne peut pas tourner les yeux. On a 12
124 patients. Si, si, ils tombent tout le temps, ce n'est pas possible pour lui, donc c'est les contentions
125 parce qu'on ne peut pas rester dans sa chambre toute la journée.

126 Téléphone qui sonne

127 **Iris IDE** : La disponibilité et la patience ce sont des points essentiels pour nous. Puis après, c'est
128 aussi pour les protéger parce que s'il tombe sur du matériel, enfin voilà.

129 Téléphone qui sonne

130 Oui. À 48.

131 **Rose IDE** : T'as plus de questions ?

132 **EIDE Marine** : Non ça ira merci beaucoup

133 **Rose IDE** : super merci à toi

Annexe III.IV : Entretien en USLD

1 EIDE Marine : **Pouvez-vous vous présenter ?**

2 Lilas IDE : *****, infirmière depuis 1985. Voilà. 38ans de services.

3 EIDE Marine : Quel âge avez-vous ?

4 Lilas IDE : 59 ans

5 EIDE Marine : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

6 Lilas IDE : Euh presque 20 ans,

7 EIDE Marine : C'est quoi votre parcours professionnel ?

8 Lilas IDE : Alors j'ai d'abord travaillé dans une clinique privée, c'était de la chirurgie. Après,
9 j'ai, j'ai intégré le CHU Damien où j'ai travaillé en hémato et en grève de moelle. Après, j'ai
10 travaillé aux urgences psychiatriques, j'ai travaillé en pneumologie et en rééducation
11 fonctionnelle et après je suis arrivé ici.

12 EIDE Marine : **J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soins en lien avec la**
13 **contention d'un patient ayant des troubles de la communication ?**

14 Lilas IDE : qu'est-ce que tu entends par trouble de la communication ?

15 EIDE Marine : Ça peut être une personne qui est aphasique, une personne démente, une
16 personne qui a des troubles de psychiatrique.

17 Lilas IDE : Et donc une situation de soin en lien avec un patient contentonné ayant des troubles
18 de la communication. Je crois que je n'ai jamais réalisé de soins sur quelqu'un qui était
19 contentonné.

20 EIDE Marine : **Enfin, comment vous avez mis en place la contention chez une personne**
21 **ayant des troubles de communication ?**

22 On ne met pas forcément, on met une contention pour quelqu'un qui est agité. Oui, donc ça veut
23 dire que ça suppose de l'agressivité, de l'agitation. Je ne réalise pas de soins sur quelqu'un qui
24 est contentonné. On calme la personne, on met en place une contention soit pour éviter les
25 chutes, c'est-à-dire avec la crainte des traumatismes crâniens ou de de fractures. Mais après on
26 ne réalise pas d'autres soins. On continue de parler à la personne, de d'essayer de la sécuriser,
27 d'expliquer le sens du geste. Pourquoi on a mis en place une contention dont le but que la

28 personne ne se blesse pas, des fois, c'est aussi pour aussi la protéger des autres parce que s'ils il
29 est même de cette personne, trop d'agressivité ou trop d'angoisse, elle peut être malmené par
30 d'autres résidents mais verbal plus souvent que verbalement qu'autre chose. Il n'y a pas
31 vraiment de d'autres situations que celle que celle-ci

32 **EIDE Marine : Est-ce que dans ce service avez-vous recours à la contention physique ?**

33 Lilas IDE : Pour mettre une mise en place d'une contention, c'est-à-dire une ceinture, enfin ce
34 qu'on appelle une ceinture antiglisser, oui c'est quelqu'un chute trop et qu'on sait que le risque
35 et qu'on voit la personne titube et qu'elle risque de vraiment de tomber qu'elle est déjà tombée
36 là oui.

37 **EIDE Marine :** Est-ce qu'il y a une situation que tu peux me détailler ?

38 **Lilas IDE :** Non, pas plus que ça

39 **EIDE Marine : Avez-vous dans le service des alternatives à la mise sous contention**
40 **physique ?**

41 **Lilas IDE :** Si on en vient à mettre une contention physique, c'est qu'on n'a pas trouvé d'autres
42 alternative. Il y a que ni la parole, même en ramenant la personne dans sa chambre, oui euh on
43 a plus que cette alternative-là. Si les chutes sont trop répétées et qui a vraiment un, on s'aperçoit
44 qu'elle se met régulièrement en danger. On va demander au médecin de la prescrire et
45 exceptionnellement s'il n'y a pas de médecin, on va se la prescrire, mais il faudra, on explique
46 pourquoi on l'a mise. C'est vraiment quelque chose de dernier recours. L'objectif, ce n'est pas
47 d'avoir tous les patients avec une cingle. C'est contraire à leur bien-être, surtout s'ils sont des
48 gens qui ont encore la capacité de marcher.

49 **EIDE Marine :** Qu'est-ce que vous mettez en place ?

50 **Lilas IDE :** C'est parler à la personne, on l'isole, on peut éventuellement mettre de la musique,
51 on va la voir régulièrement voilà. Ici besoin, s'il y a un un si besoin, un un anxiolytique de
52 prescrit, on va le lui donner.

53 **EIDE Marine : Et est-ce que la mise d'une contention physique impacte elle la relation**
54 **soignant-soigné ?**

55 **Lilas IDE :** Ici non, mais je pense que par exemple dans d'autres type de service, elle doit être
56 mal vécu ici l'objectif les troubles de la communication peuvent être sont parfois incompatibles

avec une vie sociale. Mais euh ne nécessite pas forcément la mise en place d'une contention. Il suffit de prendre la personne avec soi et lui demander de se poser ou de l'occuper, de lui proposer à manger ou autre chose, de faire une activité pour que s'il s'agit d'agressivité ou d'agitation, il retombe. Il faut de la disponibilité, de la patience. Ils savent se renouveler aussi parce que peut proposer une chose, mais ce qu'il a déjà été proposé X fois. Et Ben on, on risque d'avoir un refus, il faut gagner leur confiance c'est important. Il faut aussi avoir d'autres, des fois d'autres idées. Et quand on n'a pas d'idée, on perd, sollicite d'autres collègues. Qu'est-ce que tu ferais, ce qu'on pourrait faire. On sollicite aussi les médecins, on en parle, on peut solliciter aux ici les animatrices, pour qu'il est une activité pour oui voilà. Il faut bien préciser ce que ce sont les troubles de la communication, parce que derrière le mot trouble de la communication, ça peut être très, très large et ça peut être interprété de différentes façons. C'est vraiment ça, peut-être même un trouble psychiatrique, même une démence, une aphasie. Pour une personne aphasie la on est un peu gêné avec à cause des masques, mais y a l'expression visuelle qui rentre en jeux. Le contact visuel. Le fait de poser la main sur la personne pour la calmer il y a plein de moyens poser la main, le rassurer, montrer des photos, enfin mettre de la musique, l'extraire du lieu où il est. Et si on voit que ça ne va pas ? Essayer de de comprendre ce qu'il a pu le perturber.

EIDE Marine : Est-ce que vous arrivez à prendre en charge les personnes justement qui ont des troubles de la communication.

Lilas IDE : Il y a plusieurs façons d'abord quelqu'un, la parole, le regard, le contact, ça peut être mal vécu comme bien vécu, l'accompagner dans les gestes de la vie quotidienne et généralement, ça se passe bien. Et, si on a beaucoup de difficultés à euh s'il n'y a pas vraiment souvent beaucoup de difficultés à contenir, la sécuriser, il faut prendre son temps, enfin montrer qu'on est totalement disponible et euh les choses s'arrangent.

EIDE Marine : **Comment percevez-vous la contention ?**

Lilas IDE : Par rapport à la sécurité de la personne, la sécurité physique, un traumatisme crânien sous-dural ou quelque chose comme ça, une fracture, ça nous rassure qu'elle soit là.

Patient qui pose une question à l'infirmière.

Donc le touché, contact, contact, contact visuel, les choses qu'elle qu'elles aiment et les souvenirs, mémoriser des souvenirs, le chant aussi, le fait de chanter une petite chanson. Des fois, c'a désamorce. Ça les apaise.

- 87 EIDE Marine : Merci beaucoup,
- 88 Lilas IDE : c'est tout ce que je peux faire pour toi.

Annexe IV : Grilles d'analyses vierges

Annexe IV.I : Grille d'analyse des entretiens

J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication	Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?	Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?	La mise d'une contention physique impact-t-elle la relation soignant-soigné ?	Comment percevez-vous la contention ?
Réponse	Réponse	Réponse	Réponse	Réponse

Annexe IV.II : Grille d'analyse des questions

Question		Cadre de référence
Psychiatrie	Réponse	
Pneumologie	Réponse	
Traumatologie	Réponse	
ULSD	Réponse	

Annexe IV.III : Grille d'analyse par concepts

	IDE en psychiatrie Age, sexe, formations, expériences	IDE en pneumologie Age, sexe, formations, expériences	IDE en traumatologie Age, sexe, formations, expériences	IDE en ULSD Age, sexe, formations, expériences
Concept 1				
Concept 2				
Concept 3				
Concept 4				
Concept 5				

Annexe V : Grille d'analyse des entretiens

Annexe V.I : Entretien en psychiatrie

J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication	Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?	Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?	La mise d'une contention physique impact-t-elle la relation soignant-soigné ?	Comment percevez-vous la contention ?
L 52 à 77 « J'ai une situation est un patient déficitaire. C'est un patient qui nous avait été renvoyé parce qu'il y avait des troubles du comportement. Ils étaient en foyer de vie. Il avait tendance à être agressif, à se	L 81 à 87 « Alors dans un premier temps en tout cas, nous on fonctionne comme ça qu'on tient passage à l'acte, une agitation. Tu essayes de communiquer, tu essayer de contenir ton	L 109 à 113 « J'ai remarqué que le tutoiement, ça aider un peu petit à communiquer, ou de les appeler par leur prénom Je ne te cache pas que dans certain cas, j'ai du mal à comprendre et que	L 145 à 147 « Euh. Alors en négatif alors ...non ça peut, ça dépend le type de patient euh.... Franchement ça reste un soin, moi j'ai déjà eu des patients qui m'ont demandé d'être contenu, ce sont des	L 170 à 177 « Je l'aperçois, je n'ai jamais vu ou vécu de contention abusive La plupart des cas les soignants sont dans la bienveillance toujours la contention c'est toujours quelques chose

jeter au sol. Donc il y avait des conduites auto agressive, plus, plus, plus il s'est jeté au sol, c'était horrible, il s'est défiguré le pauvre, c'était catastrophique. Et puis il a été très agressif avec une de nos collègues sur une frustration parce que c'est souvent le cas avec les patients qui sont déficitaires comme ça. Et du coup on a dû...à ce moment-là il y a eu une agitation, il a essayé de frapper ma collègue, non il a frappé ma collègue euh ...elle a dû tirer le dati on a dû le contenir physiquement. L'accompagner en chambre et il s'est agité. Donc on n'a pas pu le laisser en Chambre	patient là où il y a eu le Clash physiquement pour qu'il se pose tu vois. Si ce n'est pas possible, tu le ramène en chambre, dans sa chambre à lui. Pour essayer de de qui qui puisse se poser, et cetera. Tu proposes un traitement, perso s'il ne veut pas le perso. C'est en injectable et si ça ne tient pas dans la Chambre que tu vois, il y a toujours une agitation que toi t'es en difficulté pour sortir de la Chambre, et cetera. Bon là, la question elle	c'était compliquer de comprendre ce qu'il voulait. Il faut prendre beaucoup de temps, essayer de lui faire répéter ou de nous montrer » L 166 à 168 « Je pense que j'essayerai de faire un entretien et de me mettre à son niveau. Essayer de lui parler et voir s'il me comprend peut-être de le faire dessiner, et essayer de comprendre, essayer de le rassurer, de lui expliquer avec des mots simples »	choses qui arrivent euh ... » L 151 à 154 « En générale quand le patient va dans la stabilité, ça s'est des choses qui s'efface un peu petit peu, ou en tout cas tu peux retravailler avec lui en entretien euh ...moi je ne dirai pas que ça impact en négatif parce que moi je suis pas du tout une pro de la contention, mais quand je vois toujours l'aspect thérapeutiques de la contention » L 205 à 208	qu'on essaye de pas faire perdurer moi j'essayer toujours de faire attention qu'il est une contention chimique qui soit associé justement pour que le soin ne soit pas violent euh ...et ..que ça porte ses fruits sinon ça n'a aucun intérêt euh je vois voilà je considère toujours que c'est un soin même si on essaye un maximum de l'éviter et de le limiter dans un point de vue temporalité euh.. Toujours mettre en avant que c'est un soin, et que c'est notre dernier recourt mais il porte ces
---	---	--	--	--

comme ça, il a fallu qu'on le contienne au lit du coup voilà et qu'on lui donner évidemment un traitement. Parce que la contention va avec le traitement. Ça s'est important »	ne se pose pas et du coup on va en iso. »		je pars du principe que on peut faire confiance au gens jusqu'au jour où il me prouve que ce n'est pas le cas, et je je le dis aussi comme ça à mes patients, j'ai toujours tendance à leur faire confiance pour qu'eux puisse me faire confiance aussi parce que ça ne peut pas aller dans un seul sens	fruit très souvent quand même voila »
--	---	--	--	---------------------------------------

Annexe V.II : Entretien en pneumologie

J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication	Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?	Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?	La mise d'une contention physique impact-t-elle la relation soignant-soigné ?	Comment percevez-vous la contention ?
L 12 à 17 « Ça je l'ai vu euh pendant mon stage au urgences en fait au urgences quand le patient arrive et le patient est à de l'agitation du à ces troubles cognitifs euh. J'ai vu qu'il mettait des contentions au niveau des bras euh. Mais quand j'ai demandé pourquoi ils faisaient ça, parce qu'il	L 79 à 80 « Quand le patient est agité le médecin va lui prescrire des Seresta et des choses pour un peu petit peu calmer le patient qu'il soit plus euh moins agité » L 77 à 78 « On a beaucoup de patient issu de la psychiatrie et là c'est	L 109 à 113 « Je pars du principe que j'explique toujours ce que je fais, on la rassure, on lui dit ne vous inquiétez pas, pour ma part je trouve que c'est important même s'il a des troubles cognitifs euh beh c'est important qu'on lui parle et qu'on lui explique les choses après c'est vrai c'est pas évident parce que on a pas leur	L 68 à 73 « Pour moi oui, beh oui parce que du coup surtout si le patient est contre, je veux dire que ça un peu après si c'est des patients dément euh ouais déjà que c'est pas évident donc euh ils peuvent le voir comme une agression quoi voilà moi je pense que sa	L117 à 123 « C'est quand même un être humain je veux dire, c'est un patient, il est là, il est vulnérable, on est là pour lui et moi ça m'a toujours perturber la contention, je trouve ça deshumanisante la 1 ère fois que je l'ai vu ça m'a perturber mais en fait quand je l'ai vu au urgences des qu'il a commencé à se

avait peur qu'il se lève, il a un risque de chute et qu'ils estimé qu'il n'était pas assez nombreux, il y a des box et ils faisaient des va et vient, ils ne pouvaient pas rester avec le patient donc il le contentionner justement il me disait qu'il avait un risque de chute. » L 21 à 24 « J'ai vu la contention aussi que la personne est agitée du a ses troubles cognitifs et quand elle refuse de garder l'optiflo par exemple elle désaturer énormément, l'optiflo est à haut débit et du coup elle arrêter pas de l'enlever et en l'enlevant en fait il y	plutôt les traitements, la contention chimiques » L 59- 62 « On met les barrières, c'est moins traumatisant, voilà on met le lit au plus bas mais voilà ce qu'on fait, sinon on retire les contentions puis il y a beaucoup plus de passage euh sinon on va lever le patient au fauteuil euh voilà on va surveiller plus plus quoi. Mais pas laisser contentionner toute la journée quoi »	consentement au personne qui ont leur troubles cognitifs ça m'a toujours interpeller d'ailleurs on peut pas leur dire et du coup moi je pars du principe qu'on explique tout ce qu'on fait, on leur explique que c'est pour leur bien que voilà vous risquez de vous faire mal même si des fois on voit qu'il entende pas qui reste un peu dans l'agitation mais il faut toujours expliquer ce qu'on fait à la personne puis avec une voix douce, faut parler calmement, prendre la main vraiment être dans la relation de confiance pour	impacte la relation surtout quand c'est souvent enfin pour leur mettre ils vont donner le bras facilement quoi, c'est vraiment on prend le bras (refait le geste) , c'est contre leur volonté donc dans tous les cas ça impacte la relation soignant-soigné, je me sens en echec	lever opopop on le contention parce que du coup on peut pas le surveiller donc enfaite euh moi je trouve que c'est violent quand même il arrive le patient on le contentionne voilà juste prendre le temps et au urgence ils ont pas le temps de prendre le temps pour la relation de soin, »
--	--	--	--	--

avait un risque de décès donc là j'ai vu qu'il les contentionner justement pour garder l'optiflo c'était pour éviter, c'était pour la patiente parce que si elle retire elle désature et elle risque le décès ».		qu'ils comprennent qu'on la pour les aider »		
---	--	---	--	--

Annexe V.III : Entretien en traumatologie

J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication	Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?	Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?	La mise d'une contention physique impact-t-elle la relation soignant-soigné ?	Comment percevez-vous la contention ?
L 26 à 33 « C'est une dame qu'on avait contentonnée au fauteuil parce que cette dame était démente, elle se levait et du coup elle chutait tout le temps. Du coup, on l'avait contentonné au fauteuil et euh en fait, je ne sais pas moi 3 h après, l'aide-soignante l'a retrouvée euh. Elle l'avait retrouvé	L 19 à 25 Il faut savoir quand je suis ortho, on est souvent obligé de contentonné les gens parce qu'ils se font opérer. Ils ont des fractures donc ils sont immobilisés et quand ils se lèvent, ils chutent la plupart du temps. Et ça peut aggraver les fractures, même après le	L 56 « Aucune (rire) » L 59 à 63 Après la plupart du temps, mais c'est quand même laisser les familles quand les patients sont des déments, ils les connaissent mieux que nous Bien sûr quand les patients sont des déments y a des familles qui peuvent venir	L 78 à 83 « Moi je ne trouve pas parce que c'est des gens pour lesquelles il n'y a pas de communication de base, verbale en tout cas, après je sais qu'il y a des patients qui crie encore plus quand ils ont les contentions, ils sont encore plus confus quand ils ont	L 85 à 93 « Pour moi, c'est de la torture. Genre je me verrais pas du tout qu'on m'attache, en fait ouais, on prive de la liberté, des mouvements, après on essaie de se dire que c'est pour leur bien que c'est pour eux qui tombe c'est pour c'est pour eux. Mais après ça nous facilite aussi un peu la tâche parfois,

comment dire euh presque tombé du fauteuil attaché par la contention, elle était décédée, donc elle n'est pas décédée à cause de la contention et du coup, je pense qu'elle a dû se lever, peut-être faire un arrêt cardiaque et en fait bah elle était tombée du fauteuil. Mais la contention la tenait enfin bon. »	bloc, souvent, ils sont désorientés à cause de l'anesthésie, donc là, ils veulent se lever et ils tombent. Voilà et du coup, on est obligé la plupart du temps de les contentionner. Alors oui, on peut mettre des traitements souvent médicamenteux, mais ça ne fait pas toujours effet, donc on est les contentionne, alors c'est toujours prescrit par le médecin L 41 à 50 « Elles sont compliquées, ouais à part les traitements de médicaments qui	un peu plus tôt, s'occupe d'eux. Pour avoir de renseignement On leur met de la musique, parfois, je sais que les soignantes mettent de la musique pour euh pour euh les détendre et du coup, ça leur fait du bien, mais la plupart du temps . »	les contentions et mais de base c'est patient qui sont confus qui ont des troubles cognitifs et qui ne sont pas présents du coup de base nous euuh. Ils ne sont pas conscients qu'ils sont là, ils nous parlent pas forcément du coup, des fois ils se rendent même pas compte qu'ils sont attachés. »	mais j'avoue que je déteste contentionner les gens vraiment ! » L 65 à 75 « Je dois avouer qu'on facilite enfin, c'est plus facile pour nous de mettre contentions. Parce que, on manque de temps, de personnel, du coup, c'est la facilité voilà. Même si enfin moi, je déteste faire ça vraiment et des fois je laisse une main libre et après je le regrette vite, parce qu'il arrache tout. Après ils faut savoir aussi que la nuit ils sont moins que nous, et sous les
---	--	--	---	---

	peuvent les shooter entre guillemets, du coup ne pas être obliger de les contentionner, mais on a souvent des soins, on est obligé de les contentionner pour la transfusion, sinon ils arrachent les cathéters, la plupart du temps ils veulent se levés, ils arrachent les pansements. Alors maintenant les pansements on arrive un peu euhh souvent, on demande aux familles d'amener des vêtements à eux les Joggings, tout ça au moins sa vite qu'ils arrachent le			contentions sont initié la nuit parce que bah du coup les patients sont plus agités la nuit et hé ouais du coup ouais. Nous la journée parfois on arrive à les enlever Oui la journée, ils sont moins angoissés que la nuit et je les trouve moins violent ou moins désorienté ? Ils sont plus présents, du coup on évite la plupart du temps on essaye, mais bon »
--	--	--	--	---

	pansement. Ou des fois quand on a des grenouillères, on met des grenouillères, c'est moins violent quand on peut-on met des grenouillères. Voilà, au fauteuil, c'est plus simple, ils ont les mains libres et ils ont-ils sont juste attachés au fauteuil » L 90 à 92 « Après régulièrement on essaye de laisser les portes ouvertes même, ça nous permet d'avoir un œil dessus. » L 127			
--	--	--	--	--

	« La disponibilité et la patience ce sont des points essentiels pour nous. Puis après, c'est aussi pour les protéger parce que s'il tombe sur du matériel, enfin voilà. »			
--	---	--	--	--

Annexe V.IV : Entretien en USLD

J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication	Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?	Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?	La mise d'une contention physique impact-t-elle la relation soignant-soigné ?	Comment percevez-vous la contention ?
L 22 à 31 « On met une contention pour quelqu'un qui est agité. Oui, donc ça veut dire que ça suppose de l'agressivité, de l'agitation. Je ne réalise pas de soins sur quelqu'un qui est contentonné. On calme	L 41 à 48 « Si on en vient à mettre une contention physique, c'est qu'on n'a pas trouvé d'autres alternative. Il y a que ni la parole, même en ramenant la personne dans sa chambre, oui euh on a plus que cette alternative-là. Si les chutes sont trop répétées et qui a vraiment un, on s'aperçoit	L 75 à 79 « Il y a plusieurs façons d'aborder quelqu'un, la parole, le regard, le contact, ça peut être mal vécu comme bien vécu, l'accompagner dans les gestes de la vie quotidienne et généralement, ça se passe bien. Et, si on a beaucoup de difficultés à	L 55 à 57 « Ici non, mais je pense que par exemple dans d'autres type de service, elle doit être mal vécu ici l'objectif les troubles de la communication peuvent être sont parfois incompatibles avec une vie sociale. »	L 81 à 82 « Par rapport à la sécurité de la personne, la sécurité physique, un traumatisme crânien sous-dural ou quelque chose comme ça, une fracture, ça nous rassure qu'elle soit là. »

la personne, on met en place une contention soit pour éviter les chutes, c'est-à-dire avec la crainte des traumatismes crâniens ou de fractures. Mais après on ne réalise pas d'autres soins. On continue de parler à la personne, de d'essayer de la sécuriser, d'expliquer le sens du geste. Pourquoi on a mis en place une contention dont le but que la personne ne se blesse pas, des fois, c'est aussi pour aussi la protéger des autres parce que s'ils il est même de cette	qu'elle se met régulièrement en danger. On va demander au médecin de la prescrire et exceptionnellement s'il n'y a pas de médecin, on va se la prescrire, mais il faudra, on explique pourquoi on l'a mise. C'est vraiment quelque chose de dernier recoure. L'objectif, ce n'est pas d'avoir tous les patients avec une cingle. C'est contraire à leur bien-être, surtout s'ils sont des gens qui ont encore la capacité de marcher. » L 56 à 64 Il suffit de prendre la personne avec soi et lui demander de se poser ou de l'occuper, de lui proposer à manger ou autre chose, de	euh s'il n'y a pas vraiment souvent beaucoup de difficultés à contenir, la sécuriser, il faut prendre son temps, enfin montrer qu'on est totalement disponible et euh les choses s'arrangent. » L 57 à 63 « Il suffit de prendre la personne avec soi et lui demander de se poser ou de l'occuper, de lui proposer à manger ou autre chose, de faire une activité pour que s'il s'agit d'agressivité ou d'agitation, il retombe. Il faut de la disponibilité, de la patience. Ils savent se renouveler aussi parce que peut proposer une chose,		
--	--	---	--	--

personne, trop d'agressivité ou trop d'angoisse, elle peut être malmené par d'autres résidents mais verbal plus souvent que verbalement qu'autre chose. Il n'y a pas vraiment de d'autres situations que celle que celle-ci »	faire une activité pour que s'il s'agit d'agressivité ou d'agitation, il retombe. Il faut de la disponibilité, de la patience. Ils savent se renouveler aussi parce que peut proposer une chose, mais ce qu'il a déjà été proposé X fois. Et Ben on, on risque d'avoir un refus. Il faut aussi avoir d'autres, des fois d'autres idées. Et quand on n'a pas d'idée, on peut sollicite d'autres collègue. Qu'est-ce que tu ferais, ce qu'on pourrait faire. On sollicite aussi les médecins, on en parle, on peut solliciter aux ici les animatrices, pour qu'il est une activité pour oui voilà.	mais ce qu'il a déjà été proposé X fois. Et Ben on, on risque d'avoir un refus. Il faut aussi avoir d'autres, des fois d'autres idées. Et quand on n'a pas d'idée, on perd, sollicite d'autres collègue » L 84 à 86 « Donc le touché, contact, contact, contact visuel, les choses qu'elle qu'elles aiment et les souvenirs, mémoriser des souvenirs, le chant aussi, le fait de chanter une petite chanson. Quelquefois, c'a désamorce. Ça les apaisent. »		
--	---	---	--	--

Annexe VI. Grilles d'analyse des questions

Annexe VI.I : Question n°1

J'aimerais que vous me parliez d'une situation de soin en lien avec la contention d'un patient ayant des troubles de la communication		Cadre de référence
Psychiatrie	L 52 à 77 « J'ai une situation est un patient déficitaire. C'est un patient qui nous avait été renvoyé parce qu'il y avait des troubles du comportement. Ils étaient en foyer de vie. Il avait tendance à être agressif, à se jeter au sol. Donc il y avait des conduites auto aggressive, plus, plus, plus il s'est jeté au sol, c'était horrible, il s'est défiguré le pauvre, c'était catastrophique. Et puis il a été très agressif avec une de nos collègues sur une frustration parce que c'est souvent le cas avec les patients qui sont déficitaires comme ça. Et du coup on a dû...a ce moment-là il y a eu une agitation, il a essayé de frapper ma collègue, non il a frappé ma collègue euh ...elle a dû tirer le dati on a dû le contenir physiquement.	

	L'accompagner en chambre et il s'est agité. Donc on n'a pas pu le laisser en Chambre comme ça, il a fallu qu'on le contienne au lit du coup voilà et qu'on lui donner évidemment un traitement. Parce que la contention va avec le traitement. Ça s'est important »	
Pneumologie	L 12 à 17 « Ça je l'ai vu euh pendant mon stage au urgence en fait au urgence quand le patient arrive et le patient est à de l'agitation du à ces troubles cognitifs euh. J'ai vu qu'il mettait des contentions au niveau des bras euh. Mais quand j'ai demandé pourquoi ils faisaient ça, parce qu'il avait peur qu'il se lève, il a un risque de chute et qu'ils estimé qu'il n'était pas assez nombreux, il y a des box et ils faisaient des va et vient, ils ne pouvaient pas rester avec le patient donc il le contentionner justement il me disait qu'il avait un risque de chute J'ai vu la contention aussi que la personne est agité du a ses troubles cognitifs et quand elle refuse de garder l'optiflo par exemple elle désaturer énormément, l'optiflo est à haut débit et du coup elle arrêter pas de l'enlever et en l'enlevant en fait	

	il y avait un risque de décès donc là j'ai vu qu'il les contentionner justement pour garder l'optiflo c'était pour éviter, c'était pour la patiente parce que si elle retire elle désature et elle risque le décès »	
Traumatologie	L 26 à 33 « C'est une dame qu'on avait contentionnée au fauteuil parce que cette dame était démente, elle se levait et du coup elle chutait tout le temps. Du coup, on l'avait contentionné au fauteuil et euh en fait, je ne sais pas moi 3 h après, l'aide-soignante l'a retrouvée euh. Elle l'avait retrouvé comment dire euh presque tombé du fauteuil attaché par la contention, elle était décédée, donc elle n'est pas décédée à cause de la contention et du coup, je pense qu'elle a dû se lever, peut-être faire un arrêt cardiaque et en fait bah elle était tombée du fauteuil. Mais la contention la tenait enfin bon. »	
ULSD	L 22 à 31 « On met une contention pour quelqu'un qui est agité. Oui, donc ça veut dire que ça suppose de l'agressivité, de l'agitation. Je ne réalise pas de soins sur quelqu'un qui est contentonné. On calme la personne, on met en place une	

	contention soit pour éviter les chutes, c'est-à-dire avec la crainte des traumatismes crâniens ou de de fractures. Mais après on ne réalise pas d'autres soins. On continue de parler à la personne, de d'essayer de la sécuriser, d'expliquer le sens du geste. Pourquoi on a mis en place une contention dont le but que la personne ne se blesse pas, des fois, c'est aussi pour aussi la protéger des autres parce que s'ils il est même de cette personne, trop d'agressivité ou trop d'angoisse, elle peut être malmené par d'autres résidents mais verbal plus souvent que verbalement qu'autre chose. Il n'y a pas vraiment de d'autres situations que celle que celle-ci »	
--	--	--

Annexe VI.II : Question n°2

Avez-vous, dans le service, des alternatives à la mise sous contention physique ?		Cadre de référence
Psychiatrie	L 81 à 87 « Alors dans un premier temps en tout cas, nous on fonctionne comme ça qu'on tient passage à l'acte, une agitation. Tu essayes de communiquer, tu essayer de contenir ton patient là où il y a eu le Clash physiquement pour qu'il se pose tu vois. Si ce n'est pas possible, tu le ramène en chambre, dans sa chambre à lui. Pour essayer de de qui qui puisse se poser, et cetera. Tu proposes un traitement, perso s'il ne veut pas le perso. C'est en injectable et si ça ne tient pas dans la Chambre que tu vois, il y a toujours une agitation que toi t'es en difficulté pour sortir de la Chambre, et cetera. Bon là, la question elle ne se pose pas et du coup on va en iso. »	P 19 Selon Roger, « <i>une relation de confiance est cruciale pour une bonne alliance thérapeutique, permet au patient de percevoir la capacité d'empathie du soignant, ce qui est une preuve d'un travail thérapeutique compétent</i> ». P 18 <i>La confiance apporte un sentiment de sécurité entraînant toute forme de confidences associés à l'espoir, la communication de ses besoins.</i> <i>Hildegarde Peplau décrit quatre étapes dans l'évolution d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné :</i> - « <i>Une étape d'orientation : chacun des partenaires se présente et recherche contact et sécurité.</i>
Pneumologie	L 79 à 80	

	« Quand le patient est agité le médecin va lui prescrire des Seresta et des choses pour un peu petit peu calmer le patient qu'il soit plus euh moins agité » On a beaucoup de patient issu de la psychiatrie et là c'est plutôt les traitements, la contention chimiques » L 59- 62 « On met les barrières, c'est moins traumatisant, voilà on met le lit au plus bas mais voilà ce qu'on fait, sinon on retire les contentions puis il y a beaucoup plus de passage euh sinon on va lever le patient au fauteuil euh voilà on va surveiller pas plus quoi. Mais pas laisser contentionner toute la journée quoi »	- <i>Une étape de mise à l'épreuve : le soigné cherche à travers les limites de la confiance qu'il peut avoir le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation.</i> - <i>Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est</i> - <i>Une étape de fin de relation : chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, conclut la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes ».</i> P 16 La relation soignant-soigné a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions. Cette définition, nous explique que le rôle du soignant est de prendre soin du patient.
Traumatologie	L 19 à 25 « Il faut savoir quand je suis ortho, on est souvent obligé de contentionner les gens parce qu'ils se font opérer. Ils ont des fractures donc ils sont immobilisés et quand ils se lèvent, ils chutent la plupart du temps. Et ça peut aggraver les fractures, même après le bloc, souvent, ils sont désorientés à cause de l'anesthésie, donc là, ils veulent se lever et ils tombent. Voilà et du coup, on est obligé la plupart du temps de les	

	contentionner. Alors oui, on peut mettre des traitements souvent médicamenteux, mais ça ne fait pas toujours effet, donc on est les contentionne, alors c'est toujours prescrit par le médecin » L 41 à 50 « Elles sont compliquées, ouais à part les traitements de médicaments qui peuvent les shooter entre guillemets, du coup ne pas être obligé de les contentionner, mais on a souvent des soins, on est obligé de les contentionner pour la transfusion, sinon ils arrachent les cathéters, la plupart du temps ils veulent se levés, ils arrachent les pansements. Alors maintenant les pansements on arrive un peu euhh souvent, on demande aux familles d'amener des vêtements à eux les Joggings, tout ça au moins sa vite qu'ils arrachent le pansement. Ou des fois quand on a des grenouillères, on met des grenouillères quand on peut-on met des grenouillères. Voilà, au fauteuil, c'est plus simple, ils ont les mains libres et ils ont-ils sont juste attachés au fauteuil L 90 à 92	
--	---	--

	Après régulièrement on essaye de laisser les portes ouvertes même, ça nous permet d'avoir un œil dessus L 127 La disponibilité et la patience ce sont des points essentiels pour nous. Puis après, c'est aussi pour les protéger parce que s'il tombe sur du matériel, enfin voilà. »	
ULSD	L 41 à 48 « Si on en vient à mettre une contention physique, c'est qu'on n'a pas trouvé d'autres alternative. Il y a que ni la parole, même en ramenant la personne dans sa chambre, oui euh on a plus que cette alternative-là. Si les chutes sont trop répétées et qui a vraiment un, on s'aperçoit qu'elle se met régulièrement en danger. On va demander au médecin de la prescrire et exceptionnellement s'il n'y a pas de médecin, on va se la prescrire, mais il faudra, on explique pourquoi on l'a mise. C'est vraiment quelque chose de dernier recoure. L'objectif, ce n'est pas d'avoir tous les patients avec une cingle. C'est contraire à leur bien-être, surtout s'ils sont des gens qui ont encore la capacité de marcher »	

	L 56 à 64 Il suffit de prendre la personne avec soi et lui demander de se poser ou de l'occuper, de lui proposer à manger ou autre chose, de faire une activité pour que s'il s'agit d'agressivité ou d'agitation, il retombe. Il faut de la disponibilité, de la patience. Ils savent se renouveler aussi parce que peut proposer une chose, mais ce qu'il a déjà été proposé X fois. Et Ben on, on risque d'avoir un refus. Il faut aussi avoir d'autres, des fois d'autres idées. Et quand on n'a pas d'idée, on perd, sollicite d'autres collègue. Qu'est-ce que tu ferais, ce qu'on pourrait faire. On sollicite aussi les médecins, on en parle, on peut solliciter aux ici les animatrices, pour qu'il est une activité pour oui voilà.	
--	---	--

Annexe VI.III : Question n°3

Quelles alternatives avez-vous mis en place chez un patient ayant des troubles de la communication ?		Cadre de référence
Psychiatrie	L 109 à 113 « J’ai remarqué que le tutoiement, ça aider un peu petit à communiquer, ou de les appeler par leur prénom Je ne te cache pas que dans certain cas, j’ai du mal à comprendre et que c’était compliquer de comprendre ce qu’il voulait. Il faut prendre beaucoup de temps, essayer de lui faire répéter ou de nous montrer Je pense que j’essayerai de faire un entretien et de me mettre à son niveau. Essayer de lui parler et voir s’il me comprend peut-être de le faire dessiner, et essayer de comprendre, essayer de le rassurer, de lui expliquer avec des mots simples »	P 22 : C’est avec la « <i>cure psychanalytique</i> » de Freud que « <i>la parole devient libérée dans le monde du soin. En effet, cette méthode amenée par Freud permet de soulager les patients en se mettant à l’écoute de ces derniers qui viennent se confier. Le patient qui entre en cure peut donc parler à voix haute de sa vie, de ses doutes, évoquer des évènements passés, sans craindre d’être jugé</i> ». P 22 : D’après Valérie Paule Roman-Ramos, « <i>sans la communication « la prise en charge du patient ne peut se réaliser ni correctement, ni totalement. » De plus, la communication doit se passer dans un cadre de respect mutuel, d’écoute, d’échange, de bienveillance, de discrétion et d’acceptation. Il est donc important de s’adapter à son interlocuteur et d’utiliser les mêmes mots que lui afin que chacun se comprennent.</i> »
Pneumologie	L 109 à 113 « je pars du principe que j’explique toujours ce que je fais, on la rassure, on lui dis ne vous inquiétez pas, pour ma part	

	je trouve que c'est important même s'il a des troubles cognitifs euh beh c'est important qu'on lui parle et qu'on lui explique les choses après c'est vrai c'est pas évident parce que on a pas leur consentement au personne qui ont leur troubles cognitifs ça m'a toujours interpellé d'ailleurs on peut pas leur dire et du coup moi je pars du principe qu'on explique tout ce qu'on fait, on leur explique que c'est pour leur bien que voilà vous risquez de vous faire mal même si des fois on voit qu'il entende pas qui reste un peu dans l'agitation mais il faut toujours expliquer ce qu'on fait à la personne puis avec une voix douce, faut parler calmement, prendre la main vraiment être dans la relation de confiance pour qu'ils comprennent qu'on la pour les aider »	P 23 : D'après les écrits de Mitra Khosravi, « <i>la parole n'est pas le seul moyen qu'ont deux personnes pour communiquer. La communication non verbale dont la communication paraverbale (qui accompagne la parole, notamment les gestes qui soulignent un propos) représentent une part importante de la communication entre deux personnes.</i> » P 23 : Pour rentrer en relation le patient, comme le soignant peuvent utiliser leurs cinq sens soit la vue, l'ouïe, l'odorat, la voix et le toucher. « <i>Toutes les personnes malades ne sont pas en mesure d'utiliser la communication verbale et l'infirmière devra s'adapter à la singularité de chaque situation par l'écoute et l'observation.</i> ».
Traumatologie	L 56 « Aucune (rire) L 59 à 63 Après la plupart du temps, mais c'est quand même laisser les familles quand les patients sont des déments	P 24 : Le non-verbal joue un rôle essentiel lors de la communication.

	Bien sûr quand les patients sont des déments y a des familles qui peuvent venir un peu plus tôt, s'occupe d'eux. Pour avoir de renseignement On leur met de la musique, parfois, je sais que les soignantes mettent de la musique pour euh pour euh les détendre et du coup, ça leur fait du bien, mais la plupart du temps »	
ULSD	L 75 à 79 « Il y a plusieurs façons d'aborder quelqu'un, la parole, le regard, le contact, ça peut être mal vécu comme bien vécu, l'accompagner dans les gestes de la vie quotidienne et généralement, ça se passe bien. Et, si on a beaucoup de difficultés à euh s'il n'y a pas vraiment souvent beaucoup de difficultés à contenir, la sécuriser, il faut prendre son temps, enfin montrer qu'on est totalement disponible et euh les choses s'arrangent. Il suffit de prendre la personne avec soi et lui demander de se poser ou de l'occuper, de lui proposer à manger ou autre chose, de faire une activité pour que s'il s'agit d'agressivité ou d'agitation, il retombe. Il faut de la disponibilité, de la patience. Ils savent se renouveler aussi parce que peut	

	proposer une chose, mais ce qu'il a déjà été proposé X fois. Et Ben on, on risque d'avoir un refus. Il faut aussi avoir d'autres, des fois d'autres idées. Et quand on n'a pas d'idée, on perd, sollicite d'autres collègue Donc le touché, contact visuel, les choses qu'elle qu'elles aiment et les souvenirs, mémoriser des souvenirs, le chant aussi, le fait de chanter une petite chanson. Des fois, c'a désamorce. Ça les apaisent »	
--	--	--

Annexe VI.IV : Question n°4

La mise d'une contention physique impact-t-elle la relation soignant-soigné ?		Cadre de référence
Psychiatrie	L 145 à 147 « Euh. Alors en négatif alors ...non ça peut, ça dépend le type de patient euh.... Franchement ça reste un soin, moi j'ai déjà eu des patients qui m'ont demandé d'être contenu, ce sont des choses qui arrivent euh En générale quand le patient va dans la stabilité, ça s'est des choses qui s'efface un peu petit peu, ou en tout cas tu peux retravailler avec lui en entretien euh ...moi je ne dirai pas que ça impact en négatif parce que moi je suis pas du tout une pro de la contention, mais quand je vois toujours l'aspect thérapeutiques de la contention » L 205 à 208 Je pars du principe que on peut faire confiance au gens jusqu'au jour où il me prouve que ce n'est pas le cas, et je je le dis aussi comme ça à mes patients, j'ai toujours tendance à leur faire confiance pour qu'eux puisse me faire confiance aussi parce que ça ne peut pas aller dans un seul sens	P 15 : D'après Alexandre Manoukian, c'est la « <i>rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires</i> ». P 16 : La relation soignant-soigné a pour finalité « <i>l'aide et le soutien de la personne soigné jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet de distinguer les demandes de la personne et d'analyser les interactions. Cette définition, nous explique que le rôle du soignant est de prendre soin du patient.</i> » P 19 : Selon Roger, « <i>une relation de confiance est cruciale pour une bonne alliance thérapeutique, permet au patient de percevoir la capacité d'empathie du soignant, ce qui est une preuve d'un travail thérapeutique compétent.</i> » P 20 : Echec de la relation soignant-soigné, cela ajoute autres freins pour les soignants à pratiquer cet acte. P 20 : La contention est un moyen qui a un retentissement sur la liberté et la dignité des soignés, lorsque celle-ci est

Pneumologie	L 68 à 73 « Pour moi oui, beh oui parce que du coup surtout si le patient est contre, je veux dire que ça un peu après si c'est des patients dément euh ouais déjà que c'est pas évident donc euh ils peuvent le voir comme une agression quoi voilà moi je pense que sa impacte la relation surtout quand c'est souvent enfin pour leur mettre ils vont donner le bras facilement quoi, c'est vraiment on prend le bras (refait le geste) , c'est contre leur volonté donc dans tous les cas ca impacte la relation soignant-soigné »	mis en place, il y a une certaine forme de violence pour canaliser le patient. Cela peut engendrer pour le patient un traumatisme, ainsi qu'une méfiance face aux soignants, ce qui peut entrainer une relation de confiance inexistante. Pour les soignants cela peut procurer un sentiment d'échec dans la relation soignant- soigné. D'autant plus que la contention physique est souvent associée aux traitements. P 20 : La contention peut également rétablir le lien dans la relation soignant-soigné, car elle rétablit un côté sécurisant pour le patient car elle le protège de lui-même.
Traumatologie	L 78 à 83 « Moi je ne trouve pas parce que c'est des gens pour lesquelles il n'y a pas de communication de base, verbale en tout cas, après je sais qu'il y a des patients qui crie encore plus quand ils ont les contentions, ils sont encore plus confus quand ils ont les contentions et mais de base c'est patient qui sont confus qui ont des troubles cognitifs et qui ne sont pas présents du coup de base nous euh. Ils ne sont pas conscients qu'ils soient là, ils ne nous parlent pas forcément du coup, des fois ils ne se rendent même pas compte qu'ils sont attachés »	P 20 : La contention n'est pas quelque chose de plaisant pour les soignants et cela doit rester une mesure exceptionnelle, quand tous les autres n'ont pas aboutis. Elle ne doit pas faire l'objet d'une utilisation par manque de moyens ou par facilité. C'est un recours ultime mais parfois essentiel, quand tout a été essayé, en vain. De plus c'est ce qu'explique la législation qui encadre cette pratique. P 21 : Enfin, des études démontrent son inefficacité sur la prévention des chutes et son caractère traumatisant pour le

ULSD	L 55 à 57 « Ici non, mais je pense que par exemple dans d'autres type de service, elle doit être mal vécu ici l'objectif les troubles du communication peuvent être sont parfois incompatibles avec une vie sociale. »	patient. Sans compter que dans la société, la contention est associée à la camisole et l'asile du 19e siècle où l'on enchaînait les « fous », comme des animaux. P 21 : Le rapport de l'ANAES « <i>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée</i> » d'octobre 2000, démontre à quel point ces pratiques, ou l'on constate l'augmentation de son utilisation, ne sont pas sans conséquences tant physiques que psychologiques pour les soignés comme les soignants.
------	---	--

Annexe VI.V : Question n°5

Comment percevez-vous la contention ?		Cadre de référence
Psychiatrie	L 170 à 177 « Je l’aperçois, je n’ai jamais vu ou vécu de contention abusive. La plus part des cas les soignants sont dans la bienveillance toujours la contention c’est toujours quelques chose qu’on essaye de pas faire perdurer moi j’essayer toujours de faire attention qu’il est une contention chimique qui soit associé justement pour que le soin ne soit pas violent euh ...et ..que ça porte ses fruits sinon ça n’a aucun intérêt euh je vois voilà je considère toujours que c’est un soin même si on essaye un maximum de l’éviter et de le limiter dans un point de vue temporalité euh.. Toujours mettre en avant que ce soit un soin, et que c’est notre dernier recourt mais il porte ces fruit très souvent quand même voilà »	Dans la littérature, plusieurs articles énumèrent les risques graves d’une contention. P 14 : Dans un point de vue psychologique selon Bernard Pradines ancien gériatre, écrit « <i>le choix de la contention physique : entre les liens du soin et le lieu de soin</i> », dans son l’ouvrage il explique que « <i>l’humiliation et le sentiment d’impuissance qui en découle stressent le patient, accroît sa confusion et constituent un risque accru d’accident. Ces contraintes physiques posent également un problème éthique important puisqu’elles sont contraires aux bien-être du soigné et au maintien de l’autonomie que visent les soignants. Le recours à la contention physique est aussi à l’origine de troubles émotionnels, ce qui engendre : de la colère, de la frustration, une baisse de l’estime de soi, une perte de la dignité et de l’autonomie.</i> »
Pneumologie	L 117 à 123 « c’est quand même un être humain je veux dire, c’est un patient, il est là, il est vulnérable, on est là pour lui et moi ça m’a toujours perturber la contention, je trouve ça	P 14 : Selon Margot PHANEUF d’un point de vue somatique, écrit quelques recherches ont démontré que « <i>la</i>

	deshumanisante la 1 ère fois que je l'ai vu ça m'a perturber mais enfaite quand je l'ai vu au urgence des qu'il a commencé à se lever opopop on le contention parce que du coup on peut pas le surveiller donc enfaite euh moi je trouve que c'est violent quand même il arrive le patient on le contentionne voilà juste prendre le temps et au urgence ils ont pas le temps de prendre le temps pour la relation de soin, »	<i>mobilité réduite par des contentions favorise l'incontinence et donne lieu à des comportements d'agitation qui peuvent engendrer des blessures par contusion ou frottements dues aux sangles de contentions. Les contentions ont parfois des issues tragiques lorsque le patient essaye de se libérer. Des cas d'asphyxie et de strangulation ont été signalés voir le décès du patient.</i> <i>Enfinement la contention peut être perçu comme déshumanisante, ce qui peut engendrer un état dépressif. »</i>
Traumatologie	L 85 à 93 « Pour moi, c'est de la torture. Genre je me verrais pas du tout qu'on m'attache, en fait ouais, on prive de la liberté, des mouvements, après on essaie de se dire que c'est pour leur bien que c'est pour eux qui tombe c'est pour c'est pour eux. Mais après ça nous facilite aussi un peu la tâche des fois, mais j'avoue que je déteste contentionner les gens vraiment ! Je dois avouer qu'on facilite enfin, c'est plus facile pour nous de mettre contentions. Parce que, on manque de temps, de personnel, du coup, c'est la facilité voilà. Même si enfin moi, je déteste faire ça vraiment et des fois je laisse une main libre et après je le regrette vite, parce qu'il arrache tout.	Tous ces risques sont vécus comme des traumatismes pour le patient contenus. Comme le dit si bien Margot PHANEUF dans son livre : « <i>en réalité c'est nous, les soignants, que nous rassurons, alors que les contentions constituent en elles-mêmes des dangers bien réels</i> ». <i>La contention physique à des conséquences aussi bien au niveau physique que psychique »</i>

	Après ils faut savoir aussi que la nuit ils sont moins que nous, et sous les contentions sont initié la nuit parce que bah du coup les patients sont plus agités la nuit et hé ouais du coup ouais. Nous la journée parfois on arrive à les enlever Oui la journée, ils sont moins angoissés que la nuit et je les trouve moins violent ou moins désorienté ? Ils sont plus présents, du coup on évite la plupart du temps on essaye, mais bon »	
ULSD	L 81 à 82 « Par rapport à la sécurité de la personne, la sécurité physique, un traumatisme crânien sous-dural ou quelque chose comme ça, une fracture, ça nous rassure qu'elle soit là. »	

V.II : Grille d'analyse par concept

	IDE Violette Accueil crise fermé Femme 27 ans 6 ans d'expériences	IDE Camélia Pneumologie Femme 40 ans 8 mois d'expériences d'IDE 15 ans d'expérience d'AS	IDE Rose et iris Traumatologies Femmes 27ans 2ans et demi d'expériences	IDE Lilas USLD Femmes 59ans 38ans d'expériences
Contention physique	L 153 à 154 Je vois toujours l'aspect thérapeutique de la contention L 171 à 177 Les soignants sont dans la bienveillance toujours la contention c'est toujours quelques choses qu'on essaye de pas faire perdurer	L 13 à 16 le patient est à de l'agitation du à ces troubles cognitifs euh. J'ai vu qu'il mettait des contentions au niveau des bras euh. Mais quand j'ai demandé pourquoi ils faisaient ça, parce qu'il avait peur qu'il se lève, il a un risque de chute et qu'ils estimé qu'il n'était pas assez nombreux	L 35 à 39 il faut savoir que on a des contentions sans le vouloir c'est-à-dire par exemple, les gens qui ont une fracture du col du fémur, souvent ils ont une traction au pied du lit et donc Ben malgré tout, c'est quand même une contention parce que ça les empêche de se lever euh ensuite on bah	L 22 à 23 On met une contention pour quelqu'un qui est agité. Oui, donc ça veut dire que ça suppose de l'agressivité, de l'agitation L 24 à 25 On met en place une contention soit pour éviter les chutes, c'est-à-dire avec la crainte des

	Je considère toujours que c'est un soin même si on essaye un maximum de l'éviter et de le limiter dans un point de vue temporalité. Toujours mettre en avant que ce soit un soin, et que c'est notre dernier recours L100 La contention physique permet de les apaiser L 89 à 91 Il faut voir aussi l'aspect thérapeutique de la contention physique, il ne faut pas oublier, ce n'est pas que pour protéger soi-même et le patient L 92 Stopper et de contenir ces angoisses de	L 21 à 25 La personne est agitée du a ses troubles cognitifs et quand elle refuse de garder l'optiflo ... elle désaturer énormément, l'optiflo est à haut débit et du coup elle arrêter pas de l'enlever et en l'enlevant en fait il y avait un risque de décès donc là j'ai vu qu'il les contentionner justement pour garder l'optiflo c'était pour éviter, c'était pour la patiente parce que si elle retire elle désature et elle risque le décès L 51 à 53 Dans mon service de nuit déjà quand des fois j'arrive le	nous enfin là on met les barrières, parce que ça les aide à la mobilisation L 42 à 44 Mais on a souvent des soins, on est obligé de les contentionner pour la transfusion, sinon ils arrachent les cathéters, la plupart du temps ils veulent se levés, ils arrachent les pansements. L 45 à 49 Alors maintenant les pansements on arrive un peu euhh souvent, on demande aux familles d'amener des vêtements à eux les Joggings, tout ça au moins sa vite qu'ils arrachent le	traumatismes crâniens ou de de fractures. L 27 à 30 On a mis en place une contention dont le but que la personne ne se blesse pas, des fois, c'est aussi pour aussi la protéger des autres parce que s'ils il est même de cette personne, trop d'agressivité ou trop d'angoisse, elle peut être malmené par d'autres résidents L 80 à 81 Par rapport à la sécurité de la personne, la sécurité physique, un traumatisme crânien sous-dural ou quelque chose comme ça, une fracture, ça nous rassure qu'elle soit là.
--	--	---	---	---

	morcellement...c'est un soin avant	matin en tout, ils sont 1 infirmière et 1 aide-soignante pour 30, des fois ils ont des entrées dans la nuit en fonction comment c'est et beh elle dit, moi j'ai contentionner L 56 Quand on arrive on enlève quoi, on ne le laisse pas contentionner s'il y a pas de prescription L 59 à 60 On lui enlève mais après il y a les barrières, on met les barrières, voilà on met le lit au plus bas L 119 à 120 Ça m'a toujours perturbé la contention, je trouve ça	pansement. Ou des fois quand on a des grenouillères, on met des grenouillères quand on peut-on met des grenouillères. Voilà, au fauteuil, c'est plus simple, ils ont les mains libres et ils ont-ils sont juste attachés au fauteuil, L 64 à 65 Je dois avouer qu'on facilite enfin, c'est plus facile pour nous de mettre contentions. Parce que, on manque de temps, de personnel, du coup, c'est la facilité L 83 à 86 Pour moi, c'est de la torture. Genre je me verrais pas du tout qu'on m'attache, en fait	
--	---	---	--	--

		deshumanisante la 1 ère fois que je l'ai vu ça m'a perturbé	ouais, on prive de la liberté, des mouvements, après on essaie de se dire que c'est pour leur bien que c'est pour eux qui tombe c'est pour c'est pour eux. Mais après ça nous facilite aussi un peu la tâche des fois, mais j'avoue que je déteste contentionner les gens L 125 à 126 Puis après, c'est aussi pour les protéger parce que s'il tombe sur du matériel,	
Contention psychique	L 172 à 174 J'essaie toujours de faire attention qu'il est une contention chimique qui soit associé justement pour le soin ne soit pas violent et que ça	L 77 à 78 On a beaucoup de patient issu de la psychiatrie et là c'est plutôt les traitements, la contention chimiques, qui vont donner	L 40 à 41 Et après les alternatives, elles sont compliquées, ouais à part les traitements de médicaments qui peuvent les shooter entre guillemets,	L 51 S'il y a un un si besoin, un un anxiolytique de prescrit, on va le lui donner.

	porte ses fruits sinon ca n'a aucun intérêt L 84 à 85 Tu proposes un traitement perso s'il ne veut pas le perso c'est en injectable	L 79 à 80 Le patient est agité le médecin va lui prescrire des Seresta et des choses pour un peu petit peu caser le patient qu'il soit plus euuuh euh moins agité		
Contention Passive ≠ active	<u>Passive</u> L 114 à 116 Déjà la contention physique par humain tu vois pour essayer de l'apaiser avant d'en venir à la contention physique. Quand il s'agite comme ça, on l'encercle, on le serre très fort et on attend de voir si ca passe ou pas L 125 à 128 On utilise alors le pack il s'utilise souvent avec des draps	<u>Passive</u> L 22 à 25 Elle refuse de garder l'optiflo ... elle désature énormément, l'optiflo est à haut débit et du coup elle arrête pas de l'enlever et en l'enlevant en fait il y avait un risque de décès donc là j'ai vu qu'il les contentionner justement pour garder l'optiflo c'était pour éviter, c'était pour la patiente	<u>Passive</u> Il faut savoir quand je suis ortho, on est souvent obligé de contentionner les gens parce qu'ils se font opérer. Ils ont des fractures donc ils sont immobilisés et quand ils se lèvent, ils chutent la plupart du temps. Et ça peut aggraver les fractures, même après le bloc, souvent, ils sont désorientés à cause de l'anesthésie, donc là, ils	<u>Passive</u> L 22 à 23 On met une contention pour quelqu'un qui est agité. Oui, donc ça veut dire que ça suppose de l'agressivité, de l'agitation L 24 à 25 On met en place une contention soit pour éviter les chutes, c'est-à-dire avec la crainte des traumatismes crâniens ou de fractures.

	mouillés euh je sais plus si c'est froid ou chaud ... Et du coup envelopper et on serrer très très très fort les patients pour qu'il puisse s'apaiser, se détendre. Un peu petit peu comme les bains avec les bébés	parce que si elle retire elle désature et elle risque le décès	veulent se lever et ils tombent. Voilà et du coup, on est obligé la plupart du temps de les contentionner	L 33 à 36 Pour mettre une mise en place d'une contention, c'est-à-dire une ceinture, enfin ce qu'on appelle une ceinture antiglisser, oui c'est quelqu'un chute trop et qu'on sait que le risque et qu'on voit la personne titube et qu'elle risque de vraiment de tomber qu'elle est déjà tombée là oui.
Alternative à la contention	L 82 à 85 Tu essayer de contenir ton patient là où il y a eu le Clash physiquement pour qu'il se pose tu vois. Si ce n'est pas possible, tu le ramène en chambre. Pour essayer qui puisse se poser, ... Tu proposes un traitement, perso s'il ne veut pas le perso. C'est en injectable	L 109 à 113 Je pars du principe qu'on explique tout ce qu'on fait, on leur explique que c'est pour leur bien que voilà vous risquez de vous faire mal même si des fois on voit qu'il n'entend pas qui reste un peu dans l'agitation mais il faut toujours expliquer ce qu'on	L 40 à 41 Et après les alternatives, elles sont compliquées, ouais à part les traitements de médicaments qui peuvent les shooter entre guillemets L 45 à 49 Alors maintenant les pansements on arrive un peu euhh souvent, on demande	L 24 On calme la personne L 26 à 27 On continue de parler à la personne, de d'essayer de la sécuriser, d'expliquer L 41 La parole, en ramenant la personne dans sa chambre

	L 224 à 226 Et je pense que c'est très important, la disponibilité	fait à la personne puis avec une voix douce, faut parler calmement, prendre la main vraiment être dans la relation de soin pour qu'ils comprennent qu'on la pour les aider L 137 à 140 On avait des patients qui déambuler, qui était confus et beh on les contentionner pas hein ! on les laisser euh déambuler euh enfin après on apprenais à les connaître, on savait comme leur parler et tout mais bon on s'amuser pas à tous les contentionner quoi L 167 à 170 On la prenais avec nous en salle de soin, on la prenais on	aux familles d'amener des vêtements à eux les Joggings, tout ça au moins sa vite qu'ils arrachent le pansement. Ou des fois quand on a des grenouillères, on met des grenouillères, c'est moins violent, quand on peut-on met des grenouillères. Voilà, au fauteuil, c'est plus simple, ils ont les mains libres et ils ont-ils sont juste attachés au fauteuil	L 45 à 47 C'est vraiment quelque chose de dernier recoure. L'objectif, ce n'est pas d'avoir tous les patients avec une cingle. C'est contraire à leur bien-être, surtout s'ils sont des gens qui ont encore la capacité de marcher. L 49 à 51 C'est parler à la personne, on l'isole, on peut éventuellement mettre de la musique, on va la voir régulièrement voilà s'il y a un un si besoin, un un anxiolytique de prescrit, on va le lui donner. L 83 à 85 Donc le touché, contact, contact, contact visuel, les choses qu'elle qu'elles aiment et les souvenirs,
--	---	---	--	---

		la mettais sur une chaise pendant qu'on fessait n'au soin, je veux dire elle était avec nous, on allait pas dire oh beh non on va aller l'attacher beh non, si il y a un certain beh on les prenait ils faisaient le tour avec nous, ils faisaient des choses avec nous		mémoriser des souvenirs, le chant aussi, le fait de chanter une petite chanson. Des fois, c'a désamorce. Ça les apaisent.
Impact de la contention		L 25 Si elle retire elle désature et elle risque le décès	L 28 à 32 On l'avait contentonné au fauteuil et euh en fait, je ne sais pas moi 3 h après, l'aide-soignante l'a retrouvée euh. Elle l'avait retrouvé comment dire euh presque tombé du fauteuil attaché par la contention, elle était décédée, donc elle n'est pas décédée à cause de la	L 43 à 45 On va demander au médecin de la prescrire et exceptionnellement s'il n'y a pas de médecin, on va se la prescrire, mais il faudra, on explique pourquoi on l'a mise L56 à Il suffit de prendre la personne avec soi et lui demander de se poser ou de l'occuper, de lui proposer à manger ou autre

			contention et du coup, je pense qu'elle a dû se lever, peut-être faire un arrêt cardiaque et en fait bah elle était tombée du fauteuil.	chose, de faire une activité pour que s'il s'agit d'agressivité ou d'agitation, il retombe. Il faut de la disponibilité, de la patience. Ils savent se renouveler aussi parce que peut proposer une chose, mais ce qu'il a déjà été proposé X fois. Et Ben on, on risque d'avoir un refus. Il faut aussi avoir d'autres, des fois d'autres idées. Et quand on n'a pas d'idée, on perd, sollicite d'autres collègue. Qu'est-ce que tu ferais, ce qu'on pourrait faire. On sollicite aussi les médecins, on en parle, on peut solliciter aux ici les animatrices, pour qu'il est une activité pour oui voilà.
Prescription médicale		L 36 à 37 il le vivait très mal, il essayer de ce...il se debater pour	L 69 à 71	

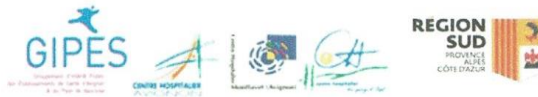
		retirer mais bon après il y a une prescription donc il faut un temps de contention	Sous les contentions sont initié la nuit parce que bah du coup les patients sont plus agités la nuit et hé ouais du coup ouais. Nous la journée parfois on arrive à les enlever	
Trouble de la communication	L 109 à 113 J'ai remarqué que le tutoiement, ça aider un peu petit à communiquer ou de les appeler par leur prénom ,après là le cas du patient il comprenait ce qu'on disait même si lui il arriver pas bien à s'exprimer, il comprenait Je ne te cache pas que dans certain cas, j'ai du mal à comprendre et que c'était compliquer de comprendre ce	L 104 à 107 si elle comprend pas, moi je pars du principe que même si la patiente a des troubles cognitifs je pars du principe que j'explique toujours ce que je fais euuh on la rassure, on lui dis ne vous inquiétez pas, après euuh pour ma part je trouve que c'est important de même si il a des troubles cognitifs euh beh c'est important qu'on lui parle et qu'on lui explique les choses	L 58 à 61 Après la plupart du temps, mais c'est quand même laisser les familles quand les patients sont des déments, ils les connaissent mieux que nous : bien sûr quand les patients sont des déments y a des familles qui peuvent venir un peu plus tôt, s'occupe d'eux L 63 à 64	L 68 à 71 Mais y a l'expression visuelle qui rentre en jeux. Le contact visuel. Le fait de poser la main sur la personne pour la calmer il y a plein de moyens poser la main, le rassurer, montrer des photos, enfin mettre de la musique, l'extraire du lieu où il est. Et si on voit que ça ne va pas ? Essayer de de comprendre ce qu'il a pu le perturber L 74 à 78

	qu'il voulait. Il faut prendre beaucoup de temps, essayer de lui faire répéter ou de nous montrer L 182 à 183 On soigne quand même avec l'échange, tu vois pour essayer de comprendre ce qu'il se passe, L 166 à 168 Je pense que j'essayerai de faire un entretien et de me mettre à son niveau. Essayer de lui parler et voir s'il me comprend peut-être de le faire dessiner, et essayer de comprendre, essayer de le rassurer, de lui expliquer avec des mots simples		On leur met de la musique, parfois, je sais que les soignantes mettent de la musique pour euh pour euh les détendre L 97 à 98 Il faut plus de temps, il faut être plus patient. L 125 à 126 La disponibilité et la patience ce sont des points essentiels pour nous	Il y a plusieurs façons d'abord quelqu'un, la parole, le regard, le contact, ça peut être mal vécu comme bien vécu, l'accompagner dans les gestes de la vie quotidienne et généralement, ça se passe bien. Et, si on a beaucoup de difficultés à euh s'il n'y a pas vraiment souvent beaucoup de difficultés à contenir, la sécuriser, il faut prendre son temps, enfin montrer qu'on est totalement disponible et euh les choses s'arrangent
--	--	--	--	--

Impact de la relation soignant-soigné	L 152 à 154 Moi je ne dirai pas que ça impact en négatif parce que moi je suis pas du tout une pro de la contention, mais quand je vois toujours l'aspect thérapeutiques de la contention.... Surtout de reprendre après quand ça va un peu petit peu mieux	L 70 à 71 Ils peuvent le voir comme une agression quoi voilà moi je pense que ça impacte la relation L 72 à 73 C'est contre leur volonté donc dans tous les cas ça impacte la relation soignant-soigné Je me sens en echec	L 76 à 81 Je ne trouve pas parce que ce sont des gens pour lesquelles il n'y a pas de communication de base, verbale en tout cas, après je sais qu'il y a des patients qui crie encore plus quand ils ont les contentions, ils sont encore plus confus quand ils ont les contentions et mais de base c'est patient qui sont confus qui ont des troubles cognitifs et qui ne sont pas présents du coup de base nous euh. Ils ne sont pas conscients qu'ils sont là, ils nous parlent pas forcément du coup, des fois ils se	L 54 Ici non
---	--	--	---	-----------------------------------

			rendent même pas compte qu'ils sont attachés.	
Relation de confiance	L 203 à 208 Relation de confiance toujours c'est très important, c'est la première chose à essayer de mettre en place avec un patient Moi je pars du principe que on peut faire confiance au gens jusqu'au jour où il me prouve que ce n'est pas le cas, et je le dis aussi comme ça à mes patients, j'ai toujours tendance à leur faire confiance pour qu'eux puisse me faire confiance aussi parce que ça ne peut pas aller dans un seul sens	L 73 à 74 la relation de confiance peut être rompu ils peuvent ressentir une trahison et ca peut compliqué la prise en charge		

Annexe VIII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : *Ramirez Ruiz Marine*

Promotion : *2020 - 2023*

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☐

non ☒

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☐

non ☒

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le *26/03/23* Signature :

La contention physique

Les enjeux de la formation sur cette pratique

Résumé en français :

Ce travail de fin d'étude a pour objectif d'étudier l'utilisation d'une contention physique chez un patient atteint de trouble de la communication. J'ai pu développer mon travail à l'aide de lectures et de recherches scientifiques, et la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de cinq infirmiers de plusieurs services tels que : gériatrie, chirurgie, médecine, psychiatrie. Ce travail s'appuie sur le cadre législatif et les notions de contention physique, relation soignant-soigné et trouble de la communication. La mise sous contention physique d'une personne est un soin qui relève du rôle sur prescription. L'usage de la contention dans les services de soins n'est pas rare. Toute forme de contention, qu'elle soit physique ou chimique entrave la liberté. Au cours de mon stage, j'ai côtoyé un patient atteint de trouble de la communication. Rapidement, je me suis trouvée confrontée à des problèmes de communication car il m'était impossible d'établir un échange, ainsi que de lui expliquer les soins. L'utilisation fréquente de la contention chimique laisse penser que cette dernière a tendance à être mieux vécue par le soignant. Cette recherche m'a beaucoup appris, notamment sur les différentes prises en soins

Mots clés : Contention physique - Contention chimique - Relation soignant /soigné - Trouble de la communication - Cadre législative

Nombre de mots : 185 mots

Physical restraint

The challenges of training on this practice

Abstract in English:

This end of course assignment has for aim to study the use of physical restraint in a patient with a communication disorder. I was able to develop my work using readings and scientific research, conducting semi-structured interviews with five nurses from several departments such as geriatric, surgery, medicine, psychiatry. This work is based on the legal framework and the notions of physical restraint, the relationship between the carer and the patient, communication disorder. A physical restraint a person is a treatment which follows a prescription. The use of restraint is not uncommon in the care service. Any form of physical or chemical restraint is freedom privation. During my work placement, I cared for patient with a communication disorder. I was soon confronted with communication problems because i couldn't establish a exchange, and to explain the care. Frequent use of chemical restraint could lead us to think that this is the best suited for the caregiver. This research taught me a lot, particularly on the different care-giving.

Key-words: Physical restraint - chemical restraint - Relationship between the carer and the patient - legal framework - communication disorder

Number of words: 166 Words