

Faculté de santé publique

Vécu du personnel infirmier lors de la mise en place de contention physique en psychiatrie

Démêler les liens pour un avenir (presque) sans liens

Mémoire réalisé par
Tiguidanké SOW

Promotrice
Nataly FILION

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Vécu du personnel infirmier lors de la mise en place de
contention physique en psychiatrie
Démêler les liens pour un avenir (presque) sans liens

Mémoire réalisé par
Tiguidanké SOW

Promotrice :
Nataly FILION

Année académique 2023-2024
Master en Sciences de la Santé Publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier et à exprimer toute ma reconnaissance à ma promotrice, Madame FILION, pour son soutien constant, ses précieux conseils et son expertise tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements vont ensuite au corps professoral de la Faculté de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain pour avoir mis à ma disposition les ressources nécessaires afin de pouvoir réaliser ce mémoire.

Pour continuer, je souhaite adresser mes sincères remerciements à tous les soignants ayant accepté de participer à cette étude en partageant leurs expériences et leurs perspectives. Leur contribution a été essentielle à la qualité des résultats obtenus.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis pour le soutien qu'ils ont pu m'accorder tout au long de ce parcours académique et durant la réalisation de ce mémoire.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Précision : une IA a été utilisée pour une correction grammaticale et orthographique uniquement.

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	9
2	Cadre théorique.....	11
2.1	Contexte	11
2.1.1	La psychiatrie	11
2.1.2	La santé mentale et le trouble mental.....	11
2.1.3	Le trouble du comportement et l'agressivité.....	12
2.1.4	La mise en observation	13
2.1.5	Éléments juridiques.....	14
2.2	Les types de contentions	18
2.2.1	L'isolement et la contention architecturale	18
2.2.2	La contention chimique ou pharmacologique	19
2.2.3	La contention manuelle et mécanique.....	20
2.3	Alternatives à la contention.....	22
2.3.1	Les techniques de désescalade	22
2.3.2	L'alternative pharmacologique	23
2.3.3	La chambre d'apaisement et le « time-out »	23
2.4	La demande de contention par les patients.....	24
2.5	Vécu du personnel infirmier lors de la mise en place des contentions	25
3	Matériel et méthodes.....	30
3.1	Méthode utilisée.....	30
3.2	Stratégie d'échantillonnage et recrutement.....	30
3.2.1	Institutions participantes	31
3.2.2	Critères de sélection.....	31
3.3	Méthode de collecte des données	32
3.3.1	Outil de collecte des données	32
3.3.2	Préoccupations éthiques de la recherche	32
3.4	Déroulement et période de collecte des données.....	33
3.5	Analyse des données	34
4	Résultats.....	35
4.1	Perception de la contention	37
4.2	Raisons de recourir à la contention	38
4.3	La place de la formation dans la pratique.....	40

4.3.1	Expérience de formation du personnel infirmier	40
4.3.2	Efficacité des formations actuelles.....	41
4.3.3	Besoins en formations supplémentaires	42
4.4	Alternatives à la contention.....	43
4.5	Impact sur la relation soignant/soigné	45
4.6	Ressenti et expérience émotionnelle	46
4.7	Conséquences professionnelles et personnelles	49
4.8	Stratégies de coping	51
4.9	Perspectives d'amélioration	53
5	Discussion.....	57
6	Recommandations	63
7	Limites.....	64
8	Conclusion.....	65
9	Bibliographie.....	67
10	Annexes	72

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPT : Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou Traitements inhumains ou dégradants

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

HAS : Haute Autorité de Santé

MEO: Mise en observation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPF : Service Public Fédéral

1 Introduction

La contention physique en psychiatrie, une pratique assez complexe, peut susciter des débats tant sur le plan éthique que sur le plan clinique. Depuis de nombreuses années, elle est perçue comme étant une pratique archaïque (Azoulay et Raymond, 2017). Elle est définie par la Haute Autorité de santé (2017) comme « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui* ». Bien que son objectif principal soit d'assurer la sécurité des patients et du personnel infirmier, cette pratique soulève des questionnements liés aux droits des patients, à l'éthique des soins psychiatriques et à son impact sur la relation thérapeutique (Azoulay et Raymond, 2017).

Azoulay et Raymond (2017), soulignent que de nos jours, de nombreuses personnes pensent encore que la contention physique est principalement utilisée comme forme de punition et ne possède aucune valeur thérapeutique. De ce fait, il est important de noter que cette pratique est réservée à des situations spécifiques et est considérée comme une mesure de dernier recours. Selon les directives de la HAS (2017), elle est recommandée principalement dans les cas d'agressions graves envers soi-même ou envers autrui, lorsque ces comportements ne peuvent être maîtrisés autrement. En effet, elle est « quotidiennement utilisée dans les services de psychiatrie en réponse, notamment, à des actes de violences auto ou hétéroagressifs » (Morisset, 2018). De plus, la contention physique n'est envisagée qu'uniquement après avoir exploré d'autres alternatives de soins (Azoulay et Raymond, 2017).

Cette présente recherche qualitative se propose d'explorer le point de vue du personnel soignant, mettant en lumière leurs expériences, leurs émotions, leurs réflexions, en résumé, leur vécu face à la contention physique. Les entretiens semi-dirigés apporteront des points de vue variés et détaillés, aidant à comprendre la contention physique en psychiatrie. Cette étude cherche à aller au-delà des aspects strictement techniques pour explorer la dimension humaine et émotionnelle englobant cette pratique. La population visée sera donc les professionnels de santé infirmiers travaillant en unité psychiatrique fermée avec des patients ayant des troubles du comportement avec agressivité.

Ma motivation à entreprendre un mémoire sur ce sujet est assez simple. Travaillant moi-même depuis près de trois ans dans des unités de soins psychiatriques, l'utilisation de la contention physique fait partie de mon quotidien. En raison de sa fréquence, cette pratique a toujours suscité mon intérêt. N'ayant pas suivi la spécialisation en santé mentale et psychiatrie, je me suis alors demandé s'il n'existait pas des informations dont je n'étais pas au courant. Ce mémoire m'aidera sans doute à en savoir davantage. À travers ce mémoire, je souhaite avant tout explorer l'expérience vécue par le personnel soignant lors de cet acte qui est qualifié « d'acte de soin sécuritaire » (Guivarch, 2015).

Pour ce faire, nous aborderons dans un premier temps le contexte de la psychiatrie ainsi que son cadre juridique, pour après nous pencher sur les différents types de contentions, les alternatives existantes, les freins, la position du personnel infirmier et l'impact des contentions sur la relation soignant/soigné. À la suite du cadre théorique, la méthodologie de l'étude sera détaillée, les résultats seront ensuite présentés et discutés et s'en suivra une réflexion sur les perspectives à venir.

Mon objectif principal avec cette recherche est de donner voix à ces acteurs de la santé mentale, en recueillant leurs vécus, expériences et émotions, afin de contribuer à une compréhension plus profonde de cette pratique en psychiatrie.

2 Cadre théorique

2.1 Contexte

Ici, nous allons explorer le contexte spécifique des unités psychiatriques fermées où on prend en soin des patients avec des troubles de l'agressivité et où la contention physique est fréquemment utilisée. Cette exploration se penchera sur tout ce qui tourne autour de cette thématique. Elle se compose de cinq grands points : le contexte psychiatrique, les types de contentions, les alternatives à la contention physique, la demande de contention par les patients et le vécu du personnel infirmier lors de la mise en place de contention. Chaque point sera composé de sous-points permettant de comprendre l'objet de cette étude.

Avant d'aller plus loin, je tiens à préciser que dans ce mémoire, le terme « contention physique » sera utilisé pour désigner l'utilisation de matériel visant à limiter les mouvements du patient, et non pour décrire l'action directe de contrainte physique exercée sur le patient.

2.1.1 La psychiatrie

L'étymologie de « psychiatrie » vient d'un assemblage de deux mots en grec ancien : l'âme « psuché » et de « iatreía », le soin, la cure. La racine grecque (iaomaï) supposant l'activité de soigner (Bellahsen, 2023). L'Association des médecins psychiatres du Québec (2023), définit la psychiatrie comme une spécialité médicale qui « se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales en utilisant une approche biopsychosociale ». Cette spécialité médicale englobe une multitude de troubles mentaux, tels que la dépression, l'anxiété, la schizophrénie, les troubles bipolaires, et bien d'autres encore.

Ensuite, d'après le SPF Santé Publique (2016), « les hôpitaux psychiatriques sont des hôpitaux qui se consacrent exclusivement à l'offre de soins aux patients nécessitant des soins psychiatriques » tout en ajoutant que les hôpitaux généraux peuvent également assurer la prise en charge de cette clientèle au sein d'un « service psychiatrique hospitalier ».

2.1.2 La santé mentale et le trouble mental

Avant d'approfondir, il est important d'être au clair avec les notions de santé mentale et de trouble mental. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2022), « la santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de

contribuer à la vie en communauté ». La santé mentale est donc un droit fondamental pour chaque individu et ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux.

Quant au trouble mental, il est défini par l'OMS (2022) comme « une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou des comportements d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans les domaines importants. » Les troubles mentaux peuvent donc toucher tout le monde, sans distinction d'âge, de genre, de statut social, de niveau d'éducation, de nationalité ou d'origine ethnique (Gouvernement du Québec, 2021). De plus, il existe plusieurs classifications, mais deux particulièrement plus connues, à savoir le DSM5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies).

2.1.3 Le trouble du comportement et l'agressivité

Comme nous nous intéressons aux professionnels de santé travaillant avec des patients possédant des troubles du comportement avec agressivité, il reste judicieux de rappeler ce qu'est un trouble du comportement. La CIM-10 (2008), définit les troubles du comportement comme « des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. » Alors, lorsque le comportement ne respecte pas « les normes », il est identifié comme un « trouble du comportement ». À noter qu'il existe plusieurs types de troubles du comportement qui ne seront pas abordés dans ce mémoire.

L'agressivité, elle, peut être définie comme « une forme de comportement qui mène à l'affirmation de soi ; peut provenir du caractère inné et/ou d'une réaction à la frustration ; peut se manifester par un comportement destructif ou attaquant, par des attitudes voilées d'hostilité et d'obstructionnisme, ou par une impulsion saine d'expression de soi et de domination » (CISMeF, 2023). L'expression de l'agressivité peut être sous différentes formes, comme par le langage, les gestes physiques, à travers des comportements et aussi à travers les émotions. Elle peut également être dirigée vers les objets (Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg , 2015).

En psychiatrie, nous pouvons retrouver de nombreux patients ayant des troubles du comportement associés à de l'agressivité. Les infirmiers, jouent alors un rôle important dans l'évaluation des facteurs pouvant déclencher l'agressivité, mais aussi dans la gestion des comportements agressifs. Cette évaluation va leur permettre de mettre en place des interventions visant à prévenir et/ou à gérer les comportements agressifs.

2.1.4 La mise en observation

En psychiatrie, l'hospitalisation peut se faire de différentes façons : volontairement ou sous contrainte. Ici, nous n'aborderons que la mise en observation.

La mise en observation (MEO) a une place importante dans le contexte psychiatrique. En effet, de nombreux patients présentant des troubles du comportement avec agressivité, mais qui peuvent avoir d'autres types de décompensations, sont hospitalisés sous contrainte et leur hospitalisation nécessite parfois l'utilisation de contentions physiques. La MEO apparaît alors comme une étape essentielle pour évaluer la situation clinique de ces patients. Elle consiste en une hospitalisation forcée dans un service de psychiatrie d'une personne présentant une maladie mentale par le juge de paix du canton où réside la personne malade (ou le juge de la jeunesse pour les personnes mineures) (Loi du 26 juin 1990).

Une mesure comme celle-ci ne peut s'appliquer que lorsque les trois conditions de l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux sont remplies simultanément, à savoir :

- « La personne souffre d'une maladie mentale,
- La personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui,
- Il n'existe pas d'autres alternatives de prise en charge. »

(Loi du 26 juin 1990, ART. 2).

Quand cette personne est hospitalisée, le juge de paix planifiera une audience dans un délai de dix jours. Un avocat qui sera commis d'office, sera désigné pour représenter les intérêts de la personne concernée par la mesure. C'est seulement après cette audience que le juge de paix prendra une décision : il a la possibilité de choisir si oui ou non, une mise en observation de quarante jours dans un établissement psychiatrique est nécessaire (Loi du 26 juin 1990).

Ensuite, lors d'une MEO urgente, c'est le procureur du Roi selon l'article 9 de la Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, qui décidera si le patient sera mis en observation. « Le procureur du Roi se saisit soit d'office, à la suite de l'avis écrit d'un médecin désigné par lui, soit à la demande écrite d'une personne intéressée, demande qui sera accompagnée du rapport visé à l'article » (Loi du 26 juin 1990, ART. 9). De plus, Bruxelles dispose de la ligne NIXON qui est un dispositif unique en Belgique. Avant la rédaction du rapport médical circonstancié, cette initiative favorise une répartition équilibrée des demandes d'expertises entre les services d'urgences psychiatriques, tout en favorisant un travail pluridisciplinaire et une recherche approfondie d'alternatives aux soins de contraintes (Plateforme bruxelloise pour la santé mentale, 2024).

En principe, une MEO ne peut dépasser quarante jours selon l'article 11 de la Loi du 26 juin 1990 et peut prendre fin avant les quarante jours sous la décision du médecin chef de l'unité dans laquelle le patient se trouve (Conseil Supérieur de la Santé, 2016). De plus, le juge de paix peut juger si l'état du malade justifie, un maintien d'une durée de deux ans maximum, à ne pas nécessairement faire à l'hôpital, en vertu de l'article 13 de cette loi (Loi du 26 juin 1990, ART. 9 & 13). Le médecin chef de service peut, à contrario, décider d'une réadmission en unité si l'état du patient le requiert ou si les conditions du contrat de postcure ne sont pas respectées (Conseil Supérieur de la Santé, 2016).

2.1.5 Éléments juridiques

Ici, nous nous intéresserons aux différents aspects juridiques entourant la pratique de la mise sous contention. Par ailleurs, cette pratique soulève des préoccupations tant juridiques qu'éthiques en raison de son impact potentiel sur la dignité et les droits fondamentaux des patients. Plusieurs références législatives et éthiques seront explorées, notamment la Déclaration Universelle des droits de l'Homme, la Constitution Belge, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, la loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne des malades mentaux, le code de déontologie de l'art infirmier ainsi que la liste des prestations techniques de l'art infirmier.

Les mesures restrictives portent atteinte aux droits fondamentaux de l'Homme de par la privation de liberté qu'elles engendrent. La Déclaration universelle des droits de l'Homme stipule dans son article 1^{er} : « *Tous les êtres humains **naissent libres** et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.* » (Universal Declaration of Human Rights, 1948). Il est de même pour

la Constitution Coordonnée (1994), qui prévoit dans son article 12 qu'à moins qu'il ne s'agisse d'une arrestation prévue par la loi, « *la liberté individuelle est garantie* ». Tous les individus sont donc libres.

Ces références juridiques soulignent donc l'importance accordée à la liberté individuelle. Dès lors, la privation de liberté engendrée par les mesures de coercition doit être justifiée par des motifs légitimes et être en conformité avec les principes énoncés dans ces articles. De plus, dans un rapport du SPF Santé Publique (2017), il est stipulé que les mesures de contention et d'isolement ne peuvent être appliquées chez un patient que pour dans le but de prévenir des dommages corporelles chez le patient lui-même ou chez autrui mais que l'immobiliser dans le seul et unique but d'éviter qu'il ne sorte de son lit, ou l'isoler pour éviter qu'il ne se promène dans le bâtiment ou à l'extérieur, ou encore pour faciliter le travail des infirmiers relève d'une privation de liberté illicite sauf lorsque la demande émane du patient lui-même (SPF Santé Publique, 2017).

De mon point de vue, ces dispositions légales peuvent mettre en lumière le besoin de concilier la protection des droits fondamentaux avec les impératifs de sécurité et de soins dans le domaine de la santé mentale.

Pour continuer, il est de même pour l'article 1^{er} de la Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux qui stipule que « *sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle (...)* ». Les contentions physiques peuvent être considérées comme une restriction de la liberté individuelle et leur utilisation doit donc être conforme aux dispositions légales et être encadrée par des procédures spécifiques définies par la loi et par les institutions. Ainsi, dans la mesure où l'utilisation de la contention physique est une mesure restrictive, elle doit être justifiée par les critères énoncés dans la loi et rester une exception.

Comme énoncé précédemment, le recours à la contention physique est une mesure d'urgence et de dernier recours après avoir exploré d'autres alternatives qui ont échoué. Très souvent, l'urgence fait que l'acte est posé sans le consentement du patient or, l'expression libre et éclairée du consentement par le patient est un droit fondamental : en effet, selon le premier paragraphe de l'article 8 de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, « *le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant*

information préalable » et l'article 14 paragraphe 4 qui dit que « *le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension* ».

De plus, l'article 5 de cette loi stipule également que « *le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins, et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.* » (Loi relative aux droits du patient, 2002).

Dans les cas d'urgence, le consentement n'est pas requis, mais la raison de l'absence du consentement doit être mentionnée dans le dossier du patient conformément à la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient : « *Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents* ». Dans le cas contraire, il faut discuter de la procédure avec le patient, lui faire savoir pourquoi elle est instaurée, quel en est l'objectif thérapeutique, etc.

Pour appuyer ce concept de dignité, le Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier Belge stipule dans son article 17 que « *l'infirmier respecte toujours la dignité du bénéficiaire et de son entourage.* ». L'article 10 de ce même indique également que « *l'infirmier donne ses soins au bénéficiaire dans une **relation de respect** et de confiance mutuels. Il **écoute le bénéficiaire** de façon active, il répond de façon adéquate à ses questions et il assure une observation continue de l'évolution de l'état de santé du bénéficiaire ainsi qu'un « coaching ».* (Conseil fédéral de l'art infirmier belge, 2017).

En analysant ces dispositions légales, nous pouvons remarquer qu'un accent est mis sur le respect de la dignité humaine.

Pour poursuivre, il est difficile d'aborder la contention physique sans évoquer la contention chimique. En effet, selon Corneau et al. (2017), elle intervient régulièrement à un moment donné dans le processus de contention. Elle est dans un premier temps proposée en per os et s'il y a refus, par injection intramusculaire, moyennant souvent renfort et sécurité.

Cet aspect entend souvent un traitement involontaire et forcé mais l'article 18 des recommandations relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux prévoit que « *sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un traitement involontaire :*

- *La personne est atteinte d'un trouble mental ;*
- *L'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;*
- *Aucun autre moyen impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés n'est disponible ;*
- *L'avis de la personne concernée a été pris en considération. »*

(Conseil de l'Europe, 2004).

En Belgique, selon l'Arrêté Royal du 18 juin 1990 portant sur la liste des prestations techniques de l'art infirmier et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin, les mesures de prévention de lésions corporelles : moyen de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillances sont des actes B1, c'est-à-dire des actes ne requérant pas de prescription médicale (AR du 18 juin 1990). La mise sous contention est donc un acte que le personnel infirmier peut poser sans l'accord au préalable du médecin.

Malgré le fait que poser cet acte ne nécessite pas de prescription médicale, le médecin de salle ou de garde doit en être informé afin de le valider et d'en fixer la durée. Ensuite, le patient mis sous contention et isolement doit bénéficier de surveillances. En effet, le 3^{ème} paragraphe de l'article 27 des recommandations relatives à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux le précise également en disant que « *la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier* » (Conseil de l'Europe, 2004) et les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (2017), disent de même : « Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures ».

Pour terminer, il est vrai que la législation stipule que les infirmières peuvent effectuer cet acte de façon autonome (AR 18 juin 1990), cependant, dans des contextes tout aussi spécifiques tels qu'en gériatrie ou aux soins intensifs, par exemple, la question ne se pose pas, et l'acte est réalisé. En psychiatrie, cette approche peut avoir des implications différentes pour le patient, c'est pourquoi certains pensent que cela ne relève pas d'une compétence autonome de l'infirmière, soutenant qu'elle devrait toujours être prescrite par un médecin. Bien que les

infirmiers puissent effectuer cet acte de façon autonome, une collaboration étroite avec le psychiatre est nécessaire, parfois même établie d'emblée comme un protocole au sein de certaines institutions.

2.2 Les types de contentions

La contention, définie par la HAS (2017) comme « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui* », sous ses diverses formes, est fréquemment utilisée en psychiatrie. Bien que nous nous intéressions plus particulièrement à la contention physique, ici, nous en explorerons divers.

2.2.1 L'isolement et la contention architecturale

L'isolement consiste en un « placement du patient à visée de protection, lors d'une phrase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté » (HAS, 2017).

Dans ce cas de figure, le patient est retenu contre sa volonté. L'isolement peut se faire dans la chambre du patient ou dans une pièce isolée fermée. En effet, d'après Corneau et al. (2017), « lorsqu'il n'y a pas de salle d'isolement, la personne utilise une forme d'isolement improvisée, il s'agit très souvent de la chambre du patient. C'est ce qu'on appelle aujourd'hui, l'isolement architectural » et avant toute chose, il est important de s'assurer qu'aucun objet potentiellement dangereux ne se trouve dans cette pièce et que le patient n'en ait pas sur lui. Bien évidemment, le patient est dans le devoir de connaître les raisons et le déroulement de cet isolement (Conseil Supérieur de la Santé, 2016). Une discussion pré-isolement, pendant l'isolement et post isolement est également nécessaire et conseillée, mais est souvent difficile à faire, car les patients sont souvent très sédaté quand ils en sortent (Corneau et al., 2017).

De plus, selon le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [CPT] (2017) au sujet de la surveillance, lorsqu'un patient est placé en isolement, « le professionnel peut se trouver à l'extérieur de la pièce (ou dans une salle adjacente avec une fenêtre communicante), à condition que le patient puisse clairement visualiser le professionnel et que celui-ci puisse maintenir une observation et une écoute

constantes ». Il est important de noter que la vidéosurveillance ne peut en aucun cas remplacer cette présence continue du personnel.

Toutefois, il peut arriver que l'isolement soit une décision volontaire, discutée au préalable dans le cadre de mesures thérapeutiques. Dans ces cas, l'isolement peut générer des sentiments de sécurité et de calme chez les patients et pour certains, les mesures d'isolement peuvent être perçues comme ayant des effets positifs (Conseil Supérieur de la Santé, 2016).

Ici, nous pouvons dès lors penser que l'isolement et la contention architecturale sont identiques, mais ce n'est pas le cas, bien qu'elles soient liées à la gestion des comportements agressifs. La contention architecturale, elle, concerne tous les moyens mis en place au niveau de l'environnement physique, ce qui est un peu plus large que l'isolement qui se concentre principalement sur l'action de placer une personne dans une pièce.

Enfin, d'après le Conseil Supérieur de la Santé (2016), il est essentiel de souligner que l'isolement peut entraîner des impacts physiques et psychologiques, tant chez les patients que chez le personnel. Cela inclut l'intensification des réponses émotionnelles telles que la peur, l'anxiété et la colère. Il faut donc privilégier les moments de débriefing.

2.2.2 La contention chimique ou pharmacologique

La contention chimique est également beaucoup utilisée en psychiatrie. Selon Leboucher et Fleury (2021), la contention chimique fait référence à la médecine utilisée pour diminuer le niveau d'agitation d'une personne, que ça soit par voie orale en première intention ou par injection intramusculaire ou intraveineuse en deuxième intention. Il s'agit de substances qui provoquent le relâchement et/ou qui ont une forte activité anxiolytique : les benzodiazépines, les neuroleptiques sédatifs, les tranquillisants ou les antipsychotiques. Son administration est donc un acte B2 c'est-à-dire une prestation nécessitant une prescription médicale. Il faut également noter que dans l'application de cette contention, chaque unité a ses propres recommandations et protocoles spécifiques. Les procédures peuvent donc varier d'un endroit à un autre. En effet, dans certaines unités, des protocoles sont d'emblée mis en place et une médication est préalablement prescrite en cas de crise chez le patient (médicaments si nécessaire) et dans d'autres, le professionnel administre le médicament avant de le faire prescrire par le médecin ultérieurement.

La contention chimique est « utilisée systématiquement à un moment ou à un autre dans le processus de contention mécanique » (Corneau et al., 2017). Par ailleurs, la contention chimique peut également être utilisée après que le patient a été mis sous contention si ce dernier reste agité et est susceptible de se faire du mal (ex : essaie de retirer les liens en faisant des frottements). Effectivement, lorsqu'un patient est agité et/ou montre des signes d'agressivité et que la discussion avec lui n'est pas possible, la contention chimique est utilisée. Comme dit précédemment, on lui propose d'abord en per os, et s'il refuse, on passe à l'injection intramusculaire moyennant renfort d'autres unités et sécurité (Corneau et al., 2017).

Pour terminer, lorsqu'on fait recours à la contention chimique, il est important de maintenir une surveillance rapprochée des patients étant donné les effets secondaires que certains médicaments peuvent avoir. Il est donc essentiel de régulièrement surveiller les paramètres vitaux et les changements de comportements de ces derniers.

2.2.3 La contention manuelle et mécanique

L'HAS (2017), définit la contention manuelle comme « *le maintien ou l'immobilisation du patient ayant recours à la force physique* ». Cela fait référence à l'utilisation de techniques physiques par le personnel soignant pour limiter momentanément les mouvements du patient.

Ensuite, l'HAS (2017), définit la contention mécanique comme « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui* ». Comme précisé au début du mémoire, c'est cette définition qui sera utilisée lorsque je parle de « contention physique ». De plus, c'est une mesure de dernier recours lorsque toutes les autres mesures alternatives ont échoué, avec une limite de temps et dont le psychiatre doit être mis au courant afin de valider et de fixer la durée. La combinaison de l'isolement et de la contention est généralement, mais pas toujours pratiquée de manière systématique. Ces mesures constituent une forme de contrainte « thérapeutique » mise en place dans le but de garantir la sécurité, mais en créant tout de même une tension entre l'autonomie des patients et l'autorité médicale (Corneau et al., 2017).

Lors de la mise en place des contentions physiques, les infirmiers jouent un rôle important : en effet, pour rappel, l'AR du 18 juin 1990 portant sur la liste des prestations

techniques de l'art infirmier et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin, les mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance les autorisent à poser l'acte de façon autonome, ils peuvent donc prendre l'initiative de mettre un patient en isolement en utilisant ou non des mesures de contraintes. Toutefois, le médecin doit être mis au courant : « la mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre d'emblée ou secondairement » (HAS, 2017).

Pour mettre fin à cette mesure, le médecin et l'équipe infirmière collaborent en justifiant la volonté de lever la mesure à travers une évaluation et un jugement clinique infirmier. En effet, selon l'HAS (2017), « la contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié ». Cette idée est appuyée par le Conseil Supérieur de la Santé (2016), qui préconise la levée de la contention, dès qu'elle est jugée plus nécessaire.

De plus, idéalement, selon le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (2017), « dans le cas de la contention mécanique, un membre qualifié du personnel doit rester constamment présent dans la pièce, établissant ainsi un lien thérapeutique avec le patient et lui offrant une assistance continue ». En effet, comme l'expliquent Azoulay et Raymond (2017), « la contention physique n'est thérapeutique que si elle est pensée comme un soin intensif et uniquement si elle va de pair avec un accompagnement constant » c'est-à-dire que ce qui est thérapeutique dans cet outil n'est pas seulement le matériel qui est utilisé, mais surtout ce qui englobe le tout, comme l'accompagnement le long de la mesure de contention. Pour appuyer cette idée de soin, Paul Sivadon, cité dans Azoulay et Raymond (2017), reprend dans ses écrits que « c'est la proximité attentive des soignants qui donne à la contrainte sa dimension de soin ». Pendant la prise en charge, les soignants surveillent le patient au moins toutes les deux heures et entrent régulièrement dans la chambre afin d'aider le patient à s'alimenter, lui faire des soins d'hygiène si nécessaire, lui donner ses traitements et ainsi de suite. Ces passages réguliers peuvent aider à créer des liens, faciliter les interactions et accélérer la création d'une relation soignant/soignée.

Pour terminer, l'utilisation des contraintes peut comporter des dangers tant au niveau psychologique que physique (Dumont et Terra, 2014). Le patient peut exprimer des sentiments tels que la peur, la détresse, l'impuissance qui sont verbalisés soit par le patient lui-même ou soit par les membres du personnel soignant.

2.3 Alternatives à la contention

D'après Dumont et Terra (2014), comme la contention est à utiliser en dernier recours, il existe différentes façons de l'éviter ou du moins d'essayer de l'éviter. Dans la prise en soin des patients, de nombreuses alternatives peuvent être mises en place par les infirmiers afin d'éviter le recours aux mesures de contention physique et/ou d'isolement. Pour éviter de telles situations, des mesures proactives sont prises : offrir aux patients un sentiment de sécurité dans un environnement calme et sécuritaire a une place importante et contribue également à créer un lien soignant/soigné. Le respect de l'espace personnel du patient, lui parler avec un langage corporel non menaçant, avec un volume sonore, un ton et un débit bas peut lui procurer de l'apaisement et lui permettre de s'exprimer. Parmi les autres alternatives, les infirmiers peuvent proposer aux patients de faire des activités, d'écouter de la musique, de faire un tour au jardin ou encore proposer d'appeler un contact ressource.

De même, il existe six stratégies efficaces identifiées par Huckshorn (2006) cité dans Westphal (2022) pour réduire le recours aux pratiques restrictives en psychiatrie :

- « Leadership et gouvernance,
- Utilisation de données chiffrées,
- Formation professionnelle continue,
- Outils de réduction de l'usage de la contention et de l'isolement,
- Implication des usagers,
- Techniques de débriefing ».

(CPI, 2022)

Ici, nous allons aborder trois alternatives, à savoir les techniques de désescalade, l'alternative pharmacologique et la chambre d'apaisement et le « time out ».

2.3.1 Les techniques de désescalade

Les techniques de désescalade sont définies par Rabenschlag et al. (2019) comme étant « l'utilisation de techniques, notamment de communication verbale et non verbale, visant à désamorcer la colère et à mettre fin à l'agression », de plus, ces techniques permettraient de réduire l'utilisation de méthode coercitive (Martinez, 2016). Selon ces mêmes auteurs, cette méthode vise à gérer les comportements agressifs et violents de manière plus humaine, ce qui peut être considéré comme plus digne et moins coercitive que les interventions physiques. Lors de situations d'escalade, « la première étape est toujours de parler au patient afin d'évaluer son

état dans l'immédiat et de verbaliser ses frustrations » (Corneau et al., 2017). Il faut donc pouvoir être disponible auprès du patient en lui proposant un entretien de soutien, par exemple, ou encore lui rappeler le cadre. La désescalade nécessite aussi l'emploi d'expressions verbales et physiques d'empathie, l'établissement d'une relation thérapeutique, l'utilisation d'outils de communication et la mise en place de limites respectueuses (Rabenschlag et al., 2019). Une bonne relation soignant-soigné pourrait donc favoriser ces échanges. De plus, la littérature soutient que les interventions non-pharmacologiques doivent être privilégiées en première intention (Dumont et Terra, 2014). Lorsque la discussion ne porte pas fruit, en général, on passe à l'alternative pharmacologique.

2.3.2 L'alternative pharmacologique

Comme évoquée précédemment, la contention chimique ou pharmacologique peut être considérée comme une alternative à la contention physique. Elle peut être utilisée en première intention (après les techniques de désescalade) en collaboration avec le psychiatre. En effet, elle peut parfois être nécessaire dans des situations en escalade et où le personnel tente de ne pas aller jusqu'à l'isolement et/ou les contentions. Le traitement leur est proposé d'abord en per os, et s'ils refusent, on passe à l'injection intramusculaire, moyennant souvent du renfort venant des autres unités et de la sécurité (Corneau et al., 2017).

De plus, une étude citée dans Morisset (2018), publiée aux Pays-Bas par la Psychiatry Research (Georgieva et al., 2013), montre que, d'après certains professionnels de la santé, l'administration d'un traitement par injection intramusculaire est jugée plus agressive et violente (en termes d'atteinte à l'intégrité corporelle) que la mise en chambre d'isolement. Cette étude indique aussi que les patients ont une préférence pour les traitements forcés, considérant la contention physique comme une punition.

2.3.3 La chambre d'apaisement et le « time-out »

La chambre d'apaisement peut également être utilisée lorsqu'elle est présente dans les unités. En effet, elle « permet aux patients de prévenir leurs moments de violence, lorsque les tensions internes apparaissent et de limiter l'usage de l'isolement et des contentions physiques » (HAS, 2017).

Selon la HAS (2017), une chambre ou un espace d'apaisement est « un espace dédié (souvent, une pièce) spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (auto agressifs ou hétéro agressifs) ». Cette pièce est accessible aux patients de façon volontaire, mais ne remplace en aucun cas une chambre d'isolement par ce caractère volontaire. Les nombreuses expériences existantes suggèrent qu'il en découle des effets bénéfiques, comme la diminution de l'utilisation de la contention et de l'isolement (HAS, 2017).

Parmi d'autres alternatives, le « time-out » est repris dans une revue de la littérature anglaise par Bowers et al. (2012). Selon Bowers et al. (2012), le time-out correspond au moment où le patient est invité à rester dans sa chambre ou une pièce pendant une certaine durée, sans qu'elle soit fermée à clé. Dans cette même revue, les auteurs expliquent que l'isolement et le « time-out » peuvent être utilisés dans les mêmes circonstances. Le « time-out » est dès lors considéré comme une alternative à l'isolement, étant une approche plus « acceptable » et moins contraignante pour le patient.

Il faut noter que dans certains hôpitaux de la Région de Bruxelles-Capitale, les time-out peuvent se faire dans d'autres unités et/ou hôpitaux.

2.4 La demande de contention par les patients

Dans certaines situations, les contentions peuvent avoir un aspect apaisant et rassurant pour les patients, leur offrant une forme de contenance et d'enveloppement qui peut atténuer les sensations corporelles anxiogènes. Ici, il est important de faire un aparté sur l'amalgame qui existe entre contention et contenance. Pour commencer, le mot « contention » vient du latin CONTENTIO « tension » et le mot « contenance » vient du latin CONTINERE « maintenir uni », ce qui n'est ni la même étymologie ni la même pratique (Bellahsen, 2023). De plus, d'après Bellahsen (2023), la contenance est une fonction psychique qui aide à gérer les angoisses et maintient l'intégrité de la personne. Elle se joue dans la relation interhumaine entre la personne en souffrance, ses souffrances psychiques et les professionnels, ce qui signifie de prendre en compte le corps ressenti du patient comme un espace qui ne peut être réduit à son corps physique.

Cette expérience corporelle est souvent associée à un engagement émotionnel et permet aux patients de prendre conscience des limites de leur corps. En d'autres termes, les contentions peuvent être bénéfiques, par exemple pour les patients borderline, qu'ils présentent ou non des symptômes psychotiques, afin d'éloigner les hallucinations sensorielles et de réduire l'anxiété (Azoulay et Raymond, 2017). À cet effet, dans les années 1960, le psychiatre américain Woodbury cité dans Bellahsen (2023) « invente une technique d'enveloppement (packing) avec des draps pour tenter de soigner certaines personnes atteintes de schizophrénie. Le mécanisme psychopathologique visé est précisément ces enveloppes psychiques qui ne suffisent pas à contenir les angoisses délirantes, les vécus intrusifs et le syndrome dissociatif schizophrénique ». Pour pouvoir proposer cette technique psychothérapique centrée sur le corps, il s'est appuyé sur des outils développés par la psychanalyse. Cet outil a été importé en France dans les années 70 et une nette diminution de la contention physique a pu être remarquée. Toutefois, cette méthode n'est à ce jour, plus du tout utilisée.

« La contention mécanique est contrainte, la contenance par enveloppement est consentie » (Bellahsen, 2023).

Pour revenir à la demande de contention par les patients, Azoulay et Raymond (2017), expliquent dans leur écrit qu'ils ont pu faire face à des patients demandant d'être entravés et que ces demandes peuvent émaner des patients schizophrènes « en lutte avec des angoisses de morcellement ou des injonctions hallucinatoires agressives » et qu'il est de même pour les patients borderline qui eux peuvent demander la contention comme une forme de contrainte externe pour se protéger d'une auto-agression potentielle ou pour soulager une anxiété intense. « Ces patients peuvent reconnaître au décours un effet positif de la contention, expliquant que cet outil les a aidés à développer des stratégies alternatives à leur recours à l'agir » (Azoulay et Raymond, 2017).

En tant qu'infirmier, nous devons être capables d'accepter ce genre de demande tout en gardant en tête l'effet positif que cela peut procurer aux patients.

2.5 Vécu du personnel infirmier lors de la mise en place des contentions

De mon sens, l'utilisation des contentions physiques est entourée de plusieurs freins éthiques et cliniques. Bien que cette pratique soit autorisée et ait un cadre légal, l'utilisation de la contention physique met à mal plusieurs principes éthiques tels que les principes de bienfaisance et d'autonomie, le principe de non-malfaisance ainsi que l'absence de préjudice

(Beauchamp, et al., 2008). Mais le fait que la loi n'interdise pas la contrainte ne signifie pas qu'il faille banaliser la pratique et empêcher la réflexion. Ces dilemmes peuvent être nombreux et variés, influençant donc la décision d'opter pour cette mesure. Les soignants sont confrontés quotidiennement à des dilemmes éthiques, d'une part, ils ont le devoir d'assurer un environnement sûr et préserver la dignité des patients, ce qui est en contradiction avec les mesures de contention, et de l'autre côté, le recours à la contention peut être justifié par le fait de devoir garantir la sécurité et l'environnement des autres patients (Guivarch, 2016).

Parmi les principaux obstacles figurent les préoccupations éthiques liées aux droits fondamentaux des patients, à savoir la liberté individuelle et la dignité propre. Par ma propre expérience, j'ai pu remarquer que certains infirmiers et membres de l'équipe nursing percevaient la contention comme un acte de soin et un acte sécuritaire. Ils cherchent à protéger le patient des préjudices pour autant que cette pratique restreint la liberté de choix (absence de consentement) (Leboucher et Fleury, 2021).

En effet, « comme le consentement du patient n'est pas requis en situation d'urgence, la majeure partie des interventions restrictives se déroulent dans un contexte où les droits du patient c'est-à-dire l'autonomie, la liberté de choix, le consentement éclairé se heurtent aux principes de liberté d'autrui et de non-malfaisance » (Corneau et al., 2017). Sales Cairés (2017), exprime également qu'il « existe une tension entre le recours à la contrainte et le respect de la liberté de mouvement d'autrui ». À noter que, selon la législation belge, la contention physique doit être envisagée en dernier recours, privilégiant des alternatives moins contraignantes quand cela est possible.

Dans ma pratique, je me suis rendu compte que certains professionnels pouvaient ressentir une certaine réticence envers l'utilisation de la contention physique. Cette hésitation peut représenter un frein possible à la mise en place de cette pratique et influence aussi la dynamique de la relation soignant/soigné. Cette appréhension personnelle peut donc empêcher la mise en œuvre de la contention dans certaines situations.

Pour continuer, il a été expliqué par Corneau et al. (2017) que l'utilisation de la contention physique avait des répercussions sur le bien-être du personnel infirmier. Stubbs (2009) cité dans Corneau et al. (2017), mentionne que le personnel fait fréquemment face à des blessures physiques pendant les interventions. Certains infirmiers ont pu rapporter souffrir de conséquences psychologiques telles que l'inconfort, la détresse, l'anxiété, la peur et la colère.

« Cette détresse se manifeste lorsque le besoin de maintenir la sécurité et le contrôle se heurtent à certaines valeurs professionnelles du personnel infirmier telles l'empathie, la compassion et la préservation de la relation thérapeutique » (Corneau et al., 2017). De même, Pierre-François Chanoit (1977) cité dans Guivarch (2016), avait identifié chez les soignants confrontés à cette pratique différentes émotions, notamment de la culpabilité, une identification au patient basée sur une expérience d'exclusion, un sentiment de projection, de l'impuissance mêlée à un sentiment d'échec et un risque de dépression collectif avec abandon du patient, une sensation d'omnipotence avec parfois une forme de plaisir sadique.

En plus des préoccupations éthiques, l'utilisation de contentions peut avoir des répercussions négatives sur la relation soignant/soigné. Pendant la contention, l'alliance thérapeutique est mise à mal (Kontio et al., 2013) et la relation de confiance gravement atteinte (Goulet, 2019).

Le personnel infirmier joue un rôle primordial dans la mise en place de contentions physiques en étant en première ligne : en effet, « le personnel infirmier se voit confronté quotidiennement à des comportements menaçants, agressifs et violents de la part de certains patients, ce qui fait de la contention mécanique une stratégie d'intervention répandue chez le personnel infirmier » (Corneau et al., 2017).

Une enquête réalisée au Canada citée dans Corneau et al. (2017) a révélé que vingt-quatre pour cent des patients hospitalisés en unité de psychiatrie ont été soumis à la contention physique, ce qui montre une forte prévalence de cette pratique.

De plus, Perkins (2012) cité dans Morisset (2018), a pu démontrer qu'il existait « 4 facteurs principaux dans la prise de décisions des soignants amenant à l'utilisation des contraintes :

- Les exigences du contexte,
- L'absence d'alternatives,
- Les effets d'escalade générés par la contrainte elle-même,
- La perception du risque. »

Les infirmiers doivent trouver le moyen d'équilibrer la nécessité de maintenir la sécurité et le respect des droits des patients dans leur pratique. Cela souligne l'importance d'une réflexion éthique et de se former régulièrement afin de promouvoir des soins optimaux.

Morisset (2018) cite dans son article une recherche réalisée au Portugal (Cunha et al., 2016) qui a révélé que les professionnelles de la santé manquaient de connaissances sur la contention physique, en particulier en ce qui concerne les indications, la mise en place, le cadre légal, ainsi que la contention chimique.

Dans son article, Morisset (2018) nous décrit l'idée de permettre au personnel de se mettre à la place des patients en expérimentant la contention afin que les soignants puissent mieux percevoir et comprendre l'impact de celles-ci sur les patients. Dans le cadre de cette étude expérimentale réalisée en Finlande (Kuosmanen et al., 2015), deux infirmières ont été soumises à une contention pendant vingt-quatre heures. À la fin de cette période, les infirmières ont pu rapporter des sentiments tels que la frustration, l'anxiété et ont décrit l'environnement comme inhumain. Cette approche vise à sensibiliser le personnel aux réalités vécues par les patients mis sous contention.

J'ai pu moi-même faire cette même expérience lors d'une formation sur l'isolement et la contention physique et je peux assurément rejoindre les sentiments des deux infirmières de l'expérience finlandaise : ce fut un moment très anxiogène et frustrant, car j'étais privée de tout mouvement. J'ai vécu cela comme une vraie atteinte à ma liberté. J'ai pu dès lors ressentir ce que les patients ressentent et un sentiment de malaise a pu s'installer en moi : je n'ai plus vu la mise sous contention comme je la voyais avant.

À mon sens, et cela est également repris dans la littérature, il serait important et même judicieux de former le personnel soignant tant au cadre légal qu'au cadre procédural. Morisset (2018), suggère que « l'expérience et la formation du personnel serait d'autres facteurs contextuels influençant l'usage des contentions physiques » et de plus, une étude réalisée par quatre chercheurs américains (Smith et al., 2014) cité dans Morisset (2018), a montré qu'une formation proposée aux soignants permet de réduire le recours à la contention physique et améliore leur perception des patients et sur le soin en psychiatrie en général. Effectivement, d'après Azoulay et Raymond (2017), ces formations pourraient traiter de sujets tels que la gestion de la violence, les techniques de désescalade, comment intervenir de manière mesurée et sécurisée dans les moments de crise, comment maîtriser les comportements violents et bien évidemment l'accompagnement et l'explication des soins au patient sous contention pour prévenir les complications et les soutenir à la fois physiquement et mentalement.

Pour certains soignants, à force de multiplier les mises sous contentions, l'acte est devenu une sorte d'automatisme. C'est ce que Corneau et al. (2017) suggèrent dans leur écrit. En effet, le recours fréquent au cadre procédural et légal pour justifier ces pratiques montre une approche pragmatique chez le personnel, les empêchant d'avoir un regard critique sur leurs propres actions, ce qui rend le processus de prise de décision automatisé pour certains. Guivarch (2016), suggère également que certains soignants disent ne rien ressentir, car souvent il s'agit de la seule solution, tout en affirmant que « ne pas avoir de ressenti peut être un problème, car on finit par banaliser et avoir "l'attache" facile ».

Le fait de devoir assurer un équilibre entre la sécurité et le respect des droits met en évidence l'importance d'avoir une réflexion éthique constante et des formations appropriées. L'expérience telle que réalisée en Finlande montre qu'avoir une expérience directe pourrait être un type de formation et de sensibilisation.

Pour continuer, l'impact de la contention physique sur la relation soignant/soigné peut être considérable. Cette pratique, bien qu'elle soit destinée à assurer la sécurité et à être utilisée en dernier recours, peut créer des barrières émotionnelles et avoir un impact sur la confiance qu'un patient peut accorder à un soignant, et c'est de même pour le soignant vis-à-vis de son propre travail. Il est important de prendre en plus de la sécurité, le côté psychique en considération. En effet, « les mesures restrictives sont connues pour avoir un impact négatif sur la relation infirmière-patient et pour enclencher un cycle « agression-coercition » entre les patients et les membres du personnel infirmier » (Corneau et al., 2017).

Je peux également confirmer ces dires de par mon expérience personnelle : en effet, le fait d'avoir contentonné certains patients a eu un impact significatif sur les relations soignant/soigné que j'entreprenais. Certains sont allés jusqu'à me détester, car j'avais eu recours à cette pratique sur eux. Ces événements ont alors chamboulé les relations et la confiance qu'ils avaient en moi. Certains patients ont pu mentionner le mot « trahison ». À souligner que « la connaissance de la personne prise en soin est primordiale et peut permettre d'anticiper l'évolution de ses troubles lors de son parcours de soins » (Morisset, 2018). Ces sentiments de frustration et de méfiance chez le patient peuvent dès lors affecter la qualité de la relation thérapeutique.

3 Matériel et méthodes

Cette partie a pour objectif de détailler la méthodologie et les outils utilisés afin de recueillir les données significatives. Pour rappel, l'objectif de ce mémoire est d'explorer les perceptions, le vécu et les expériences du personnel infirmier travaillant en psychiatrie en ce qui concerne l'utilisation de la contention physique.

3.1 Méthode utilisée

Une approche qualitative a été utilisée afin de pouvoir explorer les ressentis du personnel. Selon Mays et Pope (1995), cité dans Claude (2019), « le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants ». Cette approche permet alors une exploration des expériences, des attitudes et des perceptions des infirmiers. D'après Kohn et Christiaens (2014), en plus de permettre de décrire, l'approche qualitative contribue à obtenir des explications plus éclairées sur un phénomène.

Les principales méthodes pour recueillir des données qualitatives dans la recherche en santé sont les entretiens individuels, les focus groupes et l'observation (Kohn et Christiaens, 2014). Dans le cadre de ce mémoire, la méthode de collecte de données utilisée a été les entretiens semi-dirigés, car c'est une approche qui encourage la discussion ouverte et qui donne la possibilité aux participants de s'exprimer pleinement. Un guide d'entretien élaboré au préalable a servi de cadre pour structurer les entretiens.

3.2 Stratégie d'échantillonnage et recrutement

L'échantillonnage est intentionnel et diversifié, visant à inclure des infirmiers avec ou sans spécialisation en santé mentale et psychiatrie et différents niveaux d'expérience. Une telle diversité tend vers une représentativité complète des diverses réalités rencontrées en psychiatrie. Dans ce mémoire, l'échantillonnage est non probabiliste et également par participation volontaire. Selon le Gouvernement du Canada (2021), « l'échantillonnage non-probabiliste est une méthode qui consiste à sélectionner des unités dans une population en utilisant une méthode subjective (c'est-à-dire non-aléatoire) », ce qui signifie que chaque individu de la population n'a pas une chance égale d'être sélectionné. L'échantillonnage est aussi par volontariat, car une participation volontaire signifie que ce sont les individus qui

choisissent délibérément de participer à l'étude. En effet, « les participants se portent volontaires pour prendre part à différentes études de recherche afin de partager leurs opinions sur des sujets qui les intéressent » (Bhat ,2019).

Le recrutement s'est fait en contactant les responsables infirmiers des institutions et en partageant une annonce dans chacune des unités afin de susciter la participation des infirmiers.

3.2.1 Institutions participantes

Cette étude a ciblé et sollicité la participation de trois institutions dont les noms seront préservés pour des raisons de confidentialité, comme demandé par les institutions. Il s'agit de trois institutions situées à Bruxelles, dont deux sont exclusivement des hôpitaux psychiatriques et l'autre un hôpital général comprenant l'unité que j'ai choisie. Deux de ces hôpitaux sont des hôpitaux privés, tandis que le troisième est un hôpital général public de la Ville de Bruxelles. Ces sélections visent à assurer une représentation diversifiée.

Deux des institutions et leurs unités respectives ont été sélectionnées par moi-même, la chercheuse, car je connaissais ces services et savais qu'elles avaient recours aux contentions, tandis que la troisième m'a été recommandée par ma promotrice. Pour la collecte des données, les quatre unités de ces trois hôpitaux ont été sollicitées afin de fournir des perspectives différentes sur l'utilisation de la contention physique en psychiatrie.

Dans un premier temps, j'ai initié le contact avec les responsables hiérarchiques, les chefs de service, les chefs d'unité et les ICANE par e-mails décrivant la nature et les buts de mon mémoire. Pour l'une d'entre elles, j'ai dû réaliser un rapport détaillé répondant aux attentes de l'institution en termes de questions spécifiques et de points à développer avant d'avoir l'accord. Pour une autre, ayant réalisé un stage au courant du mois de novembre, j'ai pu directement solliciter la directrice du département infirmier, la cheffe de service et l'ICANE. Ma demande a toutefois été suivie d'un mail afin d'avoir une traçabilité.

3.2.2 Critères de sélection

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour cette recherche sont les infirmiers diplômés travaillant en psychiatrie dans une unité de crise ayant ou n'ayant pas de spécialisation en santé mentale et psychiatrie avec au moins six mois d'expérience en psychiatrie.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion concernent les infirmiers qui ne travaillent pas en psychiatrie, qui n'ont aucune expérience en psychiatrie et qui ne travaille pas en unité de crise.

3.3 Méthode de collecte des données

3.3.1 Outil de collecte des données

Des entretiens semi-dirigés ont été utilisés comme principal moyen de collecte des données. Ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien préétabli (**Annexe 1**). Cette approche qualitative a pu permettre d'explorer les expériences, les perceptions, le vécu et les connaissances des infirmiers travaillant en unités de crise. Cette méthode a été choisie en fonction de la richesse des informations qualitatives qu'elle peut fournir, offrant un aperçu des différents aspects liés à la contention physique en psychiatrie. Les questions du guide d'entretiens couvrent différentes thématiques telles que les attitudes des infirmiers face à la contention physique, les répercussions sur la relation soignant/soigné, les perspectives d'amélioration, etc.

Avant son utilisation sur le terrain, le guide d'entretien a été testé auprès d'une personne répondant à tous les critères d'inclusion. Cette première étape m'a permis d'évaluer l'efficacité du guide, d'identifier de potentiels ajustements et de m'assurer que les questions posées étaient pertinentes. Après ce test, quelques ajustements ont été apportés, principalement au niveau des questions qui abordaient les inquiétudes et l'impact sur la relation soignant/soigné. De plus, après les deux premiers entretiens, le guide a été modifié davantage. En fait, des ajustements ont été apportés au fil des entretiens, car certains participants apportaient des éléments auxquels je n'avais pas pensé et qui étaient intéressants à aborder et car je voulais approfondir certains points tels que le ressenti du personnel, dont les questions que j'avais élaborées dans un premier temps n'allaient pas assez loin.

3.3.2 Préoccupations éthiques de la recherche

La considération éthique de cette recherche est essentielle afin de garantir le respect des droits et du bien-être des participants. Pour cela, un formulaire d'informations et de consentement (**Annexe 2**) a été élaboré et transmis à chaque participant afin de le tenir informé des tenants et des aboutissants de l'étude. Ce document explique les objectifs de la recherche, les procédures qu'elle implique, ainsi que les droits des participants.

De plus, avant chaque entretien, un rappel des modalités de l'entretien a été réalisé pour garantir une bonne compréhension et répondre aux questions éventuelles. Cette démarche de consentement éclairé vise à assurer que les participants soient bien informés et assure une transparence durant toute l'étude. Par ailleurs, l'autorisation d'enregistrement, stipulée dans le formulaire de consentement, est entre autres une autre mesure pour garantir le respect des principes éthiques. Cette autorisation a été également rappelée et redemandée avant le début de chaque entretien, donnant la possibilité aux participants de reconfirmer et reformuler leur consentement quant à la collecte et à l'utilisation des données qui ne seront visibles que par la chercheuse.

Enfin, afin de maintenir la confidentialité des participants, toutes les données recueillies ont été rendues anonymes, garantissant que les informations ne puissent pas être liées à une personne en particulier.

3.4 Déroulement et période de collecte des données

La collecte des données s'est étendue sur une période débutant le 7 février 2014 et finissant le 1^{er} mars 2024. Dans un premier temps, les chefs d'unité ont été contactés par e-mail avec une annonce afin d'inciter les infirmiers à participer volontairement à l'étude. Les entretiens ont été planifiés avec les responsables (chefs) et les participants en fonction de leurs disponibilités, des besoins organisationnels et ont eu lieu en présentiel sur le lieu de travail. Comme mentionné précédemment, l'utilisation d'un guide d'entretien semi-dirigé a facilité la collecte des données.

Il était envisagé de mener dix entretiens semi-dirigés, mais treize entretiens ont été finalement réalisés. La durée des entretiens a varié entre vingt minutes et une heure et cinq minutes. Les treize entretiens ont été répartis le plus équitable possible entre les institutions. J'ai réalisé sept entretiens dans une même institution, mais dans deux unités différentes, et trois entretiens dans chacune des deux autres institutions. Tous les entretiens ont débuté par un rappel des modalités et une relecture du formulaire de consentement et ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone. Les données socio-démographiques ont été présentées dans un tableau récapitulatif situé dans la partie Résultat de ce mémoire.

3.5 Analyse des données

Les données de la recherche ont été analysées de manière fidèle et intégrale. Après avoir réalisé les entretiens, toutes les données ont été retranscrites dans leur intégralité. Après cela, une analyse qualitative a été réalisée, ce qui a permis d'identifier les thèmes émergents que j'ai par la suite présentés sous forme de tableau afin d'avoir une vue d'ensemble. Cette approche a conduit à une compréhension profonde des expériences et des perceptions des infirmiers concernant l'utilisation de la contention physique en psychiatrie.

4 Résultats

Cette partie du travail a pour objectif d'exposer les résultats recueillis lors des entretiens semi-dirigés sur le vécu du personnel infirmier concernant l'utilisation de la contention physique en psychiatrie. Les données collectées lors des entretiens ont été analysées afin de repérer les thèmes émergents des expériences et des points de vue des participants. Pour rappel, cette analyse qualitative a pour objectif d'approfondir les différentes facettes de la contention, y compris les motifs liés à son utilisation, les émotions qui y sont associées, les difficultés rencontrées et les perspectives d'améliorations.

Les résultats sont organisés de façon structurée, mettant en avant les thèmes principaux et en offrant des exemples concrets provenant des entretiens (verbatim). Les verbatims sont retranscrits précisément afin d'illustrer exactement les propos tenus par les participants. Afin de maintenir l'anonymat et la protection des informations, chaque participant est désigné par un code anonyme tel que « P1 » pour « participant 1 ».

En ce qui concerne l'échantillon, j'ai réalisé un total de treize entretiens avec des infirmiers dont sept étaient des femmes et six des hommes, tous âgés entre 23 et 50 ans. Parmi les participants, seuls trois étaient spécialisés en santé mentale et psychiatrie, tandis que les autres avaient des formations diverses telles qu'en pédiatrie et néonatalogie, santé communautaire, criminologie, en sciences de la santé publique ou n'avaient pas de formation supplémentaire, mais avaient de l'expérience en psychiatrie.

Un résumé des caractéristiques des participants comprenant l'âge, le genre, les diplômes, la fonction actuelle, la spécialisation en santé mentale et psychiatrie, l'expérience en psychiatrie et dans le service sont présentés sous forme de tableau à la page suivante donnant une vue d'ensemble détaillée.

Participants	Age (années)	Genre	Diplôme(s)	Fonction actuelle	Spécialisation en santé mentale	Expérience en psychiatrie/service (mois/années)
P1	28 ans	F	Bachelier infirmier, spécialisation en santé communautaire.	Infirmière	Non	5 ans
P2	50 ans	F	Bachelier Infirmier	Infirmière	Non	23 ans
P3	27 ans	F	Bachelier infirmier, spécialisation en santé mentale et psychiatrie, master en sciences de la famille et sexualité	Infirmière référente et formatrice	Oui	5 ans
P4	28 ans	F	Bachelier infirmier, spécialisation en pédiatrie et néonatalogie, master en santé publique.	Infirmière	Non	6 mois
P5	49 ans	M	Bachelier en soins infirmiers	Infirmier	Non	6 mois
P6	26 ans	F	Bachelier en soins infirmiers, master en santé publique	Infirmière	Non	1 an et demi
P7	23 ans	M	Bachelier en soins infirmiers	Infirmier	Non	1 an et demi
P8	28 ans	M	Bachelier en soins infirmiers, master en santé publique	Infirmier chef	Non	4 ans
P9	50 ans	F	Bachelier en soins infirmiers, master en criminologie	Infirmière	Non	2 ans
P10	49 ans	M	Bachelier en soins infirmiers	Infirmier	Non	2 ans
P11	26 ans	F	Bachelier en soins infirmiers	Infirmière	Non	3 ans
P12	27 ans	M	Bachelier en soins infirmiers, spécialisation en santé mentale et psychiatrie	Infirmier	Oui	3 ans
P13	29 ans	M	Bachelier en soins infirmiers, spécialisation en santé mentale et psychiatrie, master en santé publique	Infirmier	Oui	2 ans et demi

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des participants.

4.1 Perception de la contention

La façon dont les infirmiers perçoivent la contention physique joue un rôle essentiel dans la compréhension de son utilisation dans les services de psychiatrie. Dans ce premier thème, il est question d'explorer les différentes perspectives et interprétations données par les infirmiers au sujet de la contention.

La perception de la contention se manifeste de manière significative au travers des entretiens. Les infirmiers en ont une perception variée et la décrivent comme étant *un outil* indispensable pour assurer la sécurité, la contention et la gestion des crises. Certains la voient comme un *moyen thérapeutique* permettant d'apaiser les patients en phase maniaque ou agité et de garantir leur sécurité, celle des autres patients et celle des professionnels.

« Pour moi, les contentions physiques sont un outil, un outil dans lequel on doit pouvoir parfois passer pour permettre la gestion de la crise. Et je dis bien un outil et un levier pour cette gestion de crise et non pas tout ce qu'on peut croire ou entendre.(...)C'est réellement un outil de gestion par rapport à deux choses : par rapport à la gestion de la crise du patient lui-même par rapport à lui-même, mais aussi dans d'autres cas dans une mesure de protection que ce soit toujours par rapport à lui-même ou par rapport à autrui, que ce soit d'autres patients ou d'autres soignants, les crises psychiatriques sont parfois très compliquées et nécessitent de pouvoir mettre certains patients à l'écart et de manière un peu plus forcée. » (P8)

« C'est un outil. C'est vraiment ça en fait (pause) (...) outil, c'est un outil de contenance et de sécurité (pause), un outil thérapeutique même. Que ce soit pour nous ou pour le patient. C'est un outil qui est utile. » (P3)

« La contention, ça sert aussi à apaiser certaines personnes, notamment des personnes qui sont en phase maniaque, des personnes qui ne parviennent pas à s'arrêter pour dormir, à se poser. » (P1)

D'autres la considèrent comme un dernier recours, voire une mesure de sécurité extrême quand d'autres options ne sont pas possibles pour gérer la situation de crise.

« C'est le dernier outil que tu utilises (...) c'est la finalité du truc quoi, mais ce n'est pas la finalité de la pensée. » (P3)

« C'est vraiment le dernier recours, la contention ne peut pas être mise au premier plan. » (P4)

« Les contentions représentent un moyen de canaliser le patient à un instant t lorsque nous n'avons pas d'autres moyens de le faire. C'est donc le dernier maillon de la chaîne, on l'utilise en dernier recours. » (P11)

Selon d'autres, le recours à la contention constitue la partie la plus difficile de leur travail.

« Alors les contentions représentent pour nous fin pour moi, vu que je vais parler de mon expérience, représentent la partie la plus difficile de mon (pause). Je vais dire de mes missions. » (P5)

Enfin, certains la qualifient comme un dispositif d'entrave utilisé pour canaliser ou isoler le patient dans des situations de crise où il est impossible de le contenir autrement. Ils mettent également l'accent sur le fait que la contention physique ne soit pas une punition, mais plutôt un moyen de gérer les crises et de protéger à la fois le patient et le personnel.

« C'est un dispositif d'entrave du patient. Total ou partiel, puisqu'il y a plusieurs modalités d'entrave, soit 4 membres ceinture ou 3 membres ceinture ou voilà (pause) et ça représente un outil thérapeutique utilisé pour bien pour gérer la prise en charge du patient au sein de l'unité et non pour les punir. » (P10)

« Ce n'est pas de la punition, ce n'est pas quelque chose qu'on fait avec plaisir, loin de là. »(P8)

Ici, les verbatims retenus montrent une certaine diversité de perceptions allant de son rôle dans la sécurité du patient et d'autrui à sa qualification d'outil thérapeutique tout en soulignant les défis et dilemmes éthiques associés à la contention physique auxquels ils font face.

4.2 Raisons de recourir à la contention

Aborder cette thématique est fondamental, car elle permet de comprendre les motivations impliquées dans cette pratique et permet de déterminer les situations dans lesquelles elle est considérée comme nécessaire par les soignants. En parcourant les différentes motivations évoquées par les participants, nous pourrions très certainement avoir une meilleure compréhension des éléments qui influencent la décision de recourir à la contention et des difficultés qui y sont associées.

Majoritairement, les participants soulignent que la contention est utilisée comme un outil thérapeutique visant à contenir et à sécuriser les patients et à protéger le personnel et les autres patients lorsque leur sécurité est en jeu.

« Ça peut être à la fois pour protéger le patient comme ça peut être pour nous protéger nous lorsqu'il y a de l'agressivité et de la violence qui ne peut être gérée autrement, de toute façon, la contention mécanique, elle va être utilisée dans une idée de soin (...) et donc elle est utilisée dans le cadre où ça va être cliniquement intéressant et bénéfique pour le patient » (P3).

De plus, la nécessité de la contention physique dans les situations d'agressivité et de violence a été soulignée par plusieurs participants. Cependant, l'emploi du terme « nécessaire » est à discuter, car d'autres ont exprimé que toute manifestation d'agressivité ne justifiait pas systématiquement le recours à la contention.

« Euh moi je pense qu'elles sont nécessaires quand le patient (pause) quand il y a de l'agressivité. Donc envers lui-même, donc de l'hétéro agressivité, qu'il y ait de l'agressivité, qui passe à l'acte sur soi, soit sur un autre patient, soit sur un membre du personnel, n'importe lequel. » (P5)

« En cas de violence et d'agressivité, elle peut s'amener à être nécessaire, mais pas toujours. » (P7)

« Je ne pense pas qu'elles soient réellement nécessaires en cas de violence ou d'agressivité. Je pense que tout dépend du contexte de violence et de la présence ou de la non présence de symptomatologie psychiatrique. Je pense que des notions de violence nécessitent une mise à l'écart mais pas forcément une mise à l'écart avec des contentions. »(P8)

De même, il ressort des entretiens que la décision de recourir à la contention est prise en dernier recours, lorsque toutes les alternatives de désescalade ont échoué.

« Ben on fait usage de la contention physique en dernier recours face à un patient très agité ou très agressif quand il y a échec des autres alternatives qui sont tentées (...), les contentions c'est vraiment quand il y a une agitation excessive ou un danger imminent et que, là, on est obligé de maintenir, mettre des contentions » (P2)

Ou encore un autre en disant : *« C'est vraiment l'ultime recours si on a vraiment pas d'autre possibilité » (P9)*

Enfin, des participants ont souligné que la demande de contention pouvait émaner du patient lui-même, qui avec se sent contenu et apaisé.

« Parfois aussi, il y a des patients, c'est plus rare, mais des patients qui demandent à être entravés parce qu'ils se sentent contenus, ils se sentent, oui, ça les contient, ça les apaise » (P2)

« Alors il y en a qui vont le demander plusieurs fois parce que vraiment ça apporte une contenance et ils me disent “j’aimerais bien être contentionné pour dormir” » (P3)

« On sait que pour beaucoup de patients, la contention est quelque chose qui apaise, qui recentre, qui tu vois parfois les patients, quand c'est trop compliqué pour eux, ils demandent de dormir en isolement. Ils demandent d'être attaché pour dormir parce que c'est quelque chose qui les contient, qui les rassemble et ça, on doit aussi être OK avec ça. » (P9)

Ici, nous avons pu voir les différents points de vue des participants quant aux raisons qui les poussent à utiliser la contention physique. Son utilité en cas d'agressivité ou de danger pour le patient ou autrui est soulignée ainsi que le fait qu'elle n'est pas toujours utilisée de façon systématique dans ces situations et qu'elle est un moyen de dernier recours aussi.

4.3 La place de la formation dans la pratique

La formation du personnel infirmier en ce qui concerne la contention est d'une grande importance, car elle permet de pouvoir assurer au mieux la sécurité des patients et du personnel lui-même tout en garantissant des pratiques éthiques. Dans cette thématique, la place de la formation sera explorée en examinant l'expérience de formation du personnel, l'efficacité des formations actuelles et les besoins en formations supplémentaires.

4.3.1 Expérience de formation du personnel infirmier

À mon sens, la formation initiale et continue des infirmiers est essentielle pour gérer de façon efficace les situations où nous faisons appel à la contention physique. À noter que l'expérience de formation du personnel infirmier sur la contention peut varier selon les contextes.

Pour commencer, un certain nombre de participants témoignent d'une acquisition progressive des compétences sur le terrain en observant et en apprenant au fur et à mesure.

« Après, moi, j'ai appris avec l'ancienneté. Voilà quand on débarque sur le terrain à l'époque y avait pas ça (les formations), j'ai observé comment ça se passait et voilà. » (P2)

« (...) quand je suis arrivée, j'ai appris dans le tas en observant (...) quand t'as pas le choix tu fais par instinct, c'est ça » (P6)

« (...) J'ai appris sur le tas grâce à mes collègues et la première contention physique est toujours stressante car nous nous y avons pas été préparé (...) » (P11)

D'autre part, dans certaines institutions, des formations assez encadrées sont proposées, ce qui permet aux infirmiers de se familiariser avec certaines techniques et les procédures de façon un peu plus formelle. Ces formations offrent un sentiment de sécurité et de maîtrise.

« Cela permet une sérénité générale au niveau du service, parce qu'on sait ce qu'on a à faire (...) même s'ils (les infirmiers) ne maîtrisent pas la technique, ils savent dans quoi on se trouve. La conscientisation et le fait de connaître l'outil, mettent une sérénité et diminuent la peur du soignant et donc va diminuer enfin en tout cas, c'est ce que je pense que ça va du coup diminuer cette utilisation trop importante ou excessive de peur. » (P3)

De plus, les participants soulignent que les formations, notamment celles centrées sur la désescalade verbale sont essentielles.

« (...) on a aussi la partie désescalade verbale qui est comment apporter le dialogue (...) Et je pense que cette partie-là est tellement importante » (P4).

« il y a une vraie différence dans les gens qui arrivent au premier jour de la désescalade physique et verbale et quand ils partent. On voit qu'il y a un côté où ils sont plus sereins par rapport à l'outil, par rapport à la violence, par rapport à ce qu'il faut qu'ils fassent et ce qu'il faut qu'ils disent » (P3)

4.3.2 Efficacité des formations actuelles

L'efficacité des contentions est en grande partie reconnue par les participants comme étant essentielle dans la gestion sécuritaire des situations de contention. Les formations permettent d'acquérir des compétences techniques, d'améliorer la communication et la gestion des émotions lors des situations en escalade. Les participants reconnaissent l'impact positif des formations sur leur pratique et donc la qualité des soins dispensés. Un aspect important souligné par les infirmiers est l'effet apaisant et sécurisant que les formations ont sur le personnel ainsi que sur les patients.

« On se rend compte qu'avec un personnel qui est formé, on a à la fois le personnel qui est plus zen, mais le patient aussi » (P3).

« Je pense que la formation nous amène à réellement savoir le pourquoi on le fait et pas le faire pour le faire donc ça a tendance à nous apaiser ? Je veux dire nous aider à mieux aborder le truc. » (P4)

Ces éléments mettent en lumière l'effet positif que les formations ont sur le climat général des soins et la qualité de la relation thérapeutique. En plus de cela, les participants soulignent que les formations renforcent la conscience et la compréhension des enjeux liés à la contention, ce qui aide à diminuer la peur et l'anxiété chez le personnel.

« La conscientisation et le fait de connaître l'outil, met une sérénité et diminue la peur du soignant et donc va diminuer (...) cette utilisation trop importante ou excessive de peur » (P3).

4.3.3 Besoins en formations supplémentaires

Malgré les formations actuelles, des besoins en formations supplémentaires se font ressentir par les participants, notamment dans le but de renforcer les compétences et les connaissances nécessaires afin d'avoir la pratique la plus sécuritaire possible. Ces besoins incluent des formations plus centrées sur certains aspects pratiques et des mises en scène de situations de crise réelles. Des infirmiers ont relevé des lacunes dans les formations actuelles en ce qui concerne la chronologie des formations et des risques qu'ils peuvent encourir si ces formations ne sont pas données le plus tôt possible.

« J'ai fait des mises en isolement, mais j'étais pas du tout formé pour mettre en isolement (...) Moi ce qui m'avait choqué bah c'est qu'il a fallu attendre 3 semaines avant que je sois formé pour une mise en isolement mais ça veut dire que j'ai été mis en danger et en difficulté à cause que j'ai pas eu la formation adéquate et ce n'est que quand j'ai eu la formation adéquate que j'ai pu enfin, trouver les bons gestes pour ma sécurité, pour la sécurité du patient aussi » (P5)

De plus, les participants demandent à ce que les formations soient plus fréquentes et soient ouvertes à tous, c'est-à-dire à tout le personnel qui est susceptible d'intervenir lors des situations de mises sous contention afin de garantir une utilisation uniforme et sûre de la contention.

« Il faut être sûr, fin, partager en tout cas une procédure commune pour savoir comment faire et comment bien faire (...) » (P8).

Cela permettrait de dispenser des soins de qualité et une sécurité maximale pour les patients et le personnel impliqué. Ici, l'exploration de la place des formations dans la pratique met en évidence comment les formations améliorent les compétences, la confiance, la sécurité

des infirmiers ainsi que le bien-être des patients. Cependant, il existe encore des défis comme la disponibilité, le timing et l'organisation des formations.

4.4 Alternatives à la contention

La contention physique est perçue par les infirmiers comme étant la mesure de dernier recours lorsque toutes les autres alternatives ont échoué. L'attention penche donc de plus en plus sur les alternatives, cherchant à privilégier des approches moins coercitives. Dans la recherche d'alternatives, différentes stratégies émergent des entretiens. La désescalade verbale trouve toute son importance, mettant en avant la nécessité de comprendre les causes des comportements agressifs. L'accent est aussi mis sur la nécessité de prendre le temps d'apaiser le patient par le dialogue et d'explorer d'autres solutions.

« Donc pour moi il y a la désescalade verbale où en fait on va essayer de bah de comprendre ce qui se passe déjà parce que bah quand il y a quelque chose comme ça qui est exprimé hyper vivement, c'est qu'il y a un truc qui se passe derrière. Donc essayez juste de prendre le temps d'écouter, de voir ce qui se passe. De voir si on peut régler le problème sans en arriver à la contention. » (P1)

« Bah donc y a tenter d'apaiser le patient par le verbal, prendre un temps vraiment avec lui pour essayer de discuter (...) » (P2)

Pour continuer, l'accent est également mis sur la distraction en proposant des activités alternatives et des interactions pour tenter de détourner l'attention du patient.

« (...) Aussi se rendre disponible, essayer de distraire le patient, enfin de détourner son attention sur autre chose. Donc aller faire du sport avec lui, lui proposer d'aller faire un tour, de marcher, euh pour les collègues fumeurs, proposer aux patients d'aller fumer une clope avec lui. Voilà faire autre chose en fait. » (P5)

« Avoir un espace où ils peuvent vraiment se relaxer et être tout seul dans leur coin. Avoir assez de clopes, un espace qui est apaisé, qui limite les confrontations avec les autres patients. Et je pense que pour les gens qui ont vraiment besoin et qui sont dans des moments de grande crise et de grande détresse je pense c'est la seule chose qu'on pourrait proposer. » (P3)

« (...) Faire une activité avec lui, de sortir au jardin ou lui dire tiens, on va pas faire une partie de ping-pong, l'apaisement par le verbal, le traitement médicamenteux, proposer une activité, une sortie au jardin, un jeu, la chambre, l'apaisement et puis l'isolement. » (P2)

Cependant, parmi les treize participants, deux ont trouvé que dans certaines situations, il est difficile de trouver des alternatives et que la contention est parfois inévitable.

« Ben les alternatives à la contention physique telle qu'elle est pratiquée ici euh j'en vois pas parce que ici, je pense qu'elle est utilisée vraiment comme dernier recours, donc alternative ? Non, parce qu'en fait, si on l'utilise si peu, c'est justement parce que il y a tout un travail de prévention et de dialogue avant et on tempore, on prend beaucoup sur nous (...) Il y a des mesures préventives mais alternatives non, ou alors une piqûre qui calmerait le patient direct. Mais à mon sens, ça existe pas. » (P10)

« Un peu compliqué de trouver une réelle alternative » (P11)

Ensuite, ils insistent sur la communication non-violente, la médiation, la création d'un environnement thérapeutique sécurisant et sur la bonne utilisation de la médication. L'hypostimulation et les entretiens de soutien dans la gestion de crises ont également été mentionnés.

« Y a déjà les entretiens, des entretiens de support, donc un peu en entretien de soutien. Y a les traitements aussi donc c'est ce qui est contention médicamenteuse ça peut parfois apaiser les patients. »(P7)

« Pour moi, l'hypostimulation. Les entretiens de soutiens (...) ouais l'hypostimulation moi c'est vraiment ça. Le traitement médicamenteux aussi, d'ailleurs ça c'est prouvé que c'est efficace après l'entretien de soutien pas tout le temps parce que parfois il t'écoute pas » (P6)

Pour finir, le participant 8 a su synthétiser les alternatives à la contention amenées par tous les patients en abordant la communication verbale, les entretiens de soutien, la médication, les activités de diversion et l'importance de passer plus de temps avec les patients afin de prévenir les situations de crise.

(...)on va avoir d'abord toute la sphère du contact, donc c'est à dire l'entretien de soutien, l'entretien motivationnel, prendre du temps, une sphère un peu plus environnementale(...) l'accompagnement à l'extérieur tout simplement (...) on a aussi l'appui du pluridisciplinaire (...) puis on passe sur les médicaments (...)la médication per os, puis de la négociation, puis de la médication per os imposée et quand on arrive à une série de non, on arrive à la mise à l'isolement (...) on arrive à d'abord un apaisement aux portes ouvertes, puis porte fermée sans contentions puis après on peut faire du deux membres ceinture, puis du 3 membres ceinture, puis on fait du 4 membres ceinture avec ou sans injection de force (...). La contention 4 membres ceinture est la finalité de tout ce qui a été refusé par le patient »(P8)

4.5 Impact sur la relation soignant/soigné

Dans le contexte psychiatrique, la relation entre le soignant et le patient est un élément clé. Toutefois, quand il est nécessaire de recourir aux mesures de coercition, cette relation peut être mise à mal. Bien que cette pratique soit parfois nécessaire dans certaines situations où il faut garantir la sécurité, elle peut entraîner des conséquences émotionnelles et relationnelles importantes.

L'impact de la contention sur la relation soignant/soigné est complexe et varié. Après avoir été soumis à une contention, certains patients peuvent ressentir de la méfiance, de la rancœur ou même de la colère envers le personnel soignant.

« Parfois il y a des patients qui nous en veulent, qui restent très parano sur ça ou qui bah qui ont subi sans doute un traumatisme et qui nous en veulent, qui reviennent toujours à ça. Alors parfois avec le temps ça passe, parfois c'est des choses qui restent, ça arrive. » (P2)

« (...) Une perte de confiance, un sentiment de méfiance, de frustration ou de ressentiment chez le patient. Il peut se sentir dévalorisé, désabusé ou même agressé (...) » (P13)

Cette méfiance peut persister dans le temps même après l'incident initial et peut donc affecter la qualité de la relation thérapeutique.

« Cela peut créer une tension et une méfiance dans la relation, ce qui peut rendre la prise en charge du patient plus difficile à l'avenir. » (P12)

Cependant, tous les patients ne réagissent pas de la même manière. Certains peuvent exprimer de la gratitude envers le personnel pour avoir agi dans leur intérêt.

« (...) J'ai 2 ou 3 patients qui m'en veulent encore de les avoir injectés de force il y a peut-être 2-3 ans et qui ont un grand souvenir de moi et qui ne savent pas me voir en peinture parce qu'ils l'ont très mal vécu. Comme j'ai déjà eu des patients qui à leur fin d'hospitalisation qui m'ont presque pris dans leur bras en me remerciant d'avoir utilisé la coercition pour les aider(...) beaucoup de patients se sont excusés, m'ont remercié parce qu'ils disent, « j'étais hors de moi, je ne savais plus me contrôler, merci d'avoir agi » (P8).

On observe donc deux schémas de réponses de la part des patients, ce qui souligne l'importance de prendre en compte les réactions émotionnelles individuelles dans la gestion de la relation soignant/soigné.

De plus, l'intervention peut aussi altérer la façon dont le patient voit l'institution et les soignants en général. Certains patients peuvent considérer la contention comme une forme de punition et entraîner une perte de confiance envers le personnel soignant et le système de santé.

« Ouais, il y a des patients qui l'ont mal vécu et donc ils peuvent garder une forme de euh (longue pause) comment dire (pause), je cherche mes mots. Ils peuvent en vouloir à l'institution et donc aux soignants qui incarnent l'institution, ouais. » (P10)

Après avoir été mis sous contention, les patients peuvent avoir du mal à regagner un sentiment de sécurité et de confiance dans la relation.

« Le patient rompt le lien avec le soignant (...) » (P11)

« Cela peut créer une tension et une méfiance dans la relation (...) » (P12)

Enfin, il est important d'avoir des discussions ouvertes et honnêtes avec les patients en ce qui concerne les raisons du recours à la contention, tout en tentant de mettre en place des stratégies pour restaurer ou maintenir la confiance dans la relation de soin. L'empathie et la collaboration sont des éléments clés.

« Pour gérer les moments de tension ou de conflit dans la relation soignant/soigné, j'adopte une approche axée sur l'empathie et la communication. » (P12)

« Cela souligne l'importance de prendre en compte les aspects relationnels de la contention physique dans la pratique clinique et de mettre en œuvre des stratégies pour atténuer ses effets négatifs sur la relation thérapeutique » (P13)

Ici, nous avons pu voir que les patients pouvaient ressentir diverses émotions à l'égard du personnel telles que la compréhension, la méfiance, la colère. En mettant en place des stratégies pour restaurer la confiance et établir une communication efficace, il est possible selon moi, de préserver une relation thérapeutique solide, même après des épisodes de contention.

4.6 Ressenti et expérience émotionnelle

L'expérience émotionnelle des infirmiers lors de la contention physique est un aspect à ne pas négliger et est souvent complexe. Ils se retrouvent pour la plupart face à des situations où ils doivent jongler avec différentes émotions, allant de la compassion à l'anxiété, en passant

par la frustration et la culpabilité. Afin de pouvoir leur apporter le soutien et l'aide nécessaires, il est important d'y prêter attention.

Pour commencer, certains participants expriment leur capacité à gérer les émotions liées à ces situations difficiles, car ils comprennent la nécessité de l'acte.

« Moi, je gère ça assez bien au niveau émotionnel, mais c'est toujours pareil, parce que je comprends pourquoi on le fait. Si j'étais pas d'accord avec la décision ou si je comprenais pas l'acte, je pense que ça serait pas du tout pareil. » (P1)

Tandis que d'autres reconnaissent des moments de malaise, en particulier lorsqu'ils sont face à la détresse de jeunes patients.

« Je gère assez bien mais j'ai déjà eu des sentiments de malaise dans certaines situations dans d'autres unités parfois quand je vois comment ça se passe avec certains collègues. Mais c'est vrai que quand il y a des gamins de 14/15 ans. C'est un peu déchirant à voir. Mais j'arrive à mettre de la distance par rapport à ça. » (P2)

Plusieurs infirmiers disent être à l'aise avec la pratique en elle-même. Ils se sentent confiants dans l'utilisation de l'outil, mais reconnaissent une certaine désensibilisation due à la fréquence de son utilisation et à l'obligation parfois d'y recourir.

« Je me sens à l'aise avec l'outil, je le connais par cœur, je sais l'utiliser facile. La pratique en tant que telle euhh je pense que c'est compliqué de me poser la question à moi parce que je fais partie des gens qui sont à risque d'être blasé du truc. J'utilise ça tellement souvent (...) je suis dans un service dans lequel ça arrive régulièrement que mon choc et ma vision du truc est pas la même que quelqu'un qui n'utilise jamais. » (P3)

« Je fais un peu sans trop réfléchir, je me mets dans mon rôle et je le fais » (P6)

« J'aime pas mais je le fais parce que ça fait partie de mon travail et qu'il faut que je le fasse » (P9)

Pour d'autres, les émotions peuvent varier en passant de la culpabilité au soulagement et à l'acceptation.

« Il y a eu des moments où je me suis senti impuissant (...) Je trouvais logique la décision sur le moment même mais voilà, y a des limites qu'on doit donc accepter en tant que soignant » (P5)

De plus, certains participants expriment ouvertement leur hésitation et leur malaise face à la contention, soulignant que c'est une tâche qu'ils n'aiment pas et qu'ils aimeraient éviter le plus possible.

« C'est un truc que j'aime pas, j'aime pas faire, j'ai mal au cœur quand je fais ça. J'aime pas, je peux pas le dire autrement. Je le fais mais j'aime pas, j'aimerais jamais de toute manière. C'est trop brutal, c'est trop, c'est trop, c'est trop. » (P9)

Toutefois, des participants disent éprouver une large gamme d'émotions allant de la tension et l'urgence pendant l'intervention à la frustration et la tristesse après l'intervention tout en essayant d'avoir une certaine réflexion sur la situation et les conséquences émotionnelles qu'elle peut avoir sur eux.

« (...)Je suis confronté à un sentiment de tension et d'urgence (...)je ressens souvent de la frustration et de la tristesse face à la nécessité d'utiliser une mesure aussi coercitive. Je me sens également anxieux et préoccupé par les conséquences potentielles de la contention sur le bien-être du patient. Je ressens parfois de l'impuissance et de l'inconfort (...)Après la mise en place de la contention physique, je ressens souvent un poids émotionnel, accompagné d'une réflexion intense sur la situation et sur les moyens de prévenir de telles circonstances à l'avenir. » (P13)

Des émotions telles que le stress, l'adrénaline, le sentiment d'échec et la remise en question sont apporté par d'autres participants.

« Mes ressentis varient en fonction de la situation. Pendant ces moments, je reste concentré sur la sécurité du patient et du personnel, mais je ressens parfois de la frustration ou de la tristesse face à la situation. je ne suis pas toujours en accord avec les décisions de mise sous contention donc des fois, certaines situations me font mal au cœur » (P12)

« Un peu de stress, de l'adrénaline, de la vigilance. Le sentiment de besoin de bien communiquer avec les autres collègues, ce qui est pas trop facile » (P10)

« Mitigé entre l'échec parce que quand on arrive à ce point-là de devoir le mettre. Et puis Ben d'un autre côté il y a de la remise en question aussi. Il y a donc un mélange de culpabilité, de soulagement. Et puis bah d'acceptation parce que bah la réalité fait que... » (P5)

4.7 Conséquences professionnelles et personnelles

Comme nous avons pu le voir, la contention physique est souvent inévitable dans les unités de crises psychiatriques et n'est pas sans conséquences sur le bien-être tant professionnel que personnel des infirmiers. Les dires des participants illustrent cette réalité où les émotions se mêlent au professionnalisme.

Un détachement émotionnel à la contention causé par la fréquence de son utilisation est souligné par un grand nombre des participants, affirmant que ça n'impacte pas tout le monde de la même façon.

« Moi, je suis assez détachée de ça, hein, donc ça ne m'impacte pas réellement fin voire pas du tout mais c'est cas par cas hein, ma sensibilité ne sera pas la sensibilité de mes collègues par exemple » (P4)

« A force d'être baigné et confronté à ça, on se créer des automatismes, moi je mets vraiment une barrière, je me suis vraiment détachée du truc, si je te dis que ça me touche bah non, je mentirais (rire). Vraiment je suis détachée de ce truc. Je suis totalement détachée. » (P6)

Cependant, d'autres soulignent la fatigue émotionnelle que la contention peut engendrer sur eux, ce qui pourrait impliquer des risques pour leur propre sécurité physique et émotionnelle.

« Mettre quelqu'un en isolement et lui mettre des contentions demande beaucoup de travail et c'est épuisant car déjà on peut se manger des coups, puis il y a tout ce qui est surveillance donc si on peut éviter d'en mettre à quelqu'un, on le fait » (P3)

Le stress et la peur pendant, et même après l'intervention sont des sentiments qui sont beaucoup revenu lors des entretiens, surtout lorsque les infirmiers sont menacé par les patients qui montrent des comportements agressifs.

« Il faut vous imaginer que vous morfliez psychologiquement, vous morfliez à ce moment donné là parce que vous avez pris 2 coups de pied, 2 coups de poing, et cetera. Et en plus, la personne, elle vous regarde les yeux bien fixes, avec toute la méchanceté, la décompensation dans les yeux. Elle vous dit : "je vais te tuer, dès que je vais sortir de l'isolement, je retiens bien ton visage, je vais t'attendre au tournant, je vais faire ton affaire" ça fait peur et c'est stressant. Et ce même après la contention. Je viens souvent la boule au ventre au travail, surtout au début, à l'idée de me dire que je devrais surement faire une mise à l'iso. » (P5)

L'absence de soutien institutionnel se fait aussi ressentir tout en sachant qu'un manque de protection et de soutien psychologique pourrait aggraver les répercussions émotionnelles.

« Et là je pense aussi qu'il y a un travail, un manque de soutien aussi vis-à-vis du personnel parce que parfois il y a tellement d'agressivité que le personnel doit en fait presque tout digérer quoi, les coups qu'il a reçus, les insultes, les menaces et il n'y a pas grand-chose qui est fait. Encore une fois y a des œillères : démerdez vous avec les moyens qu'on vous donne, encaissez . Et quand vous tomberez et que vous ferez une belle dépression, que vous ferez un bon burn out, Ah bah vous serez sûr qu'on se souciera même pas de vous » (P5)

Certains infirmiers ont pu évoquer des épisodes où ils ont ressenti le besoin de pleurer après des situations de contention difficiles et l'expérience du participant 5 m'a particulièrement interpellée.

« Moi y a des soirs quand je suis rentré de quand j'ai dû mettre l'adolescent en isolement j'ai pleuré le soir quand je suis rentré et je ne vous cache pas que quand j'ai eu l'agression avec le patient, bah qui m'a traité de sale PD, qui a juré de me tuer, qui m'a donné 2 coups, qui m'a donc projeté à 2m avec mes lunettes cassées bah croyez-moi que quand vous rentrez, vous pleurez » (P5).

D'autres évoquent l'importance de développer des stratégies de coping pour faire face aux situations difficiles, comme par exemple se créer une certaine barrière émotionnelle.

« Alors moi, j'ai grâce ou pas grâce de par mon expérience de vie, voilà une certaine résilience, une certaine froideur d'esprit. Je suis au travail et j'arrive à différencier ceci, professionnalisme et émotionnel, je mets toujours mon professionnalisme et ma mission d'infirmier à l'avant plan même si certaines situations peuvent me toucher. » (P8)

« J'essaie de mettre une juste distance on va dire pour en fait ne pas être envahi moi aussi. Parce que si on tombe dans ça (...) si à un moment donné t'es trop faible, on va dire émotionnellement et tout, ben tu vas être pris par tes émotions et tu peux craquer. Et alors s'ensuit les burn out, des dépressions et tout. »(P7)

« Je suis une personne qui encaisse tout (...) je me suis créé une barrière » (P11)

Malgré ces défis, certains infirmiers mettent en avant leur résilience et leur capacité à maintenir un professionnalisme dans leur travail.

« (...)Moi je sais que j'ai une espèce de fonction verrouillage comme ça qui se fait en moi et quand je fais des trucs vraiment très compliqués, je parviens à mettre ce verrouillage et à me dire OK, là tu fonctionnes, tu dois le faire, faut le faire, t'as pas le choix. » (P9)

En fin de compte, comme nous avons pu le voir, la contention laisse des traces émotionnelles importantes chez le personnel infirmier. À mon sens, il est important que cet aspect soit plus pris en compte par les établissements de santé afin de pouvoir fournir le soutien adéquat aux infirmiers face à ces situations qui peuvent impacter leur travail.

4.8 Stratégies de coping

Les professionnels, confrontés à des situations pouvant être difficiles, doivent faire face à des émotions et à un stress professionnel intense. Mettre en place des stratégies de coping trouve alors tout son sens afin de pouvoir maintenir un équilibre émotionnel et apporter des soins de qualité aux patients, mais aussi, apporter un certain bien-être ou mieux être sur leur lieu de travail.

Les participants expriment différentes approches pour gérer leur stress et les émotions associées à la mise sous contention. Ils mettent l'accent sur l'importance de la communication, le partage avec leurs collègues et les discussions informelles.

« (...) Après on peut en discuter aussi entre collègues, ça fait du bien en général de partager ça oui, de façon informelle après en disant « Oh là là c'était quand même trash » » (P2)

« (...) on a quand même pas mal de réunions, que ce soit entre nursing ou avec toute l'équipe, ou de nouveau on peut en discuter. Mais il y a des discussions informelles évidemment qui peuvent se faire. »(P3)

« On fait un débriefing pour voir le ressenti de chaque personne. S'il y a des choses qui n'ont pas été, c'est le moment de le dire. » (P4)

La présence des autres membres de l'équipe peut contribuer à désamorcer les conflits et à maintenir une certaine distance émotionnelle.

« Ce qui est assez chouette dans une équipe, c'est que il y a d'autres personnes. Le fait qu'il y ait d'autres gens, ça veut dire qu'il y a d'autres liens qui vont se faire et du coup ça permet de désamorcer les conflits ou du moins de mettre une distance » (P3)

« Il faut en parler, hein, parler à l'équipe, ouais et après, je pense que quand on n'est pas à l'aise avec certaines choses, ne pas se mettre en avant dans une situation de crise (...) prioriser les moments de rupture avec ce patient et passer la main aux collègues. » (P4)

Ils soulignent aussi l'importance de pouvoir se remettre en question continuellement et de chercher des moyens d'améliorer leurs compétences relationnelles.

« il faut toujours privilégier de se remettre en question continuellement, apprendre à pousser le relationnel plus loin, se remettre en question aussi et puis bah la formation de différentes approches, je crois qu'il n'y a pas de secret. » (P5)

Ensuite, d'autres mettent l'accent sur le fait qu'il faille relativiser et séparer vie professionnelle et vie privée tout en ayant des personnes de soutien à la maison et sur le lieu de travail.

« J'essaie de relativiser parce que sinon tu pars dans des burnout, des trucs comme ça et donc j'essaie de relativiser le truc et c'est comme ça que je tiens on va dire. » (P7)

« Il est important d'avoir du soutien au travail et en dehors de votre lieu de travail. Moi comme je vous ai dit, il m'est arrivé de rentrer, de penser à une mise à l'iso + contention que j'ai faite dans la journée et pleurer (...) » (P5)

« Si c'est plus compliqué, j'ai certaines personnes de contact et de soutien au sein du travail avec qui je peux parler (...). Et après, dans la sphère du privé, je peux aussi parfois (...) décompresser auprès de ma compagne et pouvoir encore poser les choses à plat. » (P8)

Il est également mentionné que la présence d'une psychologue au sein de l'institution pouvait être une ressource précieuse en termes de soutien émotionnel et de gestion du stress.

« Pour nous aider, on a une psychologue membre personnel, hein, qui peut intervenir à tout moment à la demande des collaborateurs (...) mais c'est parfois très compliqué hein pour quelqu'un de se dire qu'il a besoin de consulter un psychologue » (P8)

« On a un psy des personnel que tu peux aller voir quand tu veux, c'est une qui est engagée, elle est psy, mais pour le personnel. C'est à la demande. Parfois y a des séances de groupe et je trouve que c'est chouette et important pour nous aider à gérer plein de chose genre nos émotions et tout. » (P6)

Ensuite, les professionnels identifient comme stratégie de coping, le fait de réfléchir à leurs propres réactions émotionnelles. Ils disent que cela les aide à temporiser et à mieux comprendre leurs réactions.

« Après la situation, je prends le temps de réfléchir à ce qui s'est passé et à mes propres réactions émotionnelles. J'accorde de l'importance à la décompression et à la discussion avec mes collègues pour exprimer aussi mes sentiments et échanger sur nos expériences. Si nécessaire, je fais appel à des ressources de soutien internes, telles des consultations psychologiques, pour traiter mes émotions et prévenir l'épuisement professionnel » (P13)

« (...) je prends le temps de réfléchir sur ce qui s'est passé, en identifiant les aspects de la situation qui ont pu me troubler et en cherchant des moyens de les aborder. » (P12)

Enfin, un participant souligne l'importance de maintenir une certaine distance entre vie privée et vie professionnelle comme stratégie de coping. Il a dès lors partagé un conseil qu'il a lui-même reçu et qu'il partage à ses collègues.

« Après c'est un grand conseil qu'on m'a donné et que je redonne aujourd'hui à tous mes collaborateurs, au moment où je passe la réception de l'hôpital, à quand j'ai fini mon service, les tracas et les soucis du boulot, j'essaie de leur laisser le boulot et j'essaie de vraiment de dissocier vie privée, vie professionnelle, ce qui me permet de gérer, d'être professionnel. » (P8)

Nous voyons ici que les stratégies de coping sont multiples et différentes d'un professionnel à un autre. Ces stratégies de coping visent essentiellement à préserver le bien-être émotionnel des infirmiers et la présence d'un psychologue de l'équipe représente une ressource supplémentaire pour soutenir les professionnels.

4.9 Perspectives d'amélioration

Face aux défis rencontrés lors de la gestion des comportements agressifs, les infirmiers cherchent constamment à identifier des solutions. Ici, cette thématique met en lumière les idées et suggestions des infirmiers pour améliorer les pratiques actuelles en matière de contention physique en passant par l'augmentation des effectifs sur place, en prônant une organisation plus axée sur la prévention et le bien-être de tous les acteurs, à savoir les patients et les membres du personnel.

Pour commencer, l'entièreté des infirmiers interviewés a souligné le besoin en formations continues et plus approfondies sur la gestion de la contention et sur la désescalade verbale.

« Il faut à la fois des formations pour que les gens connaissent l'outil, savent comment utiliser de manière adéquate et tout ce qui va avec. » (P3)

*« Et tu vois, je pense qu'on devrait former plus les soignants au niveau des contentions, parce que **la psychiatrie a changé. La psychiatrie d'aujourd'hui n'est plus la psychiatrie d'avant.** Les formations, ont toute cette importance-là » (P7)*

« Continuer les formations, que tout le monde soit formé, que tout le monde puisse partager des valeurs communes. » (P8)

« (...) ben je pense qu'en fait il y a pas de recette miracle mais la formation permanente dans des techniques de désescalade, la supervision, ça serait bien quoi. » (P10)

« Je pense que des formations sont nécessaires pour le personnel avec un refresh chaque année afin de revenir sur la thématique de la contention physique + les alternatives pour y pallier. » (P11)

« Je pense qu'il est essentiel de renforcer la formation du personnel en techniques de désescalade et de communication non violente » (P13)

De plus, ils soulignent aussi l'importance du nombre de personnel en salle pour une meilleure gestion des situations agressives.

« Je pense que ce qui pourrait également améliorer les pratiques en matière de contention physique c'est le nombre d'effectif. On est en sous-effectif donc contensionner une personne quand on est 4 et quand on est 8 c'est jamais pareil. » (P4)

« Moi je trouve qu'on devrait donc augmenter les moyens en personnel pour permettre une meilleure présence du personnel pour une meilleure gestion des comportements agressifs pouvant mener à l'utilisation de contentions car des fois, on utilise le moyen de contention parfois par manque de moyens d'encadrement, s'il y avait plus d'encadrement, il y aurait moins de mise en isolement. Et je le vois quand on est nombreux dans la salle» (P5)

« Être plus staffer ! Plus y a de monde plus on peut s'occuper de manière presque individuelle des patients, tu vois » (P9)

Ensuite, d'autres mettent l'accent sur la nécessité d'une évaluation continue de l'utilisation des contentions tant pour les patients que pour le personnel.

« Il faut un suivi, donc une évaluation continuelle de la mise en isolement et je trouve que ça devrait être dans les deux sens au fait. Pour le patient, mais pour le personnel aussi afin d'avoir les deux perspectives et d'améliorer les choses. » (P5)

L'importance de l'échange d'expérience entre paires, la mise à jour régulière des protocoles et faire des analyses de ces échanges seraient également des pistes selon certains participants.

« Faire des protocoles, encore et encore. Je trouve que c'est pas un truc qui doit être fait en mode c'est fait, c'est comme ça, pour moi ça doit être constamment remis à jours. Peut-être pas tous les deux mois mais quoi une fois par an peut être. Il faut tout le temps faire un petit bilan et réadapter la chose. C'est super important » (P6)

« Des analyses des interactions entre les patients eux-mêmes et entre les soignants et les patients (...) Je crois qu'en fait, la perfection dans ces domaines là ça existe pas, mais que on peut apprendre les uns des autres » (P10)

D'autre part, des participants ont proposé des initiatives plus innovantes, telles que des projets visant à offrir des moments de détente aux patients tendus ou d'autres suggestions pour améliorer les alternatives existantes et promouvoir des alternatives plus humaines.

« On est en train de monter un projet. Où en fait avec les patients qui sont très tendus, on les prend par des moments informels et en fait, au fond de la salle (...) on part là-bas, on s'entraîne avec eux, on fait vraiment un entraînement on va dire, là-bas en fait on essaie de les laisser libres tu vois parce qu'ici ils sont enfermés, ils ont pas le droit de sortir et là on les laisse être libres. Bah je pense que ça peut aider certains patients à se relâcher » (P7)

« On pourrait mettre en place je sais pas du packing, une salle de Snoez (...) l'idée (du packing) c'est de prendre des draps et de les congeler ou mettre dans de la neige. Donc prendre des draps très froids et d'englober le patient avec. Et puis le patient en fait va réchauffer du coup les draps au fur et à mesure et donc en fait, il va sentir son corps se définir au fur et à mesure. Y a des formations pour l'utiliser évidemment. » (P3)

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les perspectives d'amélioration selon les participants sont variées et reposent sur la formation du personnel, l'augmentation de l'effectif sur le terrain, l'évaluation continue des pratiques et l'exploration de nouvelles approches.

Enfin, je souhaiterais conclure en abordant une idée apportée par le participant 8, qui a souligné l'importance de limiter la durée et l'impact contraignant de la contention. Il a exprimé cette idée en disant une certaine phrase :

« Il faut mettre le moins de contrainte dans la contrainte ».

5 Discussion

La contention physique, bien que son objectif principal, selon Azoulay et Raymond (2017) soit d'assurer la sécurité du patient, du personnel infirmier et des autres patients est fréquemment utilisée dans les services de psychiatrie et est encore très souvent considérée comme une forme de punition n'ayant aucune valeur thérapeutique. Les résultats de la présente étude soulèvent qu'en effet, la contention est vue comme un outil de soin indispensable pour assurer non pas seulement la sécurité, mais aussi la contention et la gestion des crises. Elle est vue comme un moyen thérapeutique permettant d'apaiser les patients, de les canaliser, de les isoler et de garantir leur propre sécurité ainsi que celle des autres patients et des professionnels en situation de crise ou d'agitation.

Envisagée seulement après avoir exploré d'autres alternatives de soins, la contention physique est un dernier recours et nécessite une surveillance accrue pendant et après. En effet, selon le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (2017), un membre du personnel doit constamment être présent ou faire des passages réguliers dans l'isolement afin de garantir une assistance et une surveillance continue. Azoulay et Raymond (2017) soulignent cette idée en apportant que « la contention physique n'est thérapeutique que si elle est pensée comme du soins intensif et uniquement si elle va de pair avec un accompagnement constant ». Durant ce temps de prise en charge, les soignants surveillent le patient au moins toutes les heures et entrent régulièrement dans la chambre pour l'aider à s'alimenter ou à lui donner ses traitements, par exemple. Ces passages fréquents peuvent aider à établir des liens, faciliter les interactions et permettent de garder une certaine relation entre le soignant et le patient. Le 3^{ème} paragraphe de l'article 27 des recommandations relatives à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux le précise également en disant que « *la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier* » (Conseil de l'Europe, 2004) et les recommandations de bonne pratique de la HAS (2017) disent de même : « le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures ». Ces aspects ont également été repris par les participants de l'étude qui insistaient sur le fait que cet outil n'est utilisé qu'en dernier recours seulement lorsqu'il y a eu échec des autres alternatives pour gérer la situation de crise afin de protéger le patient, les autres patients et les professionnels. Il a été également repris qu'il était nécessaire de tenter de garder une certaine relation avec le patient lors des passages en chambre en lui expliquant les raisons et lors du retour en salle.

Cependant, certains patients peuvent exprimer des sentiments de méfiance, de ressentiment ou de colère envers les professionnels ayant eu recours à cette pratique sur eux, impactant alors la relation thérapeutique. Les résultats montrent que le sentiment de méfiance peut durer dans le temps, même après l'évènement initial, et peut donc impacter la qualité de la relation de soins rendant l'approche plus compliquée. Bien que cette pratique soit destinée à assurer la sécurité et à être utilisée en dernier recours, elle peut créer des barrières émotionnelles et avoir un effet sur la confiance qu'un patient peut accorder à un soignant. Effectivement, Corneau et al. (2017), expliquent que les mesures restrictives sont connues pour avoir un effet négatif sur la relation soignant/soigné et peuvent activer « un cycle « agression-coercition » entre les patients et les membres du personnel infirmier ». Néanmoins, pas tous les patients réagissent de la sorte. Il existe des situations dans lesquelles les patients vont jusqu'à remercier certains infirmiers d'avoir fait usage de mesures coercitives, car ils ont agi dans leur intérêt, comme mis en lumière dans les résultats. Certains patients auront même du mal à retrouver un sentiment de sécurité et de confiance dans la relation. Pendant la contention, l'alliance thérapeutique est mise à mal (Kontio et al., 2013) et la relation de confiance durement atteinte (Goulet, 2019). Il est donc important d'avoir des discussions honnêtes avec le patient, dans lesquelles on lui explique les raisons du recours à la contention tout en essayant de le rassurer et de garder et/ou restaurer la confiance. La communication et une approche empathique sont des éléments clés afin de pouvoir maintenir au mieux la relation thérapeutique.

Comme énoncé précédemment, l'utilisation de la contention physique est une mesure de dernier recours. De nombreuses alternatives sont reprises dans la littérature avant d'en arriver à l'utilisation de contentions physiques. En effet, Dumont et Terra (2014), en exposent certaines. Afin d'éviter au mieux les situations d'escalades où on finit par utiliser les contentions, il est important de créer un environnement calme et sécuritaire pour les patients et de leur offrir un sentiment de sécurité. Pour cela, il est essentiel de respecter l'espace du patient, de lui parler avec un bon ton et un bon débit et d'utiliser son langage non-verbal. Le fait d'être présent pour eux constitue également un moment facilitant les échanges pouvant désamorcer de nombreuses situations de crises ascendantes. D'autres alternatives comme prendre le temps de faire une activité avec le patient, écouter de la musique, faire un tour dans le jardin et proposer d'appeler une personne ressource sont également citées par Dumont et Terra (2014). Bien qu'à la suite des entretiens, certains infirmiers ont pu dire qu'il n'en existait pas. Des alternatives ont été amenées par d'autres participants : en effet, l'accent a été mis sur l'importance de la désescalade verbale, car elle met en avant la nécessité de comprendre les causes de certains comportements agressifs. Effectivement d'après Corneau et al. (2017), « la

première étape est toujours de parler au patient afin d'évaluer son état dans l'immédiat et de verbaliser ses frustrations ». Les participants rapportent aussi que prendre le temps d'apaiser le patient par le dialogue et d'explorer d'autres solutions de distraction comme aller faire un tour, faire des jeux de cartes, de la boxe, du ping-pong ou alors proposer une cigarette constituent également des alternatives (selon le contexte). D'autres participants ont pu proposer d'autres alternatives comme le packing. Pour finir, l'utilisation judicieuse de la pharmacothérapie en collaboration avec le psychiatre constitue également une alternative souvent utilisée en première intention. Cette utilisation judicieuse de la pharmacothérapie jugée comme efficace par les participants est souvent revenue lors des entretiens. En effet, elle peut parfois être nécessaire dans des situations en escalade et où le personnel tente de ne pas aller jusqu'à l'isolement et/ou les contentions (Corneau et al., 2017).

Ensuite, d'après les résultats, la contention trouve sa nécessité dans les situations d'agressivité ou de violence, mais pas systématiquement. En effet, selon les recommandations de la Haute Sécurité de Santé (2017), elle est recommandée uniquement dans les cas d'agression grave envers soi-même ou autrui quand ces comportements ne peuvent pas être gérés autrement. Morisset (2018), rajoute également qu'elle est utilisée en psychiatrie en réponse à des actes de violence auto ou hétéro agressifs. De plus, d'après les résultats de l'étude et certains auteurs tels qu'Azoulay et Raymond (2017), certaines utilisations de mesures coercitives peuvent émaner des patients eux-mêmes, car le fait d'être attaché leur procure une contenance et un certain apaisement. Azoulay et Raymond (2017) disent dès lors dans leur écrit que « les patients peuvent reconnaître au décours un effet positif de la contention, expliquant que cet outil les a aidés à développer des stratégies alternatives à leur recours à l'agir ».

Les infirmiers, au centre de cette pratique, peuvent faire face à différents ressentis et expériences émotionnelles ainsi qu'avoir des répercussions professionnelles et personnelles. En général, les témoignages montrent que le personnel a une perception plutôt négative de la contention physique. À travers les résultats, certains ont pu exprimer une certaine résilience due à leur capacité à gérer leurs émotions liées à ces situations, car ils comprenaient les raisons liées à ce recours. Certains soulignent même une détache émotionnelle due à la fréquence de son utilisation, mais comprennent que ce n'est pas le cas de tous. Ils mettent aussi l'accent sur la nécessité de pouvoir maintenir leur professionnalisme en dépit de ces défis et de devoir développer des mécanismes d'adaptation pour faire face à ces situations difficiles. Guivarch (2016) indique aussi que certains professionnels affirment ne pas ressentir d'émotions, car c'est

parfois la seule option, mais il souligne que cette absence d'émotion peut conduire à minimiser et à avoir « l'attache facile ».

Malgré cela, des sentiments tels que le malaise, la culpabilité, le soulagement, l'acceptation, le besoin de se protéger physiquement et émotionnellement, le stress, la peur, la frustration, le sentiment d'échec et bien d'autres encore sont repris. D'après Corneau et al. (2017), des recherches effectuées auprès d'infirmiers montrent que ces derniers sont également affectés par l'utilisation de la contention physique. De plus, Stubbs (2009) cité dans Corneau et al. (2017) mentionne que certains infirmiers peuvent souffrir de conséquences psychologiques incluant l'inconfort, la détresse, l'anxiété, la peur, la colère. D'autres sentiments encore, exprimés par le personnel infirmier sont cités par Chanoit (1977) dans Guivarch (2016), « la culpabilité, une identification au patient avec un vécu d'exclusion, un vécu projectif, de l'impuissance accompagnée d'un sentiment d'échec et du risque d'un mouvement dépressif collectif avec abandon du patient, un vécu d'omnipotence avec parfois une jouissance sadique ». Ces sentiments peuvent être associés avec ceux exprimés par les participants.

Bien que l'usage de la contention physique soit permis légalement, elle met à mal plusieurs principes éthiques tels que la bienfaisance et l'autonomie, ainsi que le principe de non-malfaisance et l'absence de préjudice. Cependant, l'absence d'interdiction légale ne justifie pas sa normalisation ni ne doit empêcher la réflexion. Chaque jour, les professionnels peuvent faire face à ces dilemmes éthiques, ce qui peut engendrer une fatigue émotionnelle (Guivarch, 2016). En effet, ces mêmes éléments ont été rapportés par les participants qui soulignent la fatigue émotionnelle liée à cet acte en rajoutant que c'est une procédure qui demande beaucoup de travail. Elle est peu appréciée par un certain nombre, ce qui fait que beaucoup veulent l'éviter le plus possible. Un manque de soutien institutionnel est également présent.

Pour continuer, les résultats de la présente étude relèvent une certaine désensibilisation en regard de cet acte de la part des soignants due à la fréquence de son utilisation. Les participants la décrivent comme un « acte automatisé ». C'est également ce qui est suggéré dans l'écrit de Corneau et al. (2017), « le recours fréquent au cadre procédural et légal pour justifier ces pratiques met en évidence une rhétorique pragmatique chez le personnel, les privant de poser un regard critique sur ses propres façons de faire. Le processus décisionnel devient alors un processus « automatisé » pour certains ». En revanche, certains montrent une certaine sensibilité et un souci de l'autre en soulignant que c'est une procédure qu'ils n'apprécient pas et qu'ils aimeraient éviter le plus possible.

Ensuite, la formation a une place importante dans la pratique et pour les infirmiers confrontés à cette réalité. Les infirmiers, dans leur rôle, ont le devoir de concilier la sécurité du patient et le respect des droits du patient, ce qui souligne l'importance d'une réflexion éthique constante et d'une formation régulière pour encourager des pratiques de soins de qualité. De ce fait, Morisset (2018) cite que les infirmiers auraient un faible niveau de connaissances sur la contention physique, « notamment en ce qui concerne les indications, la mise en œuvre, le cadre légal de la contention physique, de même que pour la contention chimique ». Ceci étant confirmé par les dires de certains infirmiers interrogés : en effet, nombreux sont les soignants en demande de formations supplémentaires plus spécifiques sur certains aspects plus pratiques tels que la désescalade verbale ou physique. Ils trouvent ne pas être suffisamment formés et souhaiteraient également avoir des formations plus régulières et accessibles à toutes les équipes afin que tout le monde puisse être sur la même longueur d'onde et ait les mêmes pratiques. Ces derniers sont aussi en demande de formations dès l'entrée en fonction.

Bien que les besoins en formation se fassent ressentir, des formations axées sur la désescalade physique et verbale sont d'application dans certaines institutions et sont considérées comme essentielles dans la pratique sécuritaire des situations de contention, permettant aux soignants de se familiariser avec les procédures et les techniques. Les formations donneraient dès lors un sentiment de sécurité, de maîtrise, d'apaisement et réduiraient le recours aux contentions physiques d'après les résultats de cette étude. En effet, Morisset (2018), suggère que « l'expérience et la formation du personnel serait d'autres facteurs contextuels influençant l'usage des contentions physiques ». D'après les participants, les formations aideraient à renforcer la conscience et la compréhension des enjeux liés à la contention, ce qui contribuerait à réduire la peur et l'anxiété chez les membres du personnel. De ce fait, une étude américaine (Smith et al., 2014) citée dans Morisset (2018) a examiné la possibilité de diminuer le recours à la contention en offrant une formation au personnel et a su montrer que les formations avaient un impact positif sur l'utilisation des mesures de restriction et sur la vision des soignants envers les patients et les soins en psychiatrie en général (Azoulay et Raymond, 2017). Malgré une acquisition progressive des compétences sur le terrain en observant et en apprenant au fur et à mesure, les formations permettraient non seulement d'acquérir les compétences techniques nécessaires, mais aussi d'améliorer la communication.

Les résultats obtenus mettent en évidence l'importance des stratégies de coping, bien que cette notion n'ait pas été évoquée dans la littérature consultée. Les stratégies de coping ou de gestion de stress, jouent un rôle important chez les professionnels confrontés à des situations complexes et émotionnellement chargées. Les participants ont relevé l'importance de la communication et du partage entre collègues sous forme de discussions formelles ou informelles. Cela éviterait qu'ils retiennent des émotions qu'ils éprouvent en eux. Ils suggèrent également de se remettre continuellement en question et de réfléchir à leurs propres réactions émotionnelles afin de les identifier et de pouvoir apporter une réponse nécessaire. Un certain nombre d'entre eux mettent l'accent sur la nécessité de dissocier vie privée et vie professionnelle et d'avoir des personnes de confiance en dehors et au sein de l'institution afin de désamorcer. En dépit de la présence d'un psychologue du travail dans certaines institutions, les professionnels trouvent qu'un manque de soutien institutionnel persiste.

Pour terminer, il est important de mettre en lumière les perspectives d'amélioration énoncées par les participants de cette étude. Un élément a été très évident, car il a été mentionné par tous et ce de manière très répétée. Il s'agit du besoin en formation. Pour la totalité des personnes interrogées, le besoin en formation continue et plus approfondie sur la gestion de la contention et en techniques de désescalade verbale est nécessaire afin d'aborder le processus de contention physique de la meilleure façon tant pour le patient que pour le personnel. En effet, concernant la désescalade verbale, Rabenschlag et al. (2019) soulignent que cette méthode vise à gérer les comportements agressifs et violents de façon plus humaine, ce qui peut être considéré comme plus digne et moins coercitif que les interventions physiques. Morisset (2018) met aussi en évidence également, il est important que les infirmiers suivent des formations continues afin de favoriser des pratiques de soins optimales. Ensuite, une équipe plus staffée réduirait selon les participants le nombre de mises à l'isolement avec ou sans contentions physiques. Une évaluation continue de l'utilisation de la contention tant pour les patients que pour les membres du personnel serait aussi nécessaire, ainsi qu'un échange d'expériences entre professionnels et des mises à jour régulières des protocoles. Enfin, les participants trouvent que mettre en place des projets visant à offrir des moments de détente aux patients leur permettrait de mieux juger les moments d'agitation et pourrait alors réduire l'utilisation de la contention physique.

6 Recommandations

À la suite de cette étude, plusieurs recommandations peuvent être proposées. Tout d'abord, la mise en place de pairs-aidants pourrait faciliter la compréhension mutuelle entre le personnel soignant et les patients, favorisant ainsi des interactions plus empathiques et collaboratives. En tant qu'anciens patients, les pairs aidants pourraient offrir un soutien basé sur leurs propres vécus. En effet, en période de post isolement, par exemple, l'interaction avec un pair aidant peut favoriser un retour positif (Goulet et al., 2018). En parallèle, le besoin en formations régulières se faisant ressentir, inclure ces pairs aidants dans les formations pourrait être bénéfique, car ils pourraient offrir des perspectives uniques et authentiques sur leurs expériences en contention physique et partager des stratégies de gestion de crise et de désescalade. De plus, collaborer avec ces pairs-aidants pourrait favoriser la collaboration et le partenariat entre les professionnels et les patients, ce qui pourrait amener à des pratiques de soins centrées sur les besoins individuels des patients.

Ensuite, mettre la réflexion éthique et l'humanisation au centre, au sein des équipes soignantes, encouragerait les infirmiers à considérer de manière critique les implications éthiques liées à l'utilisation de la contention. Cela impliquerait la favorisation de pratiques de soins respectueuses de la dignité et des droits des patients, dans une optique de bienveillance et de respect de l'autonomie.

Pour continuer, il serait intéressant pour les institutions de soin de mettre en place des projets visant à encourager les bonnes pratiques de prévention de la violence et de gestion des comportements agressifs en échangeant entre institutions et en favorisant l'innovation dans ce domaine. Pour ce faire, des séminaires ou des groupes de travail où les infirmiers partagent leurs expériences pour que chacun puisse en tirer des enseignements pourraient être organisés. En fin de compte, cela pourrait permettre et pousser les soignants à tester de nouvelles approches et techniques pour pouvoir gérer ces situations.

Enfin, l'élaboration de programmes de soutien psychologique et émotionnel spécifiquement dédiés au personnel infirmier comprenant des séances de débriefing après des situations difficiles liées à la mise en place de contention permettrait à certains de mieux pouvoir gérer le stress et les émotions négatives engendrées par la mise en place de contention. De plus, cette dimension de bien-être et de santé mentale du personnel pourrait contribuer à promouvoir un environnement de travail plus sain.

7 Limites

Comme dans tout travail, il existe des limites. Pour commencer, je vais aborder les limites personnelles qui ont pu me faire obstacle. Dans un premier temps, la réalisation des entretiens a été la partie la plus difficile du processus selon moi : en effet, ça a été la première fois que je me trouvais dans une posture de chercheuse en plus de ne pas avoir assez d'expérience dans la collecte des données et dans l'analyse. L'analyse des entretiens n'a pas été facile non plus et a été la partie la plus longue à réaliser en plus de la retranscription.

Pour continuer dans les limites, la taille de l'échantillon n'est pas représentative de l'ensemble des infirmiers travaillant en unité de crise. Les résultats ne sont donc pas généralisables. De plus, il est possible que le caractère non-probabiliste et par participation volontaire des entretiens ait attiré les soignants particulièrement sensibles à la thématique, ce qui pourrait potentiellement biaiser les résultats en donnant une perspective plus prononcée sur les expériences liées à la contention que pour ceux qui ne sont pas aussi sensibles à la thématique. Toujours dans le même registre, il est possible que certains participants aient répondu de manière biaisée aux questions, par exemple en donnant des réponses « socialement désirables » ou en minimisant leurs expériences négatives. De plus, comme mon étude se concentre sur les expériences subjectives des infirmiers, il est important de reconnaître que les données recueillies peuvent être influencées par les perceptions individuelles.

Bien que j'aie pu recueillir une quantité assez suffisante de données pour créer mon cadre théorique, le manque d'articles sur le vécu du personnel infirmier lors de la mise en place de contention physique en milieu psychiatrique constitue une limite. Le nombre restreint de littérature sur ce sujet pourrait restreindre la portée des résultats obtenus.

Enfin, il est important de noter que les résultats de ce mémoire ne peuvent être généralisables à d'autres contextes ou populations, car il peut exister des différences dans les pratiques de soins, de politique institutionnelle ou encore dans les cultures organisationnelles.

8 Conclusion

Dans le domaine de la psychiatrie, où les professionnels sont souvent confrontés à des patients ayant des troubles du comportement associés à de l'agressivité, l'usage de la contention physique peut être fréquent. Bien que son utilisation soit en baisse, elle reste interpellante et peut susciter des conflits éthiques et des réactions émotionnelles chez certains professionnels. La particularité de ce mémoire réside dans le fait qu'il ne possédait pas d'hypothèse : en effet, l'objectif était d'explorer les vécus, les perceptions et les expériences en ce qui concerne son utilisation en donnant voix aux acteurs principaux, à savoir les infirmiers. Ce sujet a été choisi, car ayant personnellement vécu une situation difficile de mise sous contention, je m'étais rendu compte que les ressentis et les émotions du personnel n'étaient pas spécialement mis en avant-plan.

Afin de répondre à cet objectif, treize professionnels de la santé ont été interrogés au sein de trois institutions différentes de Bruxelles. Les résultats ont été obtenus en réalisant des entretiens semi-dirigés sur base de volontariat. Ces derniers ont permis de dégager neuf thèmes principaux : la perception de la contention, les raisons de recourir à la contention, la place des formations dans la pratique, les alternatives à la contention, l'impact sur la relation soignant/soigné, le ressenti et expérience émotionnelle, les conséquences professionnelles et personnelles, les stratégies de coping et pour finir, les perspectives d'améliorations. Les principaux éléments de cette recherche ont montré que le vécu des infirmiers lors de la mise en place de contention physique était complexe et souvent associé à des émotions telles que la peur, le stress, le malaise, la culpabilité, la frustration ou encore le sentiment d'échec. D'autres éléments, comme l'importance d'avoir recours à des alternatives, d'avoir des formations continues et du soutien psychologique afin de mieux gérer ces situations difficiles, ont pu également faire surface. L'accent a aussi été mis sur le fait que c'était une mesure de dernier recours, utilisée seulement en cas d'échec des autres alternatives et que c'était principalement un moyen de pouvoir sécuriser et protéger le patient, les autres patients, mais aussi les professionnels. Les termes utilisés étant « outil de soin » ou encore « moyen thérapeutique ».

Bien que cette étude ait pu montrer que les infirmiers pouvaient passer par différentes émotions, quelques limites sont à souligner, notamment la taille non-représentative de l'échantillon pouvant limiter la généralisabilité des résultats, le peu de littérature sur le sujet et le caractère non probabiliste des entretiens. Pour donner suite à ce travail, il serait peut-être important d'étudier comment l'intégration de programmes de soutien psychologique et de

paires aidants pourrait influencer sur le bien-être émotionnel des infirmiers en psychiatrie, et quelles actions concrètes pourraient être envisagées pour répondre à leurs besoins émotionnels spécifiques.

« Chaque humain vaut la peine que l'on se donne de la peine pour lui »

Pr. Walter Hesbeen.

9 Bibliographie

Association des médecins psychiatres du Québec. (2023). Qu'est-ce que la psychiatrie ?
<https://ampq.org/la-psychiatrie/quest-ce-que-la-psychiatrie/>

Arrêté Royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualifications auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre (juin 1990). Repéré sur le portail Wallonie : <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6095/2.html>

Azoulay, M. et Raymond, S. (2017). La contention physique, un outil de soins ? *L'information psychiatrique*, 93, 841-845. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1723>

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. et Fisbach, M. (2008). Les principes de l'éthique biomédicale. *Les Belles lettres*.

Bellahsen, M. (2023). Abolir la contention : sortir de la culture de l'entrave. *Libertalia*.

Bhat, A. (2019). Guide complet de l'échantillon de réponse volontaire avec exemples. *QuestionPro*.
<https://www.questionpro.com/blog/fr/reponse-volontaire-echantillon/>

Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E., & Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 826–835. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x>

CISMeF. (2023). HeTOP. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen.
https://www.hetop.eu/hetop/#rr=MSH_D_000374&q=agressivit%C3%A9

Claude, G. (2019). Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse. *Scribbr*.
<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). (2017). Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT). Strasbourg. <https://rm.coe.int/16807001c4>

Conseil de l'Europe. (2004). Recommandation REC (2004)10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, et son exposé des motifs. <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-f/168066c7e2>

Conseil fédéral de l'art infirmier belge. (2017). Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges. Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticiens_ai.pdf

Conseil Supérieur de la Santé. Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale. Bruxelles : CSS ; 2016. Avis n° 9193. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

Corneau, P., Jacob, J. D., Holmes, D. et Rioux, D. (2017). Contentions mécaniques en psychiatrie : étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier : *Recherche en soins infirmiers*, N° 128(1), 41-53. <https://doi.org/10.3917/rsi.128.0041>

CPI. (2022). Réduction des pratiques restrictives | les 6 stratégies à mettre en place. <https://www.crisisprevention.com/fr-FR/blog/reduction-contention-isolement-6-strategies>

Crocq, M.-A. et Guelfi, J.-D. (2023). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Nouv. éd. rév). Elsevier Masson.

Dumont, A. et Terra, J. (2014). La contrainte physique pour répondre à la crise : règles, usages et réflexions. *Pratiques en santé mentale*, 60, 11-16. <https://doi.org/10.3917/psm.144.0011>

- Goulet, M.-H., Larue, C. et Côté, C. (2018). Contribution d'un pair aidant au retour post-isolement en santé mentale : une étude qualitative exploratoire. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(1), 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.001>
- Goulet, Marie-Hélène (2019). L'approche participative et l'étude de cas : Le cas du retour post-isolement en santé mentale. *Recherches qualitatives*, 38(2), 93. <https://doi.org/10.7202/1064932ar>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2021). 3.2.3 Échantillonnage non probabiliste. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>
- Gouvernement du Québec. (2021). À propos des troubles mentaux. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>
- Guivarch, J. (2015). Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique & Santé*, 13(4), 209-214. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2015.07.004>
- Haute Autorité de Santé. (2016). Mise en place d'espace d'apaisement. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_06_espace_apaisement.pdf
- Haute Autorité de Santé (2017). Isolement & contention – Pratiques de dernier recours. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974270/fr/isolement-contention-pratiques-de-dernier-recours
- Haute Autorité de Santé (2017). Isolement et contention en psychiatrie générale. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
- ICD-10 (2008). Organisation Mondial de la Santé. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F90-F98>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et Perspectives de la Vie Économique*, Tome LIII (4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Kontio, R., Hätönen, H., Joffe, G., Pitkänen, A., Lahti, M., et Välimäki, M. (2013). Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices: 9-month follow-up results of a randomized controlled study (ISRCTN32869544): Impact of eLearning course. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), 411-418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01933.x>

La constitution coordonnée (1994). https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994021730&table_name=loi

Leboucher, A., et Fleury, C. (2021). Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art. Travail préparatoire au projet « De la contention involontaire au sujet se contenant ». https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_chairephilosophiehopital.pdf

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (2002). Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire Environnement <https://www.health.belgium.be/fr/loi-du-22-aout-2002-relative-aux-droits-du-patient>

Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. *Portail Wallex*. <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/5/5776/1.html?doc=8884&rev=8008-570#:~:text=d%C3%A9linquants%20d'habitude.-.Art.,l'int%C3%A9grit%C3%A9%20d'autrui.>

Loi du 26 juin 1990- Mise en observation. (1990). *Plateforme Bruxelloise pour la Santé mentale*. <https://platformbxl.brussels/fr/besoin-daide/sante-mentale/justice-mise-en-observation>

Martinez, A. J. S. (2016). Managing Workplace Violence with Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 31-36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-05>

Morisset, J. (2018). Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives : *Recherche en soins infirmiers*, N° 132(1), 78-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.132.0078>

Médecin affaires (2021). Quel type de contention physique choisir ? <https://www.medicaffaires.com/blog/quel-type-de-contention-physique-choisir-n11>

Organisme Mondial de la Santé (OMS), (2022). Santé mentale : renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organisme Mondial de la Santé (OMS). (2022). Troubles mentaux. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Plateforme Bruxelloise pour la santé mentale. (2024). Mise en observation. <https://platformbxl.brussels/fr/besoin-daide/sante-mentale/justice-mise-en-observation>

Rabenschlag, F., Cassidy, C., & Steinauer, R. (2019). Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies. *Frontiers In Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00231>

Sales Cairès, L. (2017). La contention physique en psychiatrie : un dissensus profond. *Connaissances et savoirs*. ISBN : 2753905479

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (2017). Commission technique de l'art infirmier groupe de travail : contention et isolement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde-fr/19071744_fr.pdf

SPF Santé publique. (2016). Hôpitaux psychiatriques. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-2>

United Nations (1948). OHCHR | Universal Declaration of Human Rights <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/french>

Westphal, V. (2022). Six stratégies pour un moindre recours aux pratiques coercitives. *Santé Mentale*. <https://www.santementale.fr/2022/11/six-strategies-pour-un-moindre-recours-aux-pratiques-coercitives/>

10 Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction (explication de l'entretien + reformuler le consentement à l'aide du formulaire)

- Me présenter et présenter le déroulement de l'entretien
 - Expliquer que l'entretien se fait dans le cadre de mon mémoire
 - Donner l'estimation de temps – max 1h
 - Expliquer qu'il n'y a ni de bonnes ni de mauvaises réponses
 - Rappeler que toutes les données seront utilisées de façon anonyme
 - Rappeler que l'entretien est enregistré

Questions d'ouvertures

- Pouvez-vous vous présenter ?
 - Relance :
 - Formation (Bachelier/breveté ? Spécialisation en santé mentale ou pas ?)
 - Fonction
 - Années d'ancienneté dans le métier et dans l'institution
- Si possible âge, genre, ...

Nécessité et efficacité de la contention

- Dans votre activité professionnelle, que représente les contentions physiques ?
- Dans quel cas pensez-vous qu'elles soient nécessaires ?
 - Relance :
 - Pensez-vous que la contention physique soit nécessaire dans les cas de violence en psychiatrie ?
- Avez-vous observé des résultats positifs ou négatifs à la contention physique ?
- Dans votre expérience, pouvez-vous partager une situation où vous avez trouvé la contention physique nécessaire ?

Connaissance des actes et formations

- Selon vous, est ce que la contention physique est un acte infirmier autonome ? (Acte B1)
 - Relance :

- Comment cette connaissance influence-t-elle votre pratique ou votre réflexion sur la contention ?
- Existe-t-il des formations spécifiques sur la contention physique au sein de votre institution ? En avez-vous suivies ?
 - Relance :
 - Si oui, à quelle fréquence ? Sont-elles imposées à tous ?
 - Si non, pensez-vous que cela serait nécessaire ?
 - Comment ces formations ont-elles impacté votre approche et votre compréhension de la contention ?
- Selon vous, qu'est ce qui pourrait réduire le recours à la contention physique ?
 - Relance :
 - Les formations pourraient-elles avoir un impact là-dessus ?

Ressenti et confort du personnel

- Vous sentez-vous à l'aise avec cette pratique ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - Relance :
 - Comment cette sensation d'aise ou de malaise influence-t-elle votre approche à ces moments-là ?
- Pouvez-vous décrire vos ressentis personnels lors de la mise en place de contention physique ?
 - Relance :
 - Comment gérez-vous ces émotions pendant et après ces situations ?
- Comment votre expérience passée avec la contention physique influence-t-elle votre approche actuelle dans la gestion des comportements agressifs ?
- Quels seraient les alternatives à la contention physique selon vous ?
 - Relance :
 - Les chambres d'apaisement, le time-out, la discussion et l'alternative pharmacologique ? (Si pas évoquées)
 - Sont-elles efficaces ?
 - Réduisent-elles l'utilisation des contentions physiques selon vous ?
- Quels sont les défis les plus importants que vous rencontrez lors de la mise en œuvre de la contention physique ?

Sécurité et inquiétudes

- Pensez-vous que le sentiment que vous pourriez éprouver envers certains patients pourrait être une justification pour utiliser la contention ? (Des sentiments tels que l'insécurité, la peur, etc.)
 - Relance :
 - Comment gérez-vous cette insécurité (*ou cette peur ou autres sentiments évoqués par le participant*) et comment cela affecte-t-il vos décisions ?
- Que pensez-vous de l'affirmation « (...) c'est toujours en dernier recours, pour la sécurité du patient et des autres » ?
 - Relance :
 - Existe-t-il de situations où cette affirmation pourrait-être remise en question ?

Impact sur le bien-être et la relation soignant-soigné

- Comment percevez-vous l'impact de la contention physique sur votre propre bien-être émotionnel ?
 - Relance :
 - Avez-vous des suivis psychologiques au sein de l'institution ?
- Avez-vous observé des conséquences sur la relation soignant-soigné après la mise en place de la contention ?
- Comment gérez-vous les moments de tension ou de conflit dans la relation soignant/soigné ?
 - Relance :
 - Comment essayez-vous de restaurer ou de maintenir la relation après de telles situations ?

Conclusion

- Avez-vous des suggestions ou des idées pour améliorer les pratiques actuelles en matière de gestion des comportements agressifs ?
- Comment pensez-vous que les politiques et les protocoles actuels en matière de contention physique pourraient être améliorés pour mieux soutenir le personnel infirmier et les patients ?
- Avez-vous d'autres commentaires ou réflexion que vous aimeriez partager sur ce sujet ?

Annexe 2 : Formulaire d'informations et de consentement

Cher (e) participant (e),

Merci de prendre le temps de lire attentivement les informations ci-dessous avant de décider de participer à cette étude.

Objectif de l'étude :

Cette recherche vise à explorer les expériences, les perceptions et les émotions du personnel infirmier confronté à la mise en place de la contention physique en psychiatrie.

Procédure :

Si vous acceptez de participer, vous serez invité (e) à prendre part à un entretien individuel d'une durée approximative d'une heure les questions porteront sur votre expérience et vos sentiments liés à la contention physique.

Confidentialité :

Toutes les informations collectées seront traitées de manière strictement confidentielle. Les données seront anonymisées et seule la chercheuse aura accès aux résultats. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée.

Contact :

Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez me contacter, Tiguidanké SOW à tiguidanke.sow@student.uclouvain.be

Consentement :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions ou de retirer votre participation à tout moment, sans conséquence. Vous consentez également à ce que l'entretien soit enregistré et retranscrit dans son intégralité de façon anonyme.

Je comprends les objectifs de l'étude, la procédure, et je consens à participer volontairement. Je suis conscient (e) de ma liberté de retirer ma participation à tout moment, sans préjudice.

Nom du Participant : _____

Date et signature du Participant : _____

Je confirme que j'ai fourni des informations suffisantes et répondu à toutes les questions du participant concernant cette étude.

Nom de l'intervieweur : _____

Date et signature de l'intervieweur : _____

Réalisé par : Tiguidanké SOW

Coordonnées : tiguidanke.sow@student.uclouvain.be

Promotrice : Mme Nataly FILION

