

# Ces liens qui nous désunissent



Travail de fin d'études en soins infirmiers  
Session Juin 2021

Cadet Cléa  
Promotion : 2018-2021

Référente de mémoire :  
Madame Raud

Institut de Formation en  
Soins Infirmiers Croix-  
Rouge  
Française de Calais

UE 5.6 S6: Analyse de la qualité et  
traitements des données scientifiques  
et professionnelles

UE 3.4 S6: Initiation à la démarche de  
recherche

UE 6.2 S6 : Anglais

*« Personne ne se lasse d'être aidé.  
L'aide est un acte conforme à la nature.  
Ne te lasse jamais d'en recevoir ni d'en apporter »*

*De Marc-Aurèle/Pensées pour moi-même.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup>Citation : <https://dicocitations.lemonde.fr/citations/citation-22982.php>

## Remerciements

*« Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin »<sup>2</sup>*

Dans un premier temps, je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique de l'IFSI de Calais pour ces trois belles années de formation, ponctuées de pleurs et de joies, qui m'ont permis de devenir ce futur professionnel de santé.

Je remercie également mon référent pédagogique, MR. Schoonheere pour son soutien et son écoute. Et ma référente mémoire, Mme Raud pour ses conseils, son accompagnement ainsi que ses encouragements qui m'ont permis d'élaborer ce mémoire.

Dans un second temps, je remercie les infirmières qui ont consacré du temps pour répondre à mes entretiens malgré cette situation épidémique.

Puis je remercie les différents professionnels de santé que j'ai pu rencontrer lors de mes divers stages. Ces professionnels m'ont apporté toutes les connaissances nécessaires pour rentrer dans la vie active.

Puis, je remercie tout particulièrement Faustin, mon petit ami pour sa patiente et sa présence, et qui a su me reconforter tout au long de ce parcours.

Merci à ma maman pour son soutien moral et financier.

Merci à ma belle-mère pour son assistance et sa patience dans ses nombreuses relectures et la correction de ce mémoire de fin d'études.

Pour terminer, un grand merci à mes copines sans qui cette formation n'aurait pas été la même. Cette force qui nous a permis d'avancer ensemble à travers nos pleurs et nos fous rires. Nous avons démarré ensemble cette formation et nous irons tous ensemble vers ce diplôme.

Chloé, Joséphine, Maëlle, Margaux C, Margaux B, Morgane et Tatiana

---

<sup>2</sup>Une citation de proverbe africain : [https://dicocitations.lemonde.fr/citation\\_auteur\\_ajout/99101.php](https://dicocitations.lemonde.fr/citation_auteur_ajout/99101.php)

## Table des matières

Le glossaire :.....	7
I. Introduction .....	8
II Emergence de la question de départ.....	9
II.1- Situation d'appel : .....	9
II.2-Questionnement : .....	11
II.3-Question de départ : .....	11
III Cadre théorique.....	12
III.1-L'infirmière.....	12
A. Définition .....	12
B. Rôle propre, rôle en collaboration et rôle sur prescription .....	12
C. Compétences de l'infirmière .....	14
D. Novice à expert.....	14
III.2 -La personne âgée .....	16
A. Epidémiologie en France.....	16
B. Définition de la personne âgée .....	16
C. Les processus de vieillissement et de changement .....	17
D. De l'autonomie à la dépendance .....	17
E. Les groupes iso ressources.....	17
F. Les droits de la personne âgée.....	18
G. Les causes de son placement en EHPAD. ....	18
III.3-La maladie d'Alzheimer .....	19
A.La démence .....	19
B. Le plan Alzheimer .....	20
C. Définition de la maladie .....	20
D. Les stades .....	21
E. Epidémiologie.....	22
F. La physiopathologie .....	22
G. Les perturbations au niveau autonomie et psychique.....	23
H. Les différentes aides mises en place permettant le maintien à domicile.....	23
I. L'importance de mettre une personne atteinte de cette maladie dans un EHPAD. ....	25
III.4-l'EHPAD .....	26
A.Définition .....	26
B. Les différents services : .....	26
C. Les différentes pathologies.....	27
D. L'équipe pluridisciplinaire avec leurs rôles et missions. ....	28
E. Les démarches administratives lors d'une entrée en EHPAD .....	29

F. Le projet de vie personnalisé.....	30
III.5- La contention.....	31
A. Définition .....	31
B. Le Cadre législatif .....	31
C. Historique de la contention.....	33
D. Indications et contre-indications .....	35
E. Les risques. ....	35
F Les différents moyens de contention : .....	36
F.1. Physique.....	36
F.2. Architecturale.....	36
F.3. Médicamenteuse .....	36
F.4 Psychologique.....	37
G. Comment une contention est-elle mise en place ?.....	37
H. La prescription médicale .....	38
I. Acte de bienveillance ou/et de maltraitance .....	39
J. Les responsabilités de l'infirmière .....	40
K. La prise en soins d'un patient sous contention. ....	40
L. Le regard de la famille, ainsi que le ressenti de la personne âgée. ....	41
III.6-Ressenti face à la contention .....	42
A. Le patient.....	42
B. Le soignant .....	42
C. La famille.....	43
D.Sentiment.....	43
D.1. Sentiment de malaise .....	43
D.2. Sentiment d'anxiété.....	44
D.3. Un sentiment d'impuissance .....	44
D.4. Frustration.....	45
D.5. Agressivité .....	45
D.6. Déshumanisation .....	45
III.7-La relation soignant soigné .....	47
A. Définition de la relation soignant soigné.....	47
B. Climat de confiance.....	47
C. Relation d'aide .....	48
D. L'accompagnement.....	50
E. La communication .....	50
F. La Relation triangulaire avec la famille .....	51
G. Les Formations.....	52
IV/Cadre Empirique .....	55
1.Problématique : .....	55

2.Hypothèses :	55
3.L'enquête.....	55
3.1. Le choix de la méthode .....	55
3.2. Lieux et population ciblé.....	56
3.3. Limites de la méthode .....	56
4. La grille d'entretien .....	58
5. Analyse des entretiens.....	62
5.1 Expérience.....	62
5.2 Contentions .....	66
5.3 Le ressenti face à la contention .....	78
6. Discussion .....	96
6.1 Les hypothèses.....	96
A/Les infirmières.....	96
B/Les contentions .....	98
6.2 Hypothèse 1 :.....	100
6.3 Hypothèse 2.....	102
6.4 Hypothèse 3.....	103
6.5 Conclusion de l'analyse comparative .....	105
7. Perspectives.....	106
8. Conclusion générale.....	107
9. Bibliographie.....	108
V. Annexes :	111
Annexe 1 : La charte des droits et liberté de la personne âgée .....	112
Annexe 2 : Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.....	113
Annexe 3 : Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer .....	117
Annexe 4 : Tableau critères et indicateurs .....	120
Annexe 5 : Grille d'entretien (IDE n°1) .....	121
Annexe 6 : Grille d'entretien ( IDE n°2).....	127
Annexe 7 : Grille d'entretien ( IDE n°3).....	131
Annexe 8 : Grille d'entretien ( IDE n°4) .....	135
Annexe 9 ; Grille d'entretien ( IDE n°5).....	139
Annexe 10 : Grille d'entretien ( IDE n°6) .....	143
Annexe 11 : Grille d'entretien ( IDE n°7).....	147
Annexe 12 : Grille d'entretien ( IDE n°8) .....	151

## Le glossaire :

**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

**APA** : Allocation Personnalisée Autonomie

**APL** : Aide Personnalisée au Logement

**ARS** : Agence Régional de Santé

**ASH** : Aide Sociale à l'Hébergement

**ASI** : Allocation Supplémentaire Invalidité

**ASL** : Allocation de Logement Sociale

**ASPA** : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CSS** : Complément Santé Solidaire

**DCI**: Dénomination Commune internationale

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**GIR** : Groupe Iso Ressources

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmière diplômé d'état

**INSEE**: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**OMS** : Organisation Mondial de la Santé

**PASA** : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

**PVI** : Projet de Vie Individuelle

**S6** : Semestre 6

**TFE** : Travail de fin d'étude

**UE** : Unité d'enseignements

**UVA** : Unité de Vie d'Alzheimer

## I. Introduction

Dans le cadre de mes études d'infirmière, un Mémoire de Travail de Fin d'Études a été réalisé pour finaliser mes trois ans de formation ainsi que de valider les unités d'enseignements du semestre 6 qui sont l'UE 3.4, 5.6 et 6.2.

J'ai choisi d'étudier ce sujet ayant effectuée plusieurs stages dans cette typologie de patients.

Cela m'a permis de découvrir un stage enrichissant soit par les soins infirmiers, soit par la collaboration avec l'équipe, soit par l'aspect social de ces personnes âgées en EHPAD.

J'ai pu également y découvrir leur histoire, leur famille, leur lieu de vie. Je me suis sentie impliquée dans leur vie à travers leur histoire tout en restant professionnelle dans leur prise en charge quotidienne.

De plus, lors de mes vacances d'été en deuxième année d'école d'infirmière, j'ai pu observer le monde du travail en tant qu'aide-soignante dans un EHPAD. J'ai pu entrevoir les différentes facettes de l'EHPAD en y travaillant de jour comme de nuit, en faisant de mes tutrices mes collègues, en étant toujours au cœur de cette collaboration. J'ai pu constater une charge de travail et un rythme plus important que celui du stage.

## II Emergence de la question de départ

### II.1- Situation d'appel :

Lors du semestre 4 de ma formation d'infirmière, j'ai réalisé un stage dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

J'ai eu en charge différents patients dont Monsieur R, 75 ans. J'ai choisi de l'évoquer car il m'a plus particulièrement marqué.

Comme je me suis occupée de l'entrée de ce patient, je l'ai par la suite pris en charge. Il est autonome pour la toilette et pour manger, mais a besoin d'une aide partielle face à sa pathologie.

Monsieur R souffre de la maladie d'Alzheimer, c'est donc pour cela que celui-ci a été confié à des professionnels de santé, au sein d'une structure adaptée ; la prise en charge à domicile devenait trop difficile.

En outre, Monsieur R est quelqu'un qui adore parler, faire des blagues, très souriant, très gentil et agréable, il ne se plaint que très rarement. Durant sa vie professionnelle, Monsieur R était dessinateur.

La pathologie de Monsieur R se présente à différents moments de la journée par des troubles de la mémoire et une perte temporo- spatiale.

De ce fait, Monsieur R est arrivé dans cette structure. En effet, il lui arrivait parfois de se laver en pleine nuit, se croyant le jour. Une fois, ce Monsieur a chuté, il a été retrouvé au petit matin par le personnel qui venait à son domicile. Il prenait également le personnel pour sa femme malheureusement décédée.

Avant d'arriver à l'EHPAD, Monsieur R a fait un petit séjour en gériatrie à l'hôpital pour un contrôle suite à sa chute.

Sous l'ordre du médecin, Monsieur R est arrivé à l'EHPAD contentonné à son fauteuil la journée et des barrières de lit ont été mises pour la nuit dans la mesure où il y avait un risque de chute. Tout cela malgré le fait que Monsieur R sait se déplacer seul.

Monsieur R est arrivé dans cette nouvelle structure pendant la période du coronavirus. De ce fait, il a donc dû être mis en isolement pendant 14 jours dans sa chambre (protocole obligatoire). Contentonné la journée, il n'avait pas de télévision, juste les passages des soignants pouvaient le divertir.

Après 14 jours, Monsieur R a pu se rendre dans les différents locaux de l'établissement. Il était donc, par exemple, dans la salle à manger avec les autres résidents. Il prenait chaque nouvelle résidente pour sa femme. Monsieur R arrivait à se déplacer, il essayait même de retirer par lui-même sa contention ventrale.

A l'EHPAD, la contention de pyjadrapp n'est pas une technique utilisée. Comme Monsieur R était habitué à cette technique à l'hôpital, son objectif a été de passer au-dessus des barrières de lits avec un tapis de sol.

Quelques semaines après mon stage, la cadre m'a demandé gentiment d'effectuer quelques nuits, ce que j'ai accepté volontiers. D'une part pour découvrir une autre facette de l'établissement, ainsi que d'autres résidents mais également pour constater comment mon patient réagissait face à cette contention.

A cette occasion, j'ai pu observer que les premières nuits, Monsieur R essayait de passer au-dessus de la barrière, mais il n'y arrivait pas vraiment. Ensuite après de nombreux essais, il est parvenu à passer outre les barrières de lit, mais ayant été contentonné la journée, il n'avait plus la sensibilité pour marcher.

Le fait de passer les barrières de lit la nuit, Monsieur R a fait de nombreuses chutes. Effectivement, en franchissant la barrière, il atterrissait sur un tapis de sol mou, sur lequel il n'avait aucune stabilité.

Ainsi, il est tombé et s'est fait de petites plaies. Les infirmières ont enlevé les barrières, puis par la suite le tapis de sol la nuit après l'accord du médecin traitant pour qu'il atterrisse sur un plan dur. Monsieur R ne chutait donc plus, mais continuer de se balader dans le couloir.

Moi-même, j'ai pu le retrouver à quatre pattes : selon lui « cela était plus facile de se déplacer à quatre pattes » ou alors je le retrouvais en activité. Il se lavait la nuit, comme il le faisait auparavant chez lui.

Suite à ces incidents, nous avons donc fait des transmissions orales et écrites à l'infirmière de jour, qui elle-même en a parlé au médecin référent. Le médecin a donc décidé de mettre un Temesta pour la nuit. Mais Monsieur R resta contentonné la journée malgré tout.

Malgré ces événements, la prise en charge de monsieur R se passe très bien la journée. Face à cette situation que j'ai vécu, je me demande si cette contention peut altérer la relation soignant-soigné.

## II.2-Questionnement :

Mon questionnement de départ :

Je me demande quel est le rôle propre de l'infirmière, son rôle sur prescription médicale et en collaboration.

Je me questionne également sur son rôle face à la contention. Concernant cette dernière, je me demande quelles sont les lois qui la régissent. Par ailleurs, je me demande s'il existe différents types de contentions.

Face à la contention, je m'interroge sur la perception et le ressenti des familles, des patients et du soignant.

De plus, je me demande pourquoi met-on une contention à une personne âgée. Par ailleurs, la maladie d'Alzheimer a-t-elle un lien avec la mise en place d'une contention. Je me demande qu'elle est son impact sur la famille et le patient.

Face à cette situation que j'ai vécu, je me demande si cette contention peut altérer la relation soignant-soigné.

Ces multiples questions vont me permettre d'orienter mes différentes recherches et lectures.

## II.3-Question de départ :

À la suite de ce questionnement, j'ai pu élaborer une question de départ qui est la suivante :

« En quoi au sein d'un EHPAD, la mise sous contention physique d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer peut-elle altérer la relation soignant-soigné ? »

Pour répondre à ce questionnement, je vais effectuer différentes recherches afin d'approfondir mes connaissances sur ce sujet. Nous allons retrouver mes recherches dans le cadre théorique composé du cadre contextuel et conceptuel.

### III Cadre théorique

#### III.1-L'infirmière

##### A. Définition

D'après l'OMS, le rôle de l'infirmier est défini comme celui d'« *aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptations et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé* »<sup>3</sup>

On retrouve différents articles dans le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

##### B. Rôle propre, rôle en collaboration et rôle sur prescription

→ Article R.4311-3 : Rôle propre

*« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière, les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »<sup>4</sup>*

→ Article R. 4311-4 : Rôle en collaboration

*« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la*

---

<sup>3</sup>: Rôle de l'infirmier selon l'OMS : <https://www.ifpvps.fr/profession-infirmier/>

<sup>4</sup>: Article 4311- 3 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000019416833/2008-09-03](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833/2008-09-03)

*collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. »<sup>5</sup>*

→Article R.4311-7 : Rôle sur prescription médicale

*« L'infirmière ou l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf, urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : [...]*

*12°Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention [...] »<sup>6</sup>*

Nous pouvons retrouver ci-dessus les différents articles venant du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 englobant la profession de l'infirmier.

D'après ces différents articles, nous pouvons certifier que l'infirmière exerce bien en rôle propre, c'est-à-dire qu'elle peut prendre des initiatives, accomplir les soins qu'elle juge nécessaire tout en posant un diagnostic infirmier où elle évaluera au fur et à mesure les actions qu'elle doit opérer pour répondre au mieux aux besoins de la personne.

De plus dans cet article, on constate qu'elle peut participer avec d'autres membres de l'équipe soignante, c'est ce qu'on appelle la collaboration qui est un rôle de l'infirmière. Comme par exemple l'aide-soignant tant que cela ne sort pas du cadre de la formation du soignant qui l'accompagne.

Enfin, nous avons le rôle sur prescription médicale, qui est le dernier article ci-dessus. Il cite les différents actes qu'une infirmière peut exercer sur application d'une prescription médicale ou sur un protocole conforme établie par un médecin.

---

<sup>5</sup>: Article 4311- 4 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913891/2008-09-03](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913891/2008-09-03)

<sup>6</sup>: Article 4311-7 du décret n°2021-97 du 29 janvier 2021

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038925636/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038925636/)

### C. Compétences de l'infirmière

Dans le référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier, nous pouvons retrouver les compétences qui devront être maîtrisées par le professionnel et qui vont être acquis en tant qu'étudiant au cours des différents stages pendant les trois années d'études pour l'obtention du diplôme.

Nous retrouvons 10 compétences :

1. *« évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier,*
2. *concevoir et conduire un projet de soins infirmier,*
3. *accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens,*
4. *mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique,*
5. *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs,*
6. *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins,*
7. *analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle,*
8. *rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques,*
9. *organiser et coordonner des interventions soignantes,*
10. *informer et former des professionnels et des personnes en formation »<sup>7</sup>*

Ces compétences doivent être mis en place dans tout établissement de santé.

### D. Novice à expert

Dans le livre de Novice à Expert : Excellence en soins infirmiers de Patricia Benner (infirmière théoricienne, universitaire et auteure), l'auteure décrit 5 stades d'acquisition des compétences appliquées au soins infirmiers, qui sont :

#### – Novice

Elle est décrite comme n'ayant aucune expérience dans la vie active face aux situations que nous allons rencontrer. Malgré tout, nous avons appris quelques règles pendant notre parcours comme la tension artérielle, le pouls et d'autres bases grâce à nos stages accompagnés d'un tuteur et à travers nos lectures. Notre interaction dans cette situation sera très limitée. Nous parlons ici de l'étudiante infirmière.

---

<sup>7</sup>: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf) pages 266-274.

- Débutante

Elle doit également s'appuyer sur ce qu'elle a appris, et sur son début d'expérience. Elle sait utiliser différents appareils et/ou suivre les listes indiquant les démarches à suivre comme les protocoles. Ici, nous parlons de la jeune diplômée.

- Compétente

On y retrouve une infirmière qui travaille dans un même service depuis plus de 2 ans minimum. Elle sait prioriser les actions les plus importantes lors de la prise en charge de ses patients dans le service.

- Performante

Suite à ses différentes expériences, elle a acquis de nombreuses capacités grâce à diverses situations. Elle va savoir anticiper les problèmes à l'aide de plusieurs hypothèses et saura s'adapter à chaque situation rencontrée. Elle a une bonne compréhension de la situation et va savoir ce qui est à prendre ou non en compte pour une bonne prise en soin du patient dans la globalité. Il s'agit donc d'une infirmière qui a 3 à 5 ans d'expériences.

- Experte

Elle comprend toutes les situations et sait résoudre le problème sans avoir plusieurs hypothèses. C'est une infirmière qui a plus de 15 ans de pratique.

Nous avons pu remarquer que l'infirmière passe par cinq stades différents, afin de devenir une infirmière experte. Nous avons également fait un rappel de la législation de métier de l'infirmière qui intervient sur un rôle propre, en collaboration et sur prescription médicale afin d'optimiser la meilleure prise en charge de ses patients, en l'occurrence la personne âgée qui est l'acteur principal de ma situation.

## III.2-La personne âgée

### A. Epidémiologie en France

D'après, une étude de l'INSEE, datant du 1er janvier 2018, il y aurait en France, un total de 67,187 millions d'habitants. On y retrouve 19,2 % de personnes âgées ayant plus de 65 ans soit 12 899 904 millions. Soit plus d'un quart de la population.

### B. Définition de la personne âgée

Lors de mes différentes recherches, j'ai constaté qu'il n'y a pas de définition précise. On évoque une personne d'un certain âge qui a des caractéristiques physiques, physiologiques et qu'elle a suivi un processus de vieillissement.

Lorsque l'on parle de vieillissement, on définit un processus lent et progressif ; l'état de santé de la personne âgée va dépendre des effets du vieillissement tel que des maladies, des facteurs environnementaux et génétiques.

Parmi, mes recherches j'ai pu noter les âges suivants :

- pour l'OMS, 65 ans et plus,
- 62 ans, l'âge du départ à la retraite,
- 75 et plus pour la gériatrie (discipline médicale qui s'occupe des personnes âgées malades),
- de plus, nous appelons les personnes âgées de 65 ans à 79 ans, le troisième âge. Et ceux de plus de 80 ans, le quatrième âge.

D'après un sondage fait par l'IFOP<sup>8</sup>( Institut Français d'Opinion Publique), qui a posé la question suivante « Selon-vous à quelle âge devient-on vieux ? ». L'âge moyen est de 69 ans.

Ainsi il n'y a pas d'âge précis pour désigner la personne âgée avec son processus de vieillissement. Nous pouvons donc faire notre propre opinion sur l'âge, auquel correspond au mieux le vieillissement.

---

<sup>8</sup>Article et sondage, Les français et le bien vieillir : [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1419-1-study\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1419-1-study_file.pdf). Publié en mars 2011

### *C. Les processus de vieillissement et de changement*

D'après le dictionnaire Larousse, le vieillissement est défini comme un « *affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge* »<sup>9</sup>.

Le processus de vieillissement est normal et arrive à tout être humain.

Tout d'abord, nous constatons visuellement des changements physiques comme le changement de coloration des cheveux qui deviennent gris, une diminution des capacités visuelles et auditives.

Les différents organes deviennent faibles et perdent leur capacité de fonction comme par exemple le sphincter vésical qui donne une incontinence urinaire.

À la suite de ce processus, il y a également des changements sur la perte de mobilité comme pour les gestes du quotidien.

### *D. De l'autonomie à la dépendance*

L'autonomie est définie comme être libre de faire seul les gestes de la vie quotidienne, alors que la dépendance est le besoin d'être aidé pour accomplir des actions.

La dépendance résulte souvent du processus de vieillissement. Le patient aura besoin d'aide dans la vie de tous les jours. Par exemple, il ne saura pas accomplir seul la tâche de se laver, de s'habiller, de se faire à manger, etc.

Pour pallier le manque d'autonomie, la personne âgée aura besoin d'un aidant naturel ou d'intervenants médicaux. Le degré de perte d'autonomie pourra être mesuré à l'aide de la grille nationale Aggir.

### *E. Les groupes iso ressources*

Les groupes iso ressources que l'on trouve plus particulièrement sous l'acronyme de GIR dans les établissements, tel que j'ai pu le constater dans l'EHPAD, sert à évaluer à l'aide de la grille AGGIR.

Par exemple, différentes situations telles que l'habillage ou la toilette vont nous permettre de qualifier si la personne est capable de réaliser seule ces activités ou avec une aide partielle ou une aide totale.

---

<sup>9</sup>Le vieillissement: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillissement/81927>

Cela permet donc d'analyser le niveau de perte d'autonomie de la personne âgée dépendante. Ainsi nous pouvons l'adapter et si besoin apporter l'aide nécessaire grâce à diverses organisations. Le but est de trouver des solutions aux besoins demandés.

Le degré de dépendance va être calculé à l'aide de 6 GIR, qui correspond au degré précis de la perte d'autonomie.

Les GIR vont de 1 à 6. En allant dans l'ordre décroissant, nous allons du niveau de dépendance le plus faible à celui qui est le plus élevé.

En fonction de celui-ci, il y aura une aide accordée qui se nomme APA « Allocation Personnalisée d'Autonomie ».

#### *F. Les droits de la personne âgée*

En 1997, une charte pour les personnes âgées dépendantes<sup>10</sup> a été établie par la fondation nationale de gérontologie et par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Cette charte, basée sur 14 axes, a été mise en place pour préserver la liberté ainsi que la dignité de la personne âgée dépendante.

Nous pouvons retrouver cette charte en annexe I. La version a été révisée en 2007.

#### *G. Les causes de son placement en EHPAD.*

Il existe plusieurs raisons pour placer un sénior dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. C'est un choix qui va être fait entre la personne âgée et ses proches:

- la personne âgée vit dans un logement inadapté à sa perte d'autonomie. Elle n'a peut-être pas le matériel nécessaire comme une douche sécurisée, des barres de maintien, etc.

- La sécurité du sénior. Une présence peut éviter les chutes ou les accidents domestiques.

- L'isolement et la solitude. Lorsque que la personne a perdu son conjoint, que les

---

<sup>10</sup>Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap>. Publié le 12/01/09

enfants ou la famille proche n'habitent pas dans la même région, ainsi la personne âgée n'a pas de visite, etc.

- L'aidant n'arrive plus à subvenir aux besoins et attentes de la personne âgée, il est lui-même épuisé physiquement et moralement.

- Les sorties d'hospitalisation où l'équipe médicale peut trouver judicieux que le patient aille dans un EHPAD.

– L'ainé peut avoir diverses pathologies qui demandent une assistance renforcée pour les actes de la vie quotidienne et une présence médicale continue.

Plusieurs motifs peuvent être à l'origine d'une entrée dans un EHPAD. Voici l'exemple d'un motif d'entrée, la maladie d'Alzheimer.

### III.3-La maladie d'Alzheimer

#### A.La démence

D'après l'OMS, « *la démence est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes.* »<sup>11</sup>

Les symptômes de la démence sont répartis en 3 stades.

→ Stade 1 : les symptômes sont pour le moment invisibles.

- Tendances à oublier.
- Perdre conscience du temps.
- Se perdre dans des endroits familiers.

→ Stade 2 : les symptômes commencent à apparaître.

- Oublier le nom des personnes de son entourage.
- Oublier les événements qui sont récents.
- Se perdre dans sa maison.
- Avoir des difficultés à communiquer avec autrui.
- Avoir besoin d'une aide partielle pour les soins quotidiens.
- Répéter des choses ou des gestes sans que la personne ne s'en rende compte.

---

<sup>11</sup>La démence selon l'OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Publié en 09/20

→ Stade 3 : la personne va devenir dépendante. Importants troubles de la mémoire. Besoin d'une aide partielle ou totale pour les gestes quotidiens.

- Désorientation temporo-spatial.
- Difficulté à reconnaître son entourage.
- Difficulté à se déplacer.
- Changement d'humeur (Possibilité d'agression).

La démence regroupe l'ensemble des maladies qui vont restreindre les fonctions cognitives. Parmi les différentes formes de démences : démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence associée à la maladie de Parkinson. On y retrouve la maladie d'Alzheimer.

### B. Le plan Alzheimer

De 2008 à 2012, un plan Alzheimer a été lancé avec 10 principaux objectifs. (Annexe II)

Ce plan va permettre d'améliorer la qualité des malades ainsi que des familles, et d'accentuer les recherches sur la maladie.

A la suite de ce plan, de 2014 à 2019, le plan des Maladies Neurodégénératives a été créé. On y retrouve 3 grandes priorités :

- *«améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades.*
- *Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants.*
- *Développer et coordonner la recherche »*<sup>12</sup>.

### C. Définition de la maladie

*« La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative ( atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale) caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles ( cognitives) conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne »*<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup>Le plan contre les maladies neuro-dégénératives 2014 -2019: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-contre-les-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>. Mis à jour en 02/21.

<sup>13</sup>La maladie d'alzheimer: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>. Mis à jour en 05/20.

Les différents symptômes se développent avec le temps. Cette évolution varie en fonction de la personne. Elle n'évolue pas de la même façon chez tous les patients. Malheureusement elle est incurable.

Parmi les symptômes :

- les troubles de la mémoire

Associé à des troubles des fonctions cognitives comme :

- les troubles du langage → Aphasie,
- des difficultés à effectuer certains gestes → Apraxie,
- une perte de connaissance des objets ou des personnes → Agnosie,
- difficulté à exécuter des tâches familières,
- confusion avec le temps ou le lieu,
- changement d'humeur (agressivité) et de la personnalité.

#### *D. Les stades*

De plus, la maladie évolue et le malade perd des capacités. On retrouve la perte de ses capacités sous différents stades allant de 1 à 7, qui est une échelle de détérioration, mis en place d'après le Docteur Barry Reisberg :

*« Stade 1 : aucune déficience*

*Stade 2 : déficit cognitif très léger*

*Stade 3 : déficit cognitif léger*

*Stade 4 : déficit cognitif modéré*

*Stade 5 : déficit cognitif modérément sévère*

*Stade 6 : déficit cognitif sévère*

*Stade 7 : déficit très sévère »*<sup>14</sup>.

Nous pouvons retrouver les stades détaillés dans l'annexe III.

Pour déceler qu'une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer, il faut observer les

---

<sup>14</sup>Les 7 stades de la maladie d'alzheimer: <https://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp>

différents signes et questionner la famille.

Ensuite différents examens médicaux permettent le diagnostic de cette démence.

Il existe un test Mini-Mental State (MMS), appelé également Mini-Mental State Examination. Ce test va permettre d'évaluer les fonctions cognitives. Il ne permet pas le diagnostic mais aide à surveiller la personne sur l'évolution de ses troubles.

### *E. Epidémiologie*

Actuellement, en France, c'est la maladie la plus présente. En 2015, il y avait 900 000 personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer sur une population de 66, 42 millions d'habitants. Tous les ans, il y a un recensement de 225 000 nouveaux patients atteints de cette maladie.

En 2020, le nombre total de personnes recensées par cette pathologie est de 3 millions. Parmi ce nombre, il y a 15% qui ont plus de 80 ans et 33 000 qui ont moins de 60 ans.

Dans le monde, d'après le World Alzheimer Report 2015, il y aurait près de 35 millions de personnes touchées et d'après l'OMS (Organisation Mondiale de la santé), le nombre de cas devrait doubler tous les 20 ans.

### *F. La physiopathologie*

Cette maladie très répandue est très complexe. Les causes restent imprécises. Le diagnostic se fait sur la base de la découverte de deux lésions.

La première est la découverte de plaques séniles que l'on nomme également plaque amyloïde ; elles sont composées d'un accroissement extracellulaire de bêta-amyloïde, qui est une petite protéine et qui peut être néfaste pour différentes parties du système nerveux central.

La deuxième est la dégénérescence neurofibrillaire avec une complication au niveau des protéines TAU (présente dans les neurones) anormalement hyperphosphorylée.

Ces deux lésions vont ensemble résulter l'apparition de la maladie d'Alzheimer sous la dégénérescence des neurones avec comme conséquence la perte de mémoire, la perte des fonctions cognitives. Ces lésions vont également entraîner différentes perturbations au niveau de l'autonomie et du bien-être de la personne.

### *G. Les perturbations au niveau autonomie et psychique.*

La maladie d'Alzheimer joue un rôle néfaste sur l'autonomie de la personne âgée avec des conséquences sur la vie de tous les jours.

Par exemple, elle va être incapable de se faire à manger avec le gaz. Avec la perte de mémoire, elle va oublier que le gaz est allumé, ce qui est un danger.

Tout comme la désorientation temporo-spatial, où la personne ne va plus savoir la date du jour, son âge, et où elle se trouve.

Pour le psychique, on peut constater un comportement agressif non voulu par la personne qui peut la mettre en danger.

Ses différentes perturbations vont avoir pour conséquence la nécessité d'aider la personne âgée. Elle peut être aidée par un aidant, par différents organismes qui mettent tout en place pour que la personne reste dans son environnement familial pour ne pas la perturber ou par son entrée dans un EHPAD.

### *H. Les différentes aides mises en place permettant le maintien à domicile.*

Il existe différentes aides :

→ l'intervention d'une aide à domicile, d'une aide-soignante, d'une infirmière, d'une femme de ménage, de livraison de repas complets et équilibrés.

→ la télé-assistance qui permet à la personne de se sentir en sécurité ainsi que pour la famille.

→ différentes aides financières existent pour la personne âgée ayant une perte d'autonomie ou non.

- L'APA, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie qui va contribuer à payer une partie des dépenses liées aux activités quotidiennes de base et/ou à la nécessité d'une observation régulière. A condition d'avoir plus de 60 ans et un GIR entre 1 à 4.
- L'ASPA, l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, permet d'aider ceux ayant un faible revenu. A condition d'avoir plus de 60 ans, d'avoir un minimum de ressources et un lieu de vie.

- L'ASI, l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité, est une « prestation versée aux personnes invalides, titulaires de certaines pensions de retraites ou d'invalidité lorsque qu'elles n'ont pas atteintes l'âge légal de départ en retraite »<sup>15</sup>. A condition de percevoir une pension de retraite ou d'invalidité et de résider en France.
- L'Allocation simple d'aide sociale pour les personnes âgées. C'est une aide financée par l'état pour ceux qui ne perçoivent pas une pension retraite mais ayant des ressources modestes. A condition d'être âgé de moins de 65 ans ou au moins 60 ans si inaptitude au travail, d'avoir un revenu en dessous d'un certain barème, ne pas percevoir une pension retraite et une ASPA, et résider depuis plus de 15 ans avant l'âge de 70 ans en France.
- L'ASH, l'Aide Sociale à l'Hébergement. Cette aide va prendre en charge les frais d'hébergement chez un aidant, dans une résidence- autonomie, dans un EHPAD ou alors dans une unité de soins de longue durée.
- Les aides fiscales pour personnes âgées. Pour ceux faisant appel à une aide à domicile ou résidant dans un EHPAD, il y aura une réduction d'impôt et une exonération de charges sociales.
- Les aides au logement comme l'APL (Aide Personnalisée au Logement) si le logement est conventionné ou l'ASL (Allocation de Logement Social). Il n'est pas possible de cumuler ces deux aides. A condition de résider en France.
- L'aide-ménagère à domicile. Condition : avoir 60 ans si inaptitude au travail ou alors au moins 65 ans. Ne pouvant pas avoir l'APA et d'avoir un revenu en dessous d'un certain barème.
- La prise en charge des repas lorsque la personne ne peut plus se préparer ses repas. La personne âgée pourra alors avoir une livraison de plateaux repas ou avoir accès à un foyer restaurant. A condition d'avoir au moins 65 ans ou 60 ans si inaptitude au travail et avoir un état de santé justifiant de la non préparation des repas ainsi qu'un

---

<sup>15</sup>Personnes âgées: panorama des aides sociales existantes: <https://www.previssima.fr/dossier/personnes-agees-panorama-des-aides-sociales-existantes.html>.

revenu en dessous d'un certain barème.

- Les aides de l'Assurance Maladie. Si la personne âgée perçoit un faible revenu, elle peut avoir un CSS (Complémentaire Santé Solidaire) et une aide de l'Assurance Maladie pour leurs dépenses de santé.
- Les aides des caisses de retraite peuvent proposer des aides financières et/ou matérielles, comme l'intervention d'une aide à domicile, une douche aménagée, etc.

Puis, il y a l'aidant naturel, en général un membre de la famille ou un ami qui offrent des soins. Il va aider la personne ayant des troubles physiques, cognitifs ou mentaux à son maintien à domicile en prenant en charge sa perte d'autonomie.

Il peut y avoir des conséquences physiques et morales pour cet aidant comme un épuisement physique ou/et un isolement social.

Si la personne âgée, malgré ces différentes aides, n'arrive plus à vivre seule ou que ces aides ne suffisent plus. L'aidant ainsi que les proches de la personne âgée peut alors rencontrer l'équipe médicale, pour optimiser sa prise en charge quotidienne dans un établissement, tel que l'EHPAD. Cet établissement l'aidera à subvenir davantage à ses besoins tout en la gardant au maximum en sécurité avec une présence en continue. Pour préparer progressivement la personne à changer de lieu de vie, il y a possibilité de lui faire découvrir l'accueil de jour, pour une période d'une demi-journée ou quelques jours. Cette période permet également de soulager l'aidant.

#### *1. L'importance de mettre une personne atteinte de cette maladie dans un EHPAD.*

Faire entrer une personne atteinte de cette maladie dans un EHPAD va permettre de rassurer la famille, et aux aidants de retrouver une vie dite « normale ».

Pour le patient, grâce à un hébergement fermé et à une présence en permanence, sa sécurité sera assurée.

De plus, la personne âgée pourra renouer un lien social grâce aux autres résidents et aux nombreuses activités collectives et individuelles qui lui seront proposées pour la divertir un maximum. L'équipe soignante est là pour que la personne elle-même garde son autonomie.

Il y aura une prise en soins en fonction des besoins du patient avec un suivi médical régulier ; l'aidant n'aura plus forcément besoin d'accompagner son proche à ses différents rendez-vous médicaux.

### III.4-l'EHPAD

#### A. Définition

Un EHPAD est un « *établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui est une maison de retraite médicalisée qui proposent un accueil en chambre.*

*Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. »*<sup>16</sup>

Ils ont pour mission de prendre en charge globalement les personnes fragiles et vulnérables, tout en les accompagnant et en préservant au maximum leur autonomie. Un EHPAD se compose d'un hébergement, d'une équipe médicale en continue pour les soins, d'une restauration et d'animations.

Ces résidents peuvent dépendre partiellement ou totalement de l'aide mise en place en fonction de leurs besoins, dont des activités de la vie quotidienne pour des raisons physiques et/ou mentales, qui peuvent être liés à diverses pathologies.

#### B. Les différents services :

On peut y retrouver comme service, l'UVA (Unité de Vie Alzheimer). Il s'agit des petits locaux sécurisés qui hébergent les personnes ayant comme pathologie la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés.

De plus, on peut y trouver également le PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés). Ce service sécurisé accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ils leurs est proposées des activités en petits groupes tout au long de la journée.

---

<sup>16</sup>Les EHPAD: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>. Mis à jour en 03/21

Pour ces deux services, les résidents seront encadrés par du personnel qualifié aux symptômes démentiels. Des formations sur la prise en charge des maladies neurodégénératives seront proposées. Ce personnel devra être intéressé et volontaire afin d'accompagner au mieux les résidents.

### *C. Les différentes pathologies*

Dans un établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, nous pouvons distinguer différentes pathologies ou causes qui impliquent qu'une personne soit rentrée dans l'établissement.

*«En 2013, les résidents présentaient en moyenne huit pathologies: hypertension artérielle (59 %), démence (55 %), troubles du comportement (48 %), syndrome abdominal (44 %), état dépressif (38 %), dénutrition (27 %), insuffisance cardiaque (21 %) et diabète (15 %)»<sup>17</sup>*

Dans les démences des maladies neurodégénératives, on y retrouve la maladie de Parkinson, d'Alzheimer, de Corps de Lewy.

Pour les maladies cardiovasculaires, il y a le plus souvent des insuffisances cardiaques, séquelles d'AVC.

Des maladies rénales et respiratoires.

Des déshydratations, dénutritions, troubles de l'élimination, incontinence qui peuvent être associées à différentes maladies. Accompagnés aussi d'une altération de l'état cutané.

De plus, on peut y distinguer des patients diabétiques, des personnes ayant un cancer. Mais également des personnes présentant un risque de chute et de fugue.

Dans ces établissements et afin d'accompagner au mieux le patient et sa pathologie, il y a une équipe médicale constante.

---

<sup>17</sup>Les pathologies en EHPAD: <http://www.maisons-de-retraite.fr/Actualites/Actualites-generales/Huit-pathologies-en-moyenne-pour-les-residents-d-Ehpad>

#### *D. L'équipe pluridisciplinaire avec leurs rôles et missions.*

Dans l'EHPAD, différents membres sont présents pour aider au quotidien les personnes âgées comme :

→ Un médecin coordinateur

Il est responsable de tout le personnel médical se trouvant dans l'établissement. Il va élaborer avec celui-ci le projet général de soins s'inscrivant dans le projet de la maison de retraite. Comme son nom l'indique, il va coordonner les tâches de l'équipe.

Pour chaque admission d'un résident, il va consulter le dossier afin de vérifier si l'établissement pourra répondre aux besoins et attentes du résident.

Il va avec l'aide de l'infirmière et de l'aide-soignante évaluer le niveau d'autonomie pour répondre à ses besoins.

Le médecin coordonnateur peut également prescrire des traitements médicaux.

→ L'infirmière

Elle s'occupe de la prise en charge des différents résidents ainsi que les actes que l'on peut retrouver dans le décret, tout en respectant les prescriptions médicales. Elle encadre les stagiaires, ce qui a été mon cas. Elle informe et renseigne la famille dans la limite de ses compétences.

De plus, elle va aider au maintien à l'autonomie et veiller à l'évolution de la maladie de la personne âgée en apportant les soins nécessaires.

L'infirmière en maison de retraite est également polyvalente. Elle fait de l'administratif, la distribution des thérapeutiques et elle continue à assurer les soins de confort. Elle travaille en collaboration avec les différents intervenants.

→ L'aide-soignant :

Il va compléter l'infirmière, c'est-à-dire que par exemple lors de la toilette, il va observer le patient de la tête au pied, pour vérifier des éventuelles anomalies et en avertir l'infirmière si besoin. Il peut également faire des soins d'hygiène et de bien-être qui sont délégués par les infirmières.

Ce sont les principaux intervenants concernant les soins spécifiques que l'on retrouve dans une maison de retraite.

Puis, il existe des intervenants qui gravitent autour du résident comme l'animatrice pour proposer différentes activités, les divertir accompagnée de temps à autres par des bénévoles.

Le cuisinier qui proposera un repas équilibré. Il préparera différentes textures comme des repas hachés, ou en morceaux et fera attention aux allergies de chacun.

L'ASH qui s'assurera du bio nettoyage pour que le résident réside dans un endroit propre et sain.

Le personnel de la lingerie, pour laver, repasser les vêtements ainsi que les serviettes, gants de toilettes.

Des intervenants extérieurs interviennent également comme le kinésithérapeute qui aidera par exemple à l'équilibre de la marche.

L'ergothérapeute pour le maintien de l'autonomie dans les différentes actions quotidiennes grâce à des petits jeux collectifs par exemple.

Le pédicure podologue : c'est un professionnel du pied. Il va intervenir pour les soins d'hygiène comme couper les ongles ; cela peut également corriger les troubles de la marche par une bonne posture dans la chaussure.

Et le coiffeur pour le bien-être de la personne, cela lui permettra de passer un petit moment de détente.

#### *E. Les démarches administratives lors d'une entrée en EHPAD*

Lors d'une entrée en EHPAD, on évoque le « déménagement ». Il s'agit du fait ne plus habiter dans sa maison. Il faudra donc changer les adresses de domicile sur les différents papiers administratifs (banque, le téléphone, la mairie. Etc.)

Il faut trouver l'EHPAD qui correspond le mieux aux attentes et besoins du résident ainsi que la géolocalisation.

Depuis le 1er juin 2012, pour demander une admission dans une maison de retraite, il faut remplir un dossier unique que l'on retrouve sur le site officiel de l'administration française sous le Cerfa n°14732\*03.

Sur ce document, plusieurs informations sont à remplir :

- si la personne souhaite un hébergement permanent, temporaire, un accueil de jour ou de nuit,
- si le placement est urgent ou la personne peut attendre 6 mois,
- si le patient souhaite rentrer avec son conjoint dans l'établissement,
- des documents administratifs et médicaux,
- divers renseignements comme le degré d'autonomie, la présence d'allergies, un risque de chute et/ou de fausse route, etc.

#### *F. Le projet de vie personnalisé*

Le PVI, le Projet de Vie Individuel, est basé sur les valeurs, les désirs, les souhaits, les envies. Pour offrir à toute personne une meilleure prise en charge personnalisée selon les besoins et attentes.

L'objectif de ce projet est de maintenir l'autonomie. C'est-à-dire laisser la personne gérer ce qu'elle peut encore faire.

Le projet permet également à la personne de préserver son histoire, ses liens sociaux et de l'impliquer au maximum dans ce projet.

De plus, les proches du résident peuvent participer à construire ce projet.

Un référent est attribué à chaque personne pour la suivre tout au long de son parcours, en faisant attention en respectant ses envies. Il surveillera également à ce que la personne ne manque de rien comme le nécessaire de toilette.

Lors de leurs séjours en EHPAD, les résidents peuvent être amenés à être contentonné pour différentes raisons, justifiées par une prescription médicale. Les raisons peuvent être les suivantes : une mise en danger pour eux, pour les autres résidents, et pour le personnel soignant dû à leurs pathologies et au vieillissement qui incluent des changements d'humeur.

### III.5- La contention

#### A. Définition

La contention est définie selon l'ARS :

*« le terme contention recouvre tous les moyens mis en œuvre pour limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou pour limiter la libre circulation des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté »*<sup>18</sup>

#### B. Le Cadre législatif

Des lois, articles et décrets englobent le cadre législatif :

→ La loi « n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation »<sup>19</sup>. Cette loi comporte « des actions de prévention, de diagnostic, de soins et de réadaptation ainsi que de réinsertion sociale »<sup>20</sup>. Le consentement de la personne ou du représentant légal sera recherché.

→ Article L.3222-5-1 du code de la santé publique « [...]La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques »<sup>21</sup>.

→ Art.L.3222-5-1. « L'isolement et la contention sont des pratiques de derniers recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désigné à cette fin. »<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup>La contention: [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5\\_Contention\\_22dia\\_16.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5_Contention_22dia_16.pdf)

<sup>19</sup>Loi n°90-527 du 27 juin 1990: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000349384/>

<sup>20</sup>Loi n°90-527 du 27 juin 1990: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000349384/>

<sup>21</sup>Article L.3222-5-1 du code de la santé publique: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste\\_20170004\\_0000\\_0050.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0050.pdf)

<sup>22</sup>Art.L.3222-5-1 du code de la santé publique: <http://www.adesm.fr/sante-publique-parution-de-la-loi-n2016-41-du-26-janvier-2016-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-27-01-2016/>

*« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L.1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L.6143-1 »<sup>23</sup>*

→ Loi « n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »<sup>24</sup> appelé également loi Kouchner.

Cette loi va permettre aux patients de poursuivre ou non les traitements grâce au consentement libre et éclairé. De désigner une personne de confiance pour l'accompagner, pour l'aider dans les procédures ou prouver leurs souhaits auprès de l'équipe médicale, au cas où le patient ne pourrait plus décider lui-même.

Cette loi évoque également le respect de la dignité, le respect de la vie privée du patient. Aucune discrimination sur les soins apportés.

→ « Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de la déontologie médicale. »<sup>25</sup>  
Ce décret concerne les médecins. Il « exerce sa mission dans le respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »<sup>26</sup>. « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

*Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »<sup>27</sup>*

---

<sup>23</sup>Art.L.3222-5-1 du code de la santé publique: <http://www.adesm.fr/sante-publique-parution-de-la-loi-n2016-41-du-26-janvier-2016-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-27-01-2016/>

<sup>24</sup>Loi n°2002-303 du 4 mars 2002: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/2020-12-29/>

<sup>25</sup>Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000555170/>

<sup>26</sup>Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000555170/>

<sup>27</sup>Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000555170/>

→ Le décret d'actes et d'exercice infirmier est le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.  
Nous pouvons retrouver ces articles dans la partie énonçant la législation de l'infirmière.

→ Article R4127-36 du code de la santé publique. « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.*

*Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. »*<sup>28</sup>

→ « *Charte du 2 mai 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée* »<sup>29</sup>

Cette charte est indiquée à toute personne que ce soit « *le malade, le blessé, la femme enceinte, accueilli en établissement de santé ou suivi en hospitalisation à domicile ainsi que la personne âgée hébergée, est une personne avec des droits et des devoirs* »<sup>30</sup>

L'établissement devra donc garantir la qualité des soins, des traitements, de l'accueil, d'être attentif aux plaintes de la personne, respecter la dignité du patient et le consentement du patient.

### *C. Historique de la contention*

La contention a débuté dès l'antiquité. Elle était représentée comme le fait d'avoir un contrôle physique sur une personne agitée. Mais le point de vue était différent entre deux personnes à cette époque.

D'un côté, Soranos, médecin grec, préfère entretenir un dialogue avec le malade et de l'autre Celse, médecin et philosophe grec. Ce dernier considère la contention comme une thérapeutique brutale qui permettait au malade de retirer sa maladie par la peur ; de ce fait il enchaînait le malade, il ne lui donner plus à manger, l'isoler dans le noir en lui administrant

---

<sup>28</sup>Article R4127-36 du code de la santé publique:

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032973595/2016-08-06](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032973595/2016-08-06)

<sup>29</sup>Charte du 2 mai 2006 : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdh-n-95-22-du-6-mai-1995-relative-aux-droits-des-patients-hospitalises-et-comportant-une-charte-du-patient-hospitalise/>

<sup>30</sup> Charte du 2 mai 2006: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdh-n-95-22-du-6-mai-1995-relative-aux-droits-des-patients-hospitalises-et-comportant-une-charte-du-patient-hospitalise/>

des purgatifs. Il y a la une représentation de la méthode douce (Soranos) ou traumatisante (Celse).

Au Moyen âge, la contention était vu comme un moyen de protéger le «fou » et son entourage au sein de la maison familiale.

Au XVII siècle, un hôpital général fut créé spécialement pour les malades psychiatriques, où la contention et l'isolement seront fortement utilisés.

Au siècle des Lumières, une théorie a été fondée sur la contention : plus la contention était douloureuse, plus les résultats obtenus par la suite étaient meilleurs. Pour cela, les malades appelés « fous » pouvaient être mis à l'isolement parfois nus. Ils avaient des camisoles de force et des chaînes pour les immobiliser au lit.

A la Révolution Française, Philippe Pinel, médecin et Jean-Basptiste Pussin, infirmier ont créé le projet de l'abolition des chaînes pour les aliénés, les « fous », tout en gardant l'isolement et la contention.

Une loi a été mise en place, le 30 juin 1838. Elle consiste à ce que *« chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. »*<sup>31</sup>

Précédée de la loi *« n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. »*<sup>32</sup>

Ces deux lois ont permis une avancée considérable avec la création d'une institution psychiatrique dans chaque département, une amélioration des conditions d'internement des patients, une compréhension de la différence entre un internement volontaire ou obligatoire.

Au 20ème siècle, la contention et l'isolement sont toujours utilisés dans la mesure où les neuroleptiques, la psychothérapie et les services de psychiatrie ne suffisent pas.

Aujourd'hui, la contention est considérée comme un acte thérapeutique utilisé pour différentes indications, tout en respectant la prescription médicale.

Nous analysons que la pratique de l'isolement et de la contention est en constante évolution depuis l'antiquité.

---

<sup>31</sup>Loi du 30 juin 1838: <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>

<sup>32</sup>Loi n°90-527 du 27 juin 1990 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000349384/>

#### D. Indications et contre-indications

L'utilisation de la contention va être mise en place pour diverses raisons :

- pour un patient agressif, agité soit envers lui ou envers autrui avec des dispositifs spécifiques,
- pour faire de la prévention contre le risque de chute lors de période de déambulation,
- pour un patient désorienté ou pour le bien de la continuité des soins, lors de l'administration de thérapeutique par voie veineuse par exemple.

Contre -indications :

Selon l'HAS :

«

- *Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.*
- *En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel, organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.*
- *État clinique nécessitant pas une contention.*
- *Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave. »*<sup>33</sup>

#### E. Les risques.

Le plus gros risque reste pour le patient :

- Le fait d'être immobilisé peut engendrer le syndrome d'immobilisation suite à la réduction de la mobilité comme des escarres, et perte de la capacité fonctionnelle.
- Urologique, lié à l'incontinence urinaire/fécale ou à la rétention d'urine.
- Locomoteur dû à la diminution ou perte totale de mobilité entraînant une réduction de la masse musculaire qui peut entraîner une perte d'autonomie partielle ou totale.
- Physiologique : perte de l'appétit, déshydratation.
- Psychique : aggravation d'une confusion, d'une agitation, d'une incompréhension de la contention à long terme, d'un isolement, d'une perte de l'estime de soi.

---

<sup>33</sup> Isolement et contention en psychiatrie général selon l'HAS: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale)

De nombreux risques sont à déplorer, c'est donc pour cela qu'il faut utiliser la contention avec parcimonie.

#### *F Les différents moyens de contention :*

Ils ont tous pour but de réduire la mobilité du patient quel que soit la technique utilisée.

##### F.1. Physique

La contention physique va utiliser différentes méthodes pour réduire la capacité de mobilisation de la personne.

Quelques exemples :

- des gilets ou des sangles,
- un fauteuil avec une adaptable intégrée,
- des barrières de lit avec un pyjadrapp pour la nuit,
- le fauteuil mis à l'écart de tout pour que le patient n'atteigne rien,
- le patient est surélevé.

##### F.2. Architecturale

La contention architecturale va être mise en place à l'aide des locaux ainsi que du mobilier mis à disposition.

Quelques exemples :

- le patient porte sur lui un bracelet anti-fugue ou de géolocalisation,
- une surveillance constante à l'aide de caméra,
- des codes sur les portes ou une ouverture à l'aide d'un badge,
- le patient est limité à une partie de l'établissement sécurisé.

##### F.3. Médicamenteuse

La contention médicamenteuse aussi appelée chimique ou pharmacologique est également utilisée pour réduire la mobilité en administrant des traitements psychotropes comme des benzodiazépines, des neuroleptiques ou des antidépresseurs qui auront pour action de sédaté la personne.

## F.4 Psychologique

Cette contention est traduite par le fait de donner des obligations à la personne, à plusieurs reprises dans la journée. Comme par exemple « Restez assis ! Ne vous levez pas ! Marchez doucement ! »

## G. Comment une contention est-elle mise en place ?

L'HAS a mis en place 10 critères à respecter pour une bonne pratique de la contention, les voici :

«

- *Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.*
- *Critère 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.*
- *Critère 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.*
- *Critère 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.*
- *Critère 5 : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.*
- *Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.*
- *Critère 7 : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.*
- *Critère 8 : des activités selon son état lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.*

- Critère 9 : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.
- Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures. »<sup>34</sup>

Ainsi la contention est mise en place lorsqu'il y a un consentement de la personne et/ou de la famille.

Au préalable, une réunion est tenue en présence de l'équipe pluridisciplinaire pour discuter sur les arguments cliniques qui pousseraient à mettre en place la contention. Cette réunion permet aussi d'évoquer que les autres alternatives n'ont pas atteints les objectifs attendus. Il faudra également étudier s'il y a un danger pour le patient et fixer des objectifs pour adapter et répondre aux besoins de la personne dans une durée limitée.

#### *H. La prescription médicale*

Une prescription médicale est un acte médical ; elle doit être qualitative, quantitative, signée, datée. Elle doit être précise et compréhensible par tout le monde.

L'ordonnance contient :

- nom du prescripteur, sa qualification et son numéro ADELI,
- la date,
- nom, prénom, sexe, taille et poids du patient,
- le nom de la spécialité du traitement ou DCI du médicament.

Elle peut être faite sur un support papier donc manuscrite ou réalisée sur un support informatique.

D'après l'article R4127-34 du code de la santé publique, « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution* »<sup>35</sup>

La prescription médicale va être écrite sur un document que l'on nomme une ordonnance.

---

<sup>34</sup> Limiter les risques de contention physique de la personne âgée: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

<sup>35</sup> Article R4127-34 du code de la santé publique  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912896/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912896/)

Celle-ci contient la prescription d'un traitement qui s'intègre dans la prise en charge totale et globale du malade et de sa pathologie.

La contention doit être mise sur prescription médicale, qui sera inscrite dans le dossier médical du patient.

La durée de la contention sera inscrite sur la prescription et devra être renouvelée toutes les 24H, où une évaluation du patient sera réalisée ainsi que de savoir si la contention a été bénéfique ou non.

L'infirmier appliquera ensuite la prescription médicale, selon l'article R4311-7 du Code de la santé publique. « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicales [...],sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin [...]*»<sup>36</sup>

#### *I. Acte de bientraitance ou/et de maltraitance*

La maltraitance est définie comme « *un mauvais traitement envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées, etc..)* »<sup>37</sup>

On parle de maltraitance quand celle-ci est mise en place pour de mauvaises raisons, comme par exemple, un manque de personnel.

La bientraitance « *est une démarche collective pour identifier l'accompagnement, le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins* »<sup>38</sup>

Selon moi, la mise en place de la contention est un acte de bientraitance lorsqu'elle met en sécurité la personne et que l'on respecte sa dignité.

En outre, il ne faut pas qu'elle soit pratiquée de manière abusive et qu'elle néglige les besoins de la personne.

---

<sup>36</sup> Article R4311-7 du code de la santé publique  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038925636/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038925636/)

<sup>37</sup>La maltraitance: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maltraitance/48975>

<sup>38</sup>La bientraitance: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre)

De plus, il existe des alternatives pour éviter le risque de chute. Elles doivent être essayées avant de mettre en place une contention.

Par exemple :

- retirer le matériel non nécessaire dans la chambre,
- augmenter l'éclairage,
- retirer tout objet avec des roulettes comme l'adaptable,
- bien mettre les freins au lit,
- mettre le lit au plus bas,
- mettre en place un tapis de sol la nuit,
- aménager des espaces pour une déambulation sécurisée,
- vérifier l'utilisation de chaussures adaptées, fermées.

#### *J. Les responsabilités de l'infirmière*

L'infirmière doit respecter la prescription médicale sauf si urgence. Article R4311-14 du Code de la Santé Publique« *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable [..]* »<sup>39</sup>

De plus, en cas de mise en place d'une contention sans prescription médicale et sans urgence, celle-ci peut être considérée comme non réglementée par la loi. L'infirmière peut encourir des poursuites pénales si le patient ou sa famille se retourne contre elle.

#### *K. La prise en soins d'un patient sous contention.*

La prise en soins d'un patient sous contention reste la même pour tout patient. C'est-à-dire qu'il faut respecter la surveillance selon les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Nous retrouvons dans la surveillance :

- respirer,
- boire et manger,
- éliminer,
- se mouvoir et maintenir une bonne posture,

---

<sup>39</sup>Article R4311-14 du code de la santé publique:

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913897/2013-07-14/>

- dormir et se reposer,
- se vêtir et se dévêtir,
- maintenir sa température,
- être propre et protéger ses téguments,
- éviter les dangers,
- communiquer,
- agir selon ses croyances et ses valeurs,
- s'occuper en vue de se réaliser,
- besoin de se recréer,
- besoin d'apprendre.

Ces surveillances devront être écrites et mises en place de façon régulières. Il faudra veiller à chaque passage que le résident ne manque de rien comme de l'eau, des petites douceurs, un passage au toilette, etc.

*L. Le regard de la famille, ainsi que le ressenti de la personne âgée et du soignant face aux contentions.*

Le regard et le ressenti dans la triade triangulaire sont propres à chacun. En Effet, un ressenti « *est une impression liée à la manière dont on perçoit quelque chose, une situation* »<sup>40</sup>.

Tout être humain est en droit de dire ce qu'il ressent. En l'occurrence, le ressenti de la famille et du soignant peut être négatif au début de la mise en place de la contention. Puis au fil des explications sur l'importance de faire ce soin, le ressenti peut devenir positif.

---

<sup>40</sup>Le ressenti: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ressenti/10910848>

### III.6-Ressenti face à la contention

#### A. Le patient

Dans l'article scientifique « *L'ENCÉPHALE* » venant de SciVerse ScienceDirect, dont le titre est « *Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques* », une étude a été réalisée où les différents ressentis sont analysés ainsi que l'impact sur le patient après la mise sous contention.

Tout d'abord, nous constatons que la contention est mise en place pour des risques auto-agressifs ainsi que de l'agitation. Le vécu de la contention par le patient d'après les soignants serait de l'incompréhension puisque le patient pense avoir une autre alternative et le personnel soignant lui répondent que non, « *c'est la procédure* ». Un sentiment d'impuissance face à celle-ci est également ressenti face à la pathologie.

De plus un sentiment d'anxiété est présent dans le fait où il y a une restriction des mouvements accompagnée d'un sentiment de déshumanisation.

#### B. Le soignant

Toujours dans le même article, le ressenti du soignant face à la mise en place de la contention sur leur patient est analysé.

Un histogramme a été réalisé avec un échantillon de 27 personnes composé de 19 infirmiers et 8 médecins, ayant participé à la mise en place de la contention sur eux-mêmes.

On y retrouve :

- une frustration pour 13 personnes,
- une culpabilité pour 11 personnes,
- de la colère pour 10 personnes,
- de la peur d'être de nouveau contentonné accompagné de tristesse pour 8 personnes,
- un sentiment de satisfaction face à une sécurité présente pour 7 personnes,
- un sentiment d'échec de ne pas avoir trouvé d'alternatives pour 3 personnes.

Parmi cet échantillon, nous pouvons remarquer divers sentiments. Cette expérience va leur permettre d'avoir une autre vision de la contention.

### C. La famille

D'après Serge Vallon ( Docteur en psychologie et psychanalyste) , « *une famille c'est l'ensemble uni que forment les parents et leur enfant* »<sup>41</sup>. « *La famille est un groupe solidaire d'appartenance, composé de ceux qui vont devoir m'aider sans réfléchir ni calculer. On s'y serre les coudes dans une chaîne d'union réciproque.* »<sup>42</sup>

La famille va être le membre principal qui connaît le mieux le résident. Il faudra également bien l'accueillir et la soutenir psychologiquement lors de cette durée de séjour.

Au début de la mise en place de la contention, la famille peut être choquée, en colère.

Il faudra bien expliquer les avantages de la contention, l'intérêt de celle-ci. Et qu'à tout moment, elle peut être enlevée si une évolution est perçue lors des renouvellements de prescription en accord avec l'équipe.

Il faudra également expliquer à la famille que le personnel soignant est là pour l'accompagner, être à l'écoute et répondre à leurs questions. La famille aura besoin d'être rassurée. Chaque famille avance à son rythme dans ce processus d'acceptation. Pour une prise en charge optimale, il faudrait que la famille joue un rôle de médiateur entre le patient et le soignant.

### D.Sentiment

D'après le dictionnaire Larousse, le sentiment est défini comme un « *état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations.* »<sup>43</sup>

Ils existent différents sentiments, ils sont propres à chacun. Ils peuvent être positifs comme négatifs.

#### D.1. Sentiment de malaise

Un sentiment de malaise est défini comme « *une sensation pénible, mal localisée, d'un trouble physiologique. Etat, sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension* »<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup>La famille: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-1-page-154.htm>

<sup>42</sup>La famille: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-1-page-154.htm>

<sup>43</sup>Le sentiment: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138>

<sup>44</sup>Le sentiment de malaise: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malaise/48823>

## D.2. Sentiment d'anxiété

Le sentiment d'anxiété est un sentiment émotionnel qui peut être caractérisé par une tension, un malaise, une terreur ayant des effets néfastes pour la vie de tous les jours. Il peut également aider à augmenter le niveau de concentration et de persévérance en cas de « Défi ».

Les proches peuvent être anxieux pour le malade mais également pour eux même. Ils prennent en compte que leur vie peut être bouleversée par cet événement.

## D.3. Un sentiment d'impuissance

Le sentiment d'impuissance est défini comme « *sentir, à tort ou à raison, que nous ne pouvons rien faire, rien changer autour de nous, ou en nous* ». <sup>45</sup>

Ici, le sentiment peut venir du soignant, du malade et de la famille.

L'infirmière peut avoir ce sentiment puisqu'elle ne trouve pas d'alternatives à la contention. Elle est donc impuissante face à la mise en place de la contention ou l'idée qu'elle ne peut rien faire face à ce risque, à l'agressivité ou la pathologie. Les soignants peuvent également se sentir impuissants de ne pas parvenir à rendre à la famille leur proche guéri.

Pour le patient, un sentiment d'impuissance sur le fait qu'il ne peut rien faire car le risque provient de sa maladie et de la vieillesse.

Et pour la famille un sentiment d'impuissance car en règle générale, la famille veut le bien de son proche, et face à la maladie elle ne peut rien faire.

Globalement, ce sentiment apparaît également face aux diverses pathologies qui sont incurables.

---

<sup>45</sup>Le sentiment d'impuissance: <https://www.franceculture.fr/emissions/la-vie-interieure/le-sentiment-dimpuissance>

#### D.4. Frustration

Elle est définie comme un « *état d'insatisfaction provoqué par le sentiment de n'avoir pu le réaliser* »<sup>46</sup>. Elle renvoie à l'être humain qui attend quelque chose qui ne se passera pas. Selon Freud, «*la frustration trouverait toute son utilité à l'épanouissement de l'individu. Elle serait à l'origine des plaisirs, et susciterait ainsi le désir* ». <sup>47</sup>

Nous comprenons que la frustration pousse la personne à atteindre son but, à toujours aller plus loin positivement.

Dans une thèse dont le sujet est « *La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles* »<sup>48</sup>, une étude a été menée afin de savoir combien de soignants ont le sentiment de frustration. Ce sentiment existe chez 9 psychiatres sur 15 et 27 infirmiers/aides-soignants sur 58.

#### D.5. Agressivité

L'agressivité n'est pas une situation facile à vivre pour l'agressé ou l'agresseur. Elle n'est pas toujours compréhensible, elle peut être personnelle comme environnementale ou pathologique. Si nous connaissons la cause, nous pouvons la désamorcer ou gérer au mieux l'adaptation des soins lors des épisodes agressifs.

#### D.6. Déshumanisation

« *Action de déshumaniser, de faire perdre les caractères spécifiques à la nature de l'homme et à sa condition.* »<sup>49</sup>

Nous pouvons parler de déshumanisation lorsque la personne a l'impression d'être traitée moins qu'un humain par quelqu'un d'autre. Ce sentiment s'exprime lorsqu'on néglige les plaintes d'un patient.

D'après l'article dont le titre est « *Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques* », 8 infirmières sur 20 et 4 médecins sur 9, ont identifié

---

<sup>46</sup>La frustration: <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Frustration>

<sup>47</sup>La frustration; <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Frustration>

<sup>48</sup> La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles:  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02115470/document>

<sup>49</sup>La déshumanisation: <https://www.cnrtl.fr/definition/déshumanisation>

un sentiment de déshumanisation chez les patients sous contention. Le personnel soignant interrogé venait de 4 services d'établissement différents.

D'après une thèse<sup>50</sup> sur la contention physique en psychiatrie, une étude a été menée auprès de 73 soignants ( 58 infirmiers/aides-soignants et 15 psychiatres). Leur expérience dans le service de psychiatrie était de 6 ans et plus. 12 psychiatres ont évoqué la déshumanisation chez leur patient ainsi que 31 soignants (infirmiers et aides-soignants confondus)

De plus, une étude auprès des patients a été menée dans la revue « *Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients.* »<sup>51</sup> Cette étude a été menée auprès de 29 patients de sexe féminin et masculin.

Pour 11 d'entre eux, le sentiment de déshumanisation a été retrouvé.

Pour 8 d'entre eux, le sentiment d'être victime d'irrespect, d'humiliation de la part des soignants a été retrouvé.

Pour réduire ce sentiment, il faut être à l'écoute du patient, entreprendre un climat de confiance ainsi qu'une excellente relation soignant-soigné. Lui expliquer tous les actes ainsi que l'impliquer dans les différents soins.

Nous pouvons en conclure que ces différents sentiments/émotions rentrent en ligne de compte pour le patient, la famille et le soignant. Et pour envisager une bonne prise en charge, il faut une relation soignant-soigné.

---

<sup>50</sup> La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02115470/document>

<sup>51</sup> Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-5-page-393.htm?contenu=article>

### III.7-La relation soignant soigné

#### A. Définition de la relation soignant soigné

D'après son livre, Alexandre Manoukian définit la relation comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires, nous pouvons compléter notre définition par l'énumération d'autres facteurs intervenants dans l'établissement d'une relation :*

- *les facteurs psychologiques : principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication, etc. ;*
- *les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun ;*
- *les facteurs physiques : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique. »*<sup>52</sup>

La relation soignant/soigné intervient dans tout acte, que ce soit dans la communication, les gestes techniques ou encore les soins de confort et de bien-être. Lors de cette relation en continue, il va y avoir un échange d'informations qui sera utile à la prise en soins.

Les différents retours du soignant doivent être pris en compte dans la mesure où il s'agit de la personne qui passe le plus de temps auprès des patients. Il est l'élément clé entre le patient et les différents intervenants.

Et pour finir, avoir une bonne relation soignant-soigné peut permettre de réduire les sentiments vu ci-dessus.

#### B. Climat de confiance

Selon un dictionnaire français, un climat de confiance est défini comme « *un sentiment de sécurité, d'harmonie, existant entre différentes personnes, entre les membres d'une famille, d'un groupe quelconque* »<sup>53</sup>

En effet, différents climats de confiance existent entre chaque protagoniste.

---

<sup>52</sup>Ouvrage, « La relation soignant-soigné » d'Alexandre Manoukian Page 5.

<sup>53</sup>Le climat de confiance: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/climat-de-confiance/>

Tout d'abord, il peut y avoir l'existence d'un climat de confiance entre le soignant et le soigné. Le patient va se sentir rassuré de savoir que la personne a des connaissances sur sa pathologie et d'apercevoir une collaboration dans la prise en soins. Voir le port de la blouse peut également sécuriser le patient et sa famille. Cette dernière va également se sentir rassurée de voir leur proche dans les « mains compétentes »,

De plus, l'EHPAD est devenu le lieu de vie du résident, ce qui renvoie au fait que le personnel soignant soit devenu à présent sa deuxième famille, sur laquelle il peut dès à présent faire confiance. Puis, le soignant voit le patient de façon intime et prolongée. Puis un climat de confiance s'installe entre la famille et le soignant. Il faut pouvoir rassurer la famille sur les soins prodigués au patient. Rassurer les familles sur la place de leur proche dans la vie de l'établissement tout en respectant la place de la famille.

Ce climat de confiance est très important dans le cadre de la relation patient-proche-soignant, comme l'écrit THIBAUT-WANQUET Pascale « *la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres.* ».<sup>54</sup>

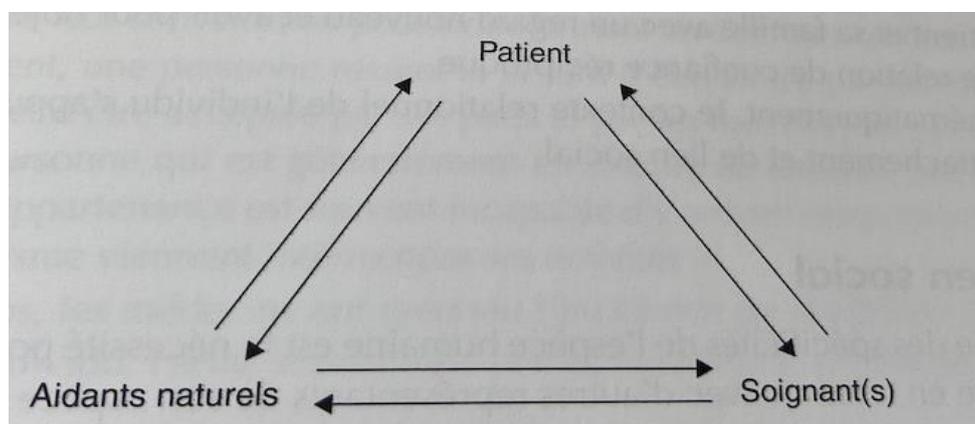


Schéma du livre les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital

### C. Relation d'aide

Carl Rogers, psychothérapeute, psychologue, définit la relation d'aide comme « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie ou chez les deux une appréciation plus grandes des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage*

<sup>54</sup>Ouvrage, « Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital » de Pascale Thibault-Wanquet Page 39

*fonctionnel de ces ressources. »*<sup>55</sup>

Alexandre Manoukian, psychologue, définit lui la relation d'aide comme « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.* »

56

Dans la relation d'aide, on retrouve :

→ l'empathie :

Carl Roger, la définit comme « *percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne.* »<sup>57</sup>

Pour Alexandre Manoukian, « *c'est le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre.* »<sup>58</sup>

Cela signifie que l'on peut comprendre les émotions, les sentiments du patient sans les ressentir de la même manière.

→ la congruence :

elle définit un alignement entre ce que l'on va dire, ce que l'on ressent, notre façon de le dire, notre gestuelle.

→ le regard positif inconditionnel :

« *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit.* »<sup>59</sup>

Dans le milieu professionnel, l'acceptation est indispensable pour une bonne prise en soins.

→ l'écoute active :

il existe 4 étapes : l'écoute, le temps de clarification, d'investigation et de reformulation.

Ces étapes vont permettre de s'assurer que le message a bien été compris.

---

<sup>55</sup>La relation d'aide: <http://psychotherapeute.paris/les-caracteristiques-des-relations-daide/>

<sup>56</sup>Ouvrage, « La relation soignant-soigné » d'Alexandre Manoukian Page 53.

<sup>57</sup>L'empathie: <https://cdn.website-editor.net/66ba69e448e642cfbc9faaa0fd602ccd/files/uploaded/C%2520Rogers%2520-%2520Empathie.pdf>

<sup>58</sup>Ouvrage, « La relation soignant-soigné » d'Alexandre Manoukian Page 55.

<sup>59</sup>Ouvrage, « La relation soignant-soigné » d'Alexandre Manoukian Page 55.

Pour une bonne relation d'aide, il faudra y ajouter le climat de confiance. Cette relation d'aide permet d'aider le patient d'évoluer à son rythme.

La relation d'aide peut également être utile pour la famille qui doit apprendre à vivre avec la maladie, à l'accepter et à voir l'évolution positive de leur proche et non que les aspects négatifs.

Cette relation d'aide existe aussi entre le personnel soignant. Parfois lorsqu'un soignant ne sait pas faire un acte ou lorsqu'il a un doute, il pourra alors se tourner vers son collègue pour que ce dernier lui montre comment faire cet acte. Chaque moment d'entraide permet d'apporter réciproquement des connaissances.

#### *D. L'accompagnement*

Ce concept est défini comme une « *personne qui en accompagne une autre régulièrement* »<sup>60</sup> d'après le dictionnaire Larousse.

C'est un engagement que nous pouvons retrouver dans la relation triangulaire, c'est-à-dire que le soignant va accompagner le patient dans diverses prises en soins ainsi que différents moments de sa vie. Le soignant va également accompagner les proches car ils subissent extérieurement la situation. Puis la famille va accompagner le patient dans ces différentes épreuves car il faudra beaucoup de soutien.

#### *E. La communication*

La communication « *est l'action de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un* »<sup>61</sup>.

Le message doit être transmis par un émetteur et réceptionner par le récepteur qui pourra l'analyser. L'efficacité d'une bonne réception et d'une bonne analyse du message sont les objectifs principaux d'une excellente communication.

Pour avoir une bonne analyse du message, au niveau du récepteur, il faut employer du vocabulaire adapté, avoir son attention, éviter les obstacles liés au contexte environnemental comme des bruits (musique ou télévision) et s'assurer que le message a

---

<sup>60</sup>L'accompagnement: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnant/10910263>

<sup>61</sup>La communication: <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Communication.htm>

été compris par une reformulation par exemple.

Dans ma situation, le mode de communication est la parole. Le ton de la voix ainsi que l'intonation utilisés sont des critères d'analyse sur le type de message transmis. Ce qui permet également de voir l'émotion se trouvant derrière le message.

Par ailleurs, il existe aussi la communication non verbale à l'aide de signaux visibles émis consciemment ou non. Comme le sourire, le regard, l'expression du visage (couleur, froncer les sourcils), la position des bras et des mains.

D'après une étude de 1967, d'Albert Mehrabian, psychologue, la communication se fait :

- « 7% de la communication est verbale par la signification des mots.
- 38% de la communication est vocale (intonation et son de la voix).
- 55% de la communication est visuelle (expression du visage et du langage corporel). »<sup>62</sup>

#### *F. La Relation triangulaire avec la famille*

Dans une relation triangulaire, les acteurs sont en relation les uns avec les autres. Il s'agit d'une association de trois acteurs qui sont le patient, la famille et le personnel soignant.

Aujourd'hui, nous constatons que la famille est très présente lors de la prise en soins du patient. Jusqu'à présent, je n'ai vu aucune personne hospitalisée sans l'un de ses proches. De plus, j'ai pu lire que « *la philosophie du soin doit intégrer et mettre en relation trois partenaires absolument indispensables :*

- *le patient au cœur des préoccupations, respecté dans son rythme, son intimité, son histoire, son identité, ce qui implique une approche globale et personnalisée ;*
- *la famille, partenaire indispensable, acteur de la continuité affective, collaborateur essentiel pour négocier et définir un mode de prise en charge, un contrat de soins ;*
- *les soignants détenteurs d'un savoir, de compétences et d'un savoir-être spécifiques »*<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup>Étude de 1967 d'Albert Mehrabian: <https://www.podcastscience.fm/dossiers/2012/12/12/7-de-la-communication-est-verbale-38-vocale-55-visuelle-info-ou-intox/>

<sup>63</sup>Ouvrage, « Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital » de Pascale Thibaut-Wanquet Page40

### *G. Les Formations*

Afin de mener à bien les différents soins, des formations peuvent être proposées aux soignants pour qu'ils puissent enrichir leurs compétences. Comme par exemple, une formation sur la contention afin de comprendre les limitations de mouvements et les appliquer en toute sécurité. Pour le soignant, cela va permettre d'exposer son ressenti positif ou négatif lors d'une discussion commune.

Il existe aussi des formations sur la maladie d'Alzheimer, sur la relation d'aide, le climat de confiance et la communication afin d'optimiser les caractéristiques qui englobent la relation soignant-soigné.

Effectuer ces différentes formations pourront aider davantage le soignant à accompagner la famille et le malade.

Il pourra répondre ainsi avec plus de précision aux diverses questions. En outre, des groupes de parole sont mis en place pour les aidants naturels.

Dans ce cadre théorique constitué de deux parties, cadre contextuel et conceptuel, j'ai pu y développer de nombreuses connaissances.

Dans la première sous-partie du cadre contextuel, j'ai accentué mes recherches sur l'infirmière en y définissant son rôle propre, en collaboration et sur prescription ainsi que ses compétences.

Dans la seconde sous-partie, j'aborde la personne âgée qui représente plus d'un quart de la population en France. J'ai pu remarquer que l'âge de vieillissement de la personne âgée dépend de l'interprétation de l'individu. En fonction de cet âge et de l'évolution du processus de vieillissement de la personne, des changements physiques accentués par un manque d'autonomie peuvent être favorisés par une découverte d'une pathologie.

Dans ma troisième sous-partie, j'évoque une pathologie en particulier, tout d'abord car c'est une maladie que j'ai pu rencontrer souvent lors de mes stages mais qui est la pathologie évoquée dans ma situation d'appel.

La maladie d'Alzheimer est une maladie connue. Différents plans ont été mis en place.

En 2020, elle touche 3 millions de personnes. Elle va être décelée à l'aide de différents symptômes comme une perte progressive de la mémoire et cognitive qui vont évoluer avec le temps. L'évolution de cette pathologie est propre à chacun. Ces différentes personnes vont pouvoir être aidées suite à leur perte d'autonomie par un aidant, un proche, des organismes ou bien dans un EHPAD.

L'EHPAD est le sujet évoqué dans la quatrième sous-partie. L'importance de placer la personne âgée que cela soit pour aider l'aidant à reprendre une vie normale mais également pour le résident pour que celui-ci soit continuellement en sécurité.

Ensuite, j'ai décidé d'évoquer la contention, car c'est un moyen pour limiter les capacités de mobilisation que l'on retrouve en EHPAD. J'ai pu également remarquer que la contention était utilisée dans différents établissements avec une autre typologie de patient. Cette contention est réglementée. Elle doit être mise en place dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté pour lui ou autrui.

Dans la seconde partie, j'aborde le cadre conceptuel. Dans cette partie, j'ai développé les différents ressentis du patient, de la famille et du soignant face à la contention. Pour le patient, j'ai découvert des sentiments qui m'ont marqué comme un sentiment de déshumanisation et/ou d'impuissance par le fait du manque de compréhension du port de la contention dû à la vieillesse et sa pathologie. Il y a également le sentiment d'impuissance pour le soignant et la famille. Suite à ces différents sentiments évoqués dans ce cadre, j'ai trouvé important de développer la relation soignant-soigné-famille qui pourraient réduire ces sentiments grâce au climat de confiance dans cette relation triangulaire

Toutes mes recherches m'ont permis d'enrichir ce sujet. Afin de les approfondir, je me suis rendue sur le terrain afin de savoir comme la contention est vécue par les différents acteurs.

## IV/Cadre Empirique

A partir des diverses recherches, en lien avec ma situation d'appel et mon sujet, j'analyse mes enquêtes afin de répondre à mes hypothèses découlant de la problématique suivante.

### *1.Problématique :*

« La mise sous contention physique de la personne soignée engendre un sentiment néfaste dans la relation soignant soigné »

### *2.Hypothèses :*

Hypothèse 1 :

→ il semblerait que la mise sous contention physique d'un patient ait un impact dans l'instauration du climat de confiance.

Hypothèse 2 :

→ il semblerait que les moyens de contention physique mis au patient entraîneraient une déshumanisation dans la prise en soins par le soignant.

Hypothèse 3 :

→ il semblerait que le soignant se sente impuissant face à la prescription d'une contention physique.

### *3.L'enquête*

#### *3.1. Le choix de la méthode*

Pour répondre à mes différentes hypothèses, j'ai entrepris des entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé.

Ces entretiens vont me permettre de poser des questions ouvertes interrogatives pour avoir en retour des informations et explications suite à ma grille d'entretien préalablement écrite et validée sur mon sujet.

Les questions ouvertes vont également me permettre d'avoir des retours sur leurs expériences, sur leurs ressentis et leurs représentations sur le sujet étudié.

De plus, je pourrais reformuler ma question si la personne n'a pas compris et/ou également faire émerger des idées auxquelles je n'avais pas pensé.

Ma demande d'effectuer ces entretiens se feront en présentiel dans l'établissement choisi ou par appel téléphonique au vu de la situation épidémique.

Ces entretiens seront ensuite retranscrits à l'écrit, un à un de façon anonyme afin de les analyser.

### *3.2. Lieux et population ciblée*

Pour répondre à mes différentes hypothèses, le choix de la population s'est porté sur des infirmier(e)s ayant des niveaux d'expériences différentes allant de débutante (jeune diplômée) à performante (3 à 5 ans d'expériences) ayant déjà eu recours à la prise en charge de patient avec une contention.

Les entretiens semi-directifs, au nombre de 8 vont me permettre d'avoir des échanges variés et enrichissants puisqu'ils vont être réalisés dans différents établissements et services comme l'EHPAD, la psychiatrie, le service de gériatrie et la réanimation en hôpital.

### *3.3. Limites de la méthode*

Lors des entretiens présentiels, j'ai pu constater quelques limites comme :

- un sentiment d'être jugé sur le fait d'enregistrer la conversation,
- être coupé à plusieurs reprises par d'autres intervenants, par le téléphone qui sonne, être dans un endroit trop bruyant,
- être neutre lorsque la personne hésite afin de ne pas orienter ses réponses,
- changer à plusieurs reprises la date du rendez-vous initial,
- au vu de la situation sanitaire, par le manque de temps des différents professionnels à ma portée.

J'ai contacté des infirmières en France via les réseaux sociaux, et les entretiens se sont déroulés par un appel téléphonique, ce qui m'empêchait de voir si je captais l'attention à 100% de mon interlocuteur.

La réponse favorable à mes entretiens allait plus vite via les réseaux sociaux, ce qui m'a permis d'entreprendre de suite la retranscription au vue de mon grand nombre de questions.

#### 4. La grille d'entretien

1- Quelle est la date de votre diplôme ?

Quel est votre parcours professionnel ?

2- Depuis quand êtes-vous dans ce service ?

Quelles ont été vos motivations pour y travailler ?

Objectifs: avoir des connaissances sur le soignant et confronter la notion d'expérience.

3- Pouvez-vous me définir les termes suivants :

→ débutante/experte.

Où vous situez vous ?

→ Les compétences de l'infirmière.

→ Relation d'aide.

→ Relation soignant/soigné.

→ Climat de confiance.

→ Relation triangulaire.

→ La contention.

→ Sentiment de déshumanisation.

→ Sentiment d'impuissance.

Objectifs: savoir les connaissances face à ses thèmes.

4- Avez-vous souvent recours à la contention ?

Si oui, Quels types de contention et dans quelles situations ?

Si non, pourquoi vous n'avez jamais recours (*Exemples : vous préférez déléguer, avez-vous jamais eu besoin de la mettre à un patient..*).

La mise sous contention est-elle protocolée et par qui ?

La prescription médicale est renouvelée ? Si oui tous les combien de temps ?

Objectifs: identifier si la personne utilise la contention et quelle est la réglementation dans l'établissement qu'elle suit.

**5-** Avez-vous connaissance de la législation face à la contention ?

*Exemples : utilisée en dernier recours. Des objectifs doivent être mis en place.*

*Rechercher le consentement auprès du patient ou de la famille au cas où le patient ne pourrait plus décider de lui-même.*

Objectifs : évaluer les connaissances législatives du soignant face à la contention.

**6-** Connaissez-vous les risques/conséquences de la contention ?

*Exemples : syndrome d'immobilisation (escarre, perte de la capacité fonctionnelle), urologique (incontinence urinaire/fécale), locomoteur ( diminution ou perte totale de mobilité entraînant une réduction de la masse musculaire, soit une perte d'autonomie), physiologique ( Perte de l'appétit, déshydratation), psychique ( Perte d'estime de soi, isolement, agitation..).*

Objectifs : Evaluer les connaissances des soignants.

**7-** Avez-vous dans le service des alternatives à la contention physique ?

*Exemples : risque de chute : mettre le lit au plus bas.*

Objectifs: apprécier la mise en place des alternatives avant de mettre en place la contention.

**8-** Avez-vous des difficultés à mettre un patient sous contention? Lesquelles ?

*Exemples : Mal-être, peur, agressivité.*

Objectifs: Connaître la sensibilité propre.

**9-** Quelles sont vos représentations face à la contention ?

*Exemples : emprisonner le patient, le priver de ses mouvements, l'aider pour sa sécurité.*

Objectifs : connaître le point de vue du soignant sur les représentations de la contention.

**10-** Quel est votre ressenti face à la contention ?

*Exemples : culpabilité, frustration, colère, satisfaction, anxiété.*

Objectifs : connaître le ressenti du soignant.

**11-** Sur le plan éthique, quel est votre ressenti face à la contention ?

*Exemples : bienveillance et maltraitance, les définir.*

Objectifs : connaître le point de vue du soignant sur le plan éthique.

**12-** Comment les patients réagissent face à la contention ?

*Exemples : crie, agitation, refus, fatigue (se battre contre la contention)*

Quel est le ressenti du patient face à la contention ?

*Exemples : sentiment de déshumanisation, sentiment d'anxiété, incompréhension.*

Comment la famille réagit elle face à la contention ?

*Exemples : colère, choqué, elle est d'accord avec l'équipe médicale.*

Est-ce que la famille est prévenue lors de la mise en place d'une contention ?

Objectifs : connaître le point de vue du patient ainsi que de son entourage (transmis par le soignant.)

**13-** Comment mettez-vous en place une relation soignant-soigné avec tout patient ?

*Exemples : climat de confiance, respect des facteurs sociaux/psychologiques/physiques, relation d'aide, l'accompagnement, la communication.*

Objectifs : définir les diverses techniques mises en place pour permettre une bonne relation soignant-soigné.

**14-** Une relation soignant-soigné peut-elle être altérée face à un patient sous contention ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

*Objectifs : connaître le point de vue du soignant sur la relation soignant-soigné face à un patient sous contention.*

**15-** Est-ce que la mise sous contention d'un patient peut altérer le climat de confiance ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

*Exemple : Le patient ne se sent plus en sécurité.*

*Objectifs : connaître le point de vue du soignant sur le climat de confiance.*

**16-** Face à une contention, avez-vous une certaine frustration et/ou impuissance ?

Je vais vous citer des sentiments néfastes face à la contention, pouvez-vous me les classer par ordre d'importance selon-vous ?

- Sentiment de frustration.
- Sentiment d'impuissance.
- Sentiment d'échec
- Sentiment de satisfaction (Rassuré).
- Aucun ressentiment.

*Objectifs : connaître le ressenti propre à chaque soignant.*

**17-** Avez-vous bénéficié pendant vos études ou en formation continue d'interventions, d'informations sur les différentes contentions et/ou la relation d'aide, climat de confiance, la bientraitance et maltraitance ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

*Objectifs : savoir la participation à des formations lors du parcours professionnel.*

## 5. Analyse des entretiens.

Suite aux entretiens passés avec les 8 infirmières ayant une expérience différente et exerçants dans des domaines divers, je vais analyser les réponses des entrevues afin de répondre à mes hypothèses.

Les questions de l'entretien étant basées à partir du tableau variables, critères et indicateurs (annexe IV), l'analyse va être portée sur une analyse qualitative et comparatif. Le choix de ne pas faire l'analyse quantitative étant présente au vu du nombre insuffisant d'entretiens.

### 5.1 Expérience

Suite à mon invitation à répondre à mes entretiens infirmiers, j'ai eu des réponses favorables à mes demandes que cela soit en présentiel ou par appel téléphonique.

L'expérience professionnelle de chacune étant diversifiée, cela va me permettre d'analyser leurs réponses en fonction de leurs parcours.

Tableau montrant l'année d'obtention du diplôme ainsi que le nombre d'année dont l'infirmier exerce dans le service actuel.

Infirmière	Année d'obtention du diplôme	La typologie du service actuel	Depuis quand la personne exerce dans le service.
IDE 1	Décembre 2020 ( 5 mois )	EHPAD	Décembre 2020 ( 5 mois)
IDE 2	Juillet 2014 ( 6 ans et 10 mois)	EHPAD	3 ans
IDE 3	Novembre 2019 ( 1 an et 5 mois)	Médecine gériatrie	Novembre 2019 ( 1 an et 5 mois)
IDE 4	2010. ( 11 ans)	Médecine gériatrie	5 ans
IDE 5	Juillet 2019 ( 1 an et 10 mois)	Psychiatrie	Décembre 2019 ( 1 an et 5 mois)
IDE 6	Juillet 2016 ( 4 ans et 10 mois)	Psychiatrie	Novembre 2017 ( 3 ans et 6 mois)
IDE 7	Juillet 2020 ( 10 mois)	Réanimation	Janvier 2021 ( 4 mois)
IDE 8	2016	Réanimation	4ans

#### Légende :

 = Infirmière débutante

 = Infirmière performante

J'ai fait le choix parmi les réponses favorables de prendre des infirmières dites « débutante », donc faisant référence à une jeune diplômée. Elle rentre dans le monde du travail en s'appuyant sur les multiples situations qu'elle a pu observer en stage, ce que son tuteur a pu lui apprendre ainsi que d'utiliser les différents matériaux et protocoles en suivant l'indication écrite.

Puis, ma demande portait également sur des infirmières expertes (avec une expérience de plus de 15 ans, elles savent comprendre et résoudre les problèmes des situations sans hypothèses). Malheureusement, je n'ai pas eu de réponse dû à la crise sanitaire.

J'ai donc choisi de prendre des infirmières performantes soit ayant au minimum 3-5 ans d'expérience, qui ont acquis de l'expérience suite à la maîtrise de différentes situations sur le terrain. Elles savent prévoir et optimiser la prise en charge du patient tout en gardant des hypothèses.

Je rappelle que les stades sont :

- novice,
- débutante,
- compétente,
- performante,
- experte.

Nous pouvons voir sur le tableau que nous avons 4 infirmières débutantes, souligné en vert et 4 infirmières performantes, souligné en orange.

Nous pouvons voir un nombre équitable entre les deux types d'expériences afin de faire l'analyse comparative.

Nous constatons que 4 infirmières débutantes (IDE n°1/3/5/7), jeunes diplômés et dans leurs services depuis moins de 2 ans, ont choisi ce service pour les raisons suivantes :

Infirmière /Service	Les motivations pour travailler dans le service
IDE 1/EHPAD	<i>« le relationnel. Comme j'ai effectué mon stage pré-pro dans cet établissement, je connaissais les pathologies des résidents. J'avais été réquisitionné au début du Covid et je voulais revenir ici. Je connaissais déjà les résidents, j'étais déjà à l'aise avec eux, je connaissais la structure. »</i>
IDE 3/Médecine gériatrie	<i>« Je suis restée dans le service après mon dernier stage » « C'était mon projet professionnel en médecine gériatrie. »</i>

IDE 5/Psychiatrie	<i>« j'ai toujours voulu travailler en psychiatrie. On peut allier soins techniques et soins relationnels »</i>
IDE 7/Réanimation	<i>« il s'agit d'un service très dynamique et technique »</i>

Et des infirmières performantes (IDE n°2/4/6/8). Elles ont au minimum 3 ans d'expériences dans leurs services respectifs, et ont choisi ce service pour les raisons suivantes :

Infirmière /Service	Les motivations pour travailler dans ce service
IDE 2/EHPAD	<i>« Dans ma région d'origine, je travaillais dans un Ehpad. »</i>
IDE 4/Médecine gériatrie	<i>« La soif d'évolution »</i>
IDE 6/Psychiatrie	<i>« Déjà au cours ma scolarité, j'avais eu la possibilité d'y travailler. » « ils m'ont proposé d'intégrer le service dans lequel je suis actuellement. J'ai accepté aussitôt car le stage m'avait beaucoup plu. »</i>
IDE 8/Réanimation	<i>« ce n'est pas un service monotone et la prise en charge du patient et globale. »</i>

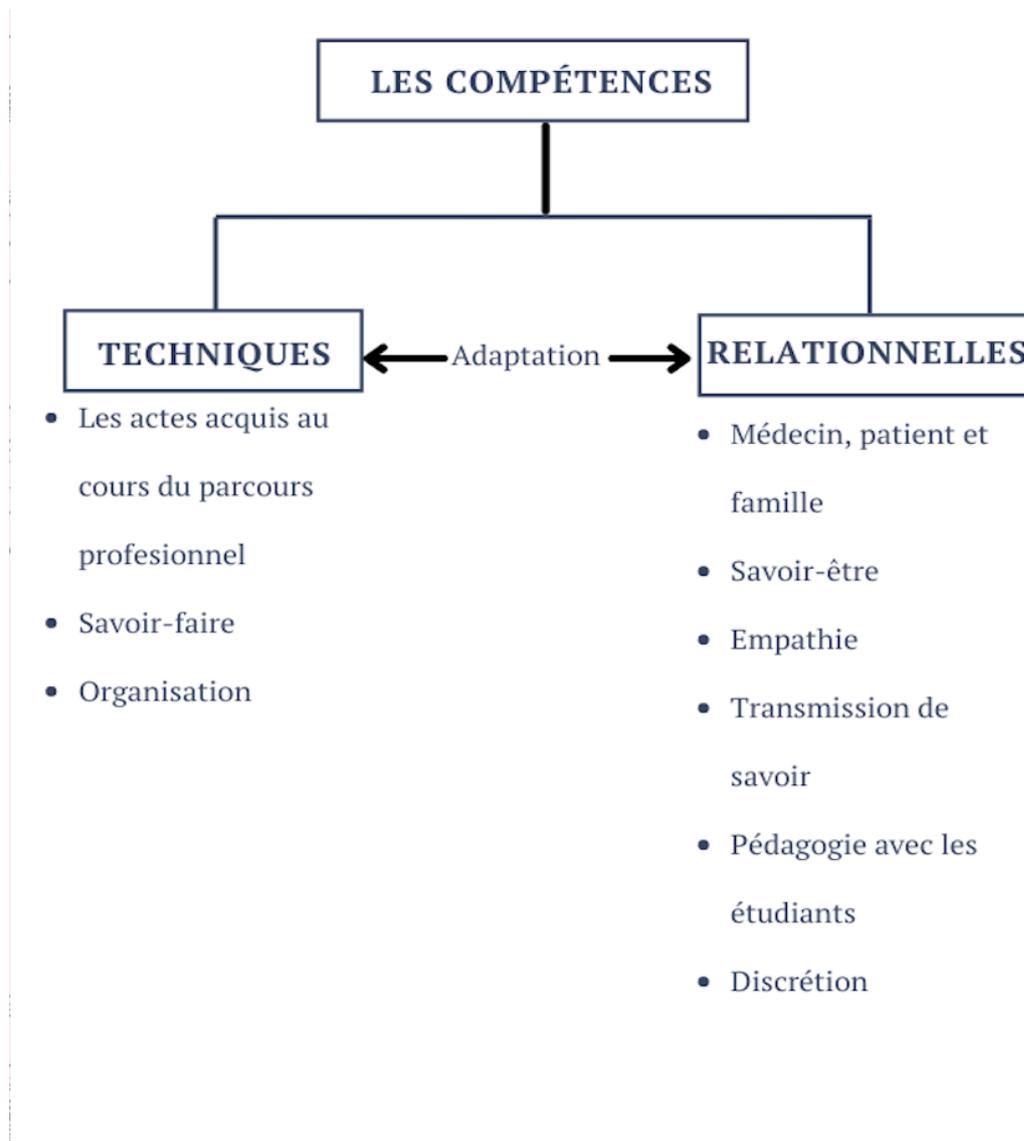
Afin de mieux connaître les infirmières, je leur ai posé une question sur les compétences d'une infirmière.

En effet, une infirmière doit acquérir 10 compétences au cours de ses 3 ans d'études et ensuite les perfectionner au long de sa carrière professionnelle quel que soit l'établissement de santé.

1. *« Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier*
2. *Concevoir et conduire un projet de soins infirmier*
3. *Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens*
4. *Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique*
5. *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*
6. *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*
7. *Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle*
8. *Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques*
9. *Organiser et coordonner des interventions soignantes*
10. *Informier et former des professionnels et des personnes en formation »*<sup>64</sup>

<sup>64</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf) pages 266-274.

A partir des termes nommés dans la conversation, j'ai réalisé un schéma afin de les distinguer en deux parties.



Nous avons une partie technicité et une autre relationnelle. J'ai choisi de mettre le mot adaptation au centre, puisque l'adaptation de l'infirmière doit avoir lieu dans plusieurs circonstances.

On peut donc remarquer des termes similaires aux 10 compétences retrouvés dans le cadre théorique.

## 5.2 Contentions

Ensuite, j'ai décidé de partir sur des questions évoquant comme sujet principal la contention. Les infirmières ayant eu toutes recourent à la contention, depuis leurs débuts de parcours de professionnel.

Cela va permettre de savoir leurs connaissances sur ce sujet. Tel que la définition pour commencer.

La définition selon l'ARS étant « *« Le terme contention recouvre tous les moyens mis en œuvre pour limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou pour limiter la libre circulation des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté »* »<sup>65</sup>

Je vais donc faire une comparaison entre la définition de l'ARS et du soignant, que nous retrouvons ci-dessous dans ce tableau.

Les mots de couleur sont les mots analogues à la définition initial ci-dessus.

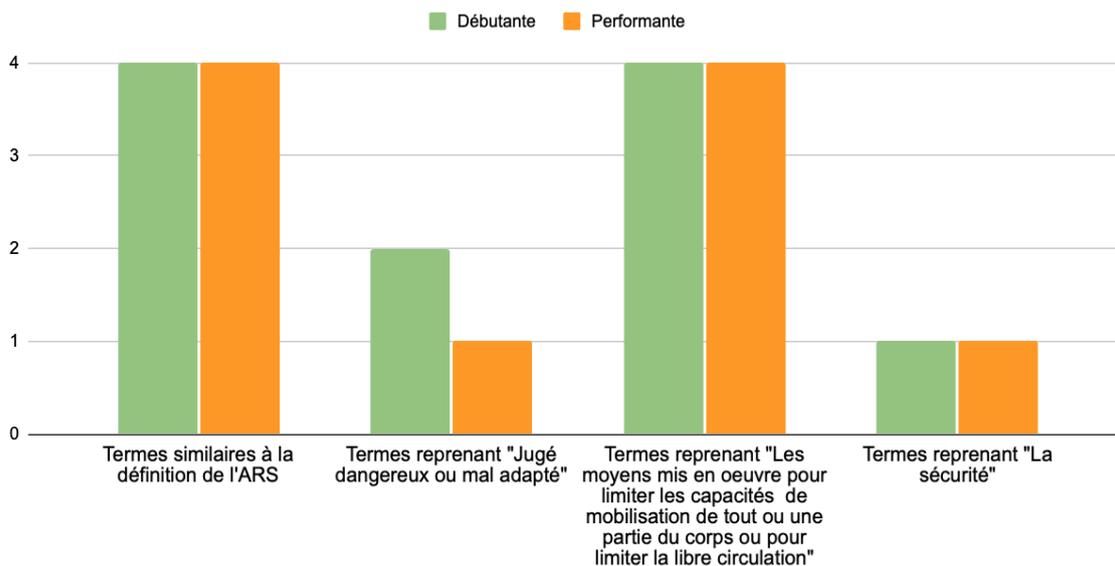
Infirmière	Définition de la contention d'après le soignant.
IDE 1	« C'est mettre en <i>sécurité</i> un résident <i>par une ceinture</i> » « Pour éviter qu'une personne fasse une chute, qu'elle se mette en <i>danger</i> »
IDE 2	« Ce sont tous <i>les moyens comme la ceinture ou les barrières de lit</i> pour qu'un résident évite de se mettre en <i>danger</i> . »
IDE 3	« <i>Mettre en place des dispositifs</i> pour éviter que le patient ne se mette en <i>danger</i> »
IDE 4	« <i>Une privation de liberté</i> » « <i>Elle peut être soit chimique, soit physique</i> »
IDE 5	« <i>C'est un moyen pour contenir</i> » « <i>Ils existent différents types de contentions</i> » « <i>Contention chimique</i> » « <i>Contention physique</i> »
IDE 6	« <i>Moyen mis en place pour immobiliser une personne</i> » « <i>Il existe plusieurs types de contention</i> » « <i>Contention physique</i> » « <i>Contention chimique</i> »
IDE 7	« <i>C'est priver de liberté de mouvement une personne</i> »
IDE 8	« <i>C'est contraindre le patient à être en sécurité</i> » « <i>Il existe différentes contentions</i> » « <i>Contention physique et médicamenteuse</i> »

<sup>65</sup>La contention selon l'ARS: [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5\\_Contention\\_22dia\\_16.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5_Contention_22dia_16.pdf)

À l'aide de la retranscription des entretiens, nous pouvons apercevoir que toutes les infirmières ont employé des termes similaires à la définition sur la contention.

Ceci est confirmé visuellement par le graphique.

**Graphique en colonne classant le nombre d'infirmière débutante et performante en fonction des termes évoqués**



À l'aide de ce graphique, nous pouvons observer qu'au moins 1 des 3 termes principaux ci-dessous sont repris par toutes les infirmières qu'elles soient débutantes ou performantes.

Le terme principal relevé pour la majorité des infirmières est celui reprenant « Les moyens mis en œuvre... », avec des exemples cités pour quelques une des infirmières, alors qu'ils n'étaient pas forcément demandés. On y compte l'infirmière N°1,2,4,5,6,8 donnant comme exemple la contention physique et chimique.

Puis, nous voyons qu'une infirmière performante (IDE 2) ainsi que deux infirmières débutantes expriment le terme du danger ( IDE 1 et 3).

Et, une infirmière débutante (IDE 1) et une infirmière performante (IDE 8) abordent la sécurité.

Nous pouvons donc remarquer que seul l'infirmière débutante N°1 avec un diplôme datant de décembre 2020 évoque les 3 termes principaux de la définition soulignée en couleur dans la définition principale.

La question suivante porte sur les types de contentions utilisés dont ceux de la contention physique étant donné que celui-ci représente mon sujet principal. Ainsi que la situation dans laquelle l'infirmière va mettre en place la contention.

J'associe à cette question, le renouvellement de la prescription puisqu'elle doit être prescrite.

Infirmière Service	Types de contention utilisés	Situations	Protocolee ? par qui ?	Renouvellement prescription
IDE 1 EHPAD	La ceinture : contention physique	Le risque de chute	Oui Le médecin	Renouvellement tous les mois
IDE 2 EHPAD	Ceinture de contention et barrière : contention physique	Le risque de chute et les barrières sont parfois mise pour le résident : sentiment de sécurité	Oui Le médecin	Renouvellement tous les 3 mois ou 6 mois.
IDE 3 Médecine gériatrie	Contention fauteuil/Poignée et combinaison : contention physique	Le risque de chute Le risque d'enlever les administrations thérapeutiques	Oui Le médecin.	Réévaluation par l'infirmière à chaque passage en chambre qui en fait part au médecin.
IDE 4 Médecine gériatrie	Ceintures abdominales, pelviennes : contention physique  Injection de neuroleptique : contention chimique	Le risque de chute.  Personnes agressives	Oui. Le médecin	Tous les 28 jours.
IDE 5 Psychiatrie	Contention physique	Personnes agressives  Le risque d'enlever les administrations thérapeutiques	Oui. Le médecin	Toutes les 6 heures.
IDE 6 Psychiatrie	Contention physique	Personnes agressives et violentes	Le médecin	Tous les 7 jours.
IDE 7 Réanimation	Ventral et poignets : contention	Risque de chute  Personne agité	Le médecin	Réévaluation par l'infirmière qui en fait part au

	physique			tour du médecin quotidiennement.
IDE 8	Contention physique	États d'agitation physique	Non. Le médecin	Tous les jours, au tour du médecin.
Réanimation	Contention chimique	États d'agitation respiratoire		

Globalement, nous pouvons percevoir que toutes les infirmières utilisent principalement la contention physique et que les situations citées sont plus ou moins ressemblantes quelque soit la typologie du service.

Nous retrouvons le risque de chute, le risque d'enlever les administrations thérapeutiques et les états de violences.

De plus, suite à mes recherches dans mon cadre théorique, j'ai pu relever les raisons dans laquelle la contention va être mise en place.

Nous retrouvons des situations similaires entre ceux que j'ai trouvé dans mes lectures et ceux données par les infirmières.

En aucun cas, elles sont utilisées pour certaines raisons contre-indiqué par l'HAS comme :

«

- *Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination*
- *En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel, organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels*
- *État clinique nécessitant pas une contention*
- *Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave. »*<sup>66</sup>

<sup>66</sup>Isolement et contention en psychiatrie général selon l'HAS: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale)

Ensuite, pour les 8 infirmières interrogées, c'est le médecin qui fait une prescription médicale, mais j'ai pu m'apercevoir que pour l'infirmière 8, cette prescription n'est pas initialement prescrite à l'écrit sachant qu'il n'y a pas de protocole dans le service.

	Prescription :
IDE 8	« à l'oral dans un premier temps. Au cours de la journée, la prescription est écrite »

L'HAS a établi 10 critères pour la mise en place de la contention.

«

- Critère 1 : La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.
- Critère 2 : La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

[...]

- Critère 9 : Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.
- Critère 10 : La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures. »<sup>67</sup>

Dans le critère 1 nous retrouvons la prescription médicale qui est un acte médical ; elle doit être qualitative, quantitative, signée, datée. Elle doit être précise et compréhensible par tout le monde.

Elle peut être manuscrite ou informatisée.

Critères 9 et 10 : la durée de la contention sera inscrite sur la prescription et devra être renouvelée toutes les 24H, où une évaluation du patient sera réalisée, afin de savoir si la contention a été bénéfique ou non.

---

<sup>67</sup> Limiter les risques de contention physique de la personne âgée: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

L'infirmier appliquera ensuite la prescription médicale, selon l'article R4311-7 du Code de la santé publique

*« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale [...], sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin [...] »<sup>68</sup>*

Ce qui est bien appliquée par les infirmières, puisqu'il y a la mise en place de protocole sur lequel se trouve l'explication du descriptif à suivre dans le service et/ou établissement ou par le biais de la prescription médicale.

En outre, selon la législation vu ci-dessus, l'infirmière 8 fait un acte qui n'est pas accompagné sur le moment de la prescription écrite, ni couverte par un protocole.

Mais au vu des risques encourus, elle met en place la contention dans l'attente d'avoir la prescription médicale pour la sécurité du patient.

En l'occurrence, le temps que la prescription médicale n'est pas écrite, l'infirmière peut encourir des poursuites pénales si le patient ou sa famille se retourne contre elle, lors d'une erreur ou de complications.

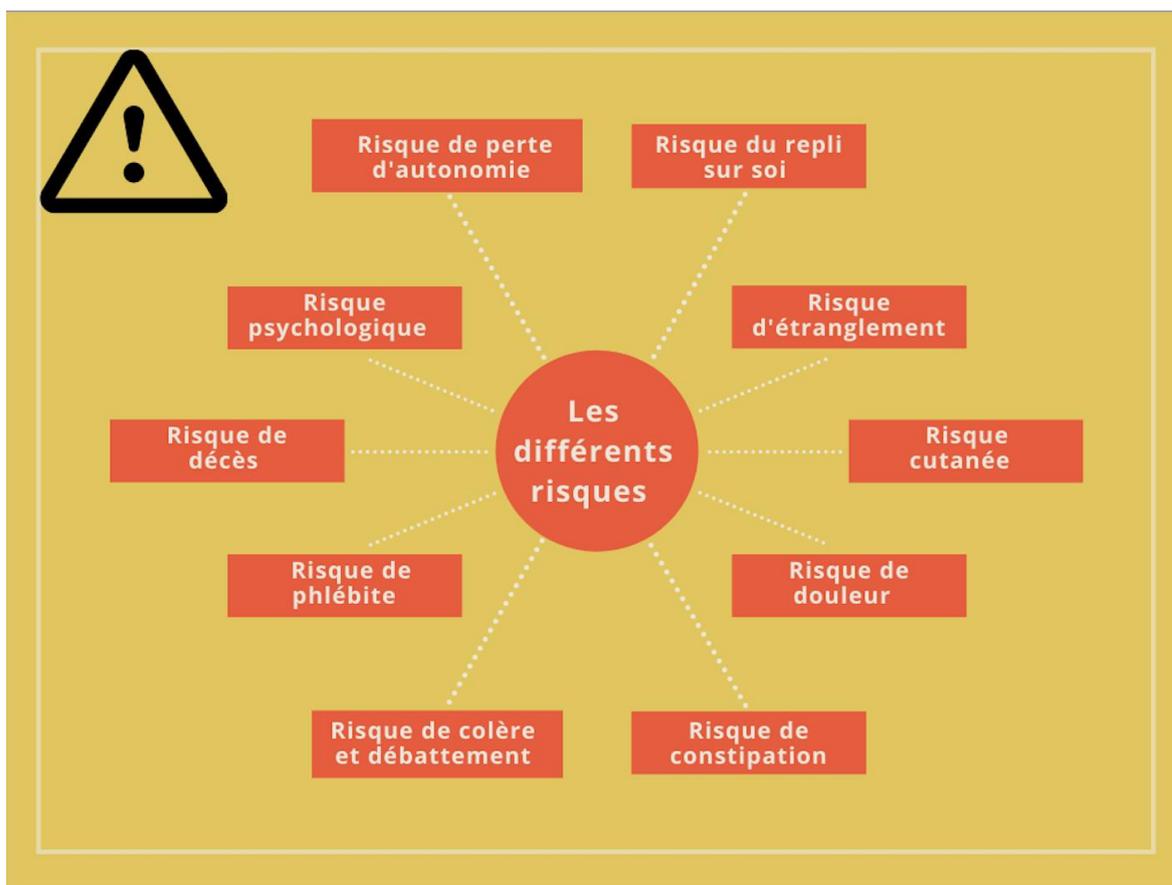
Puis nous pouvons voir que le renouvellement de la prescription, en terme de temps est très différent en fonction des structures.

Elle va dépendre des protocoles établis et de la durée de la contention inscrite sur la prescription médicale.

Malgré des renouvellements de prescriptions différentes entre les structures, toutes les infirmières font une surveillance du patient à plusieurs reprises dans la journée, afin de veiller à ce que le patient ne manque de rien, que la contention soit bien mise en place car elles sont conscientes que des risques allant jusqu'au décès peuvent arriver sous contention.

---

<sup>68</sup>Article R4311-7 du Code de la santé publique [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038925636/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038925636/)



Carte cognitive représentant les risques évoqués par les soignants, pouvant être engendrer sur le patient par la contention.

Parmi les nombreux risques qui existent, voici ceux évoqués plus en détail par les soignants.

Les risques physiques :

une perte d'autonomie, devenir grabataire, avoir des douleurs, des échauffements, des rougeurs, des plaies, des hématomes, des œdèmes, des escarres, des phlébites et une constipation.

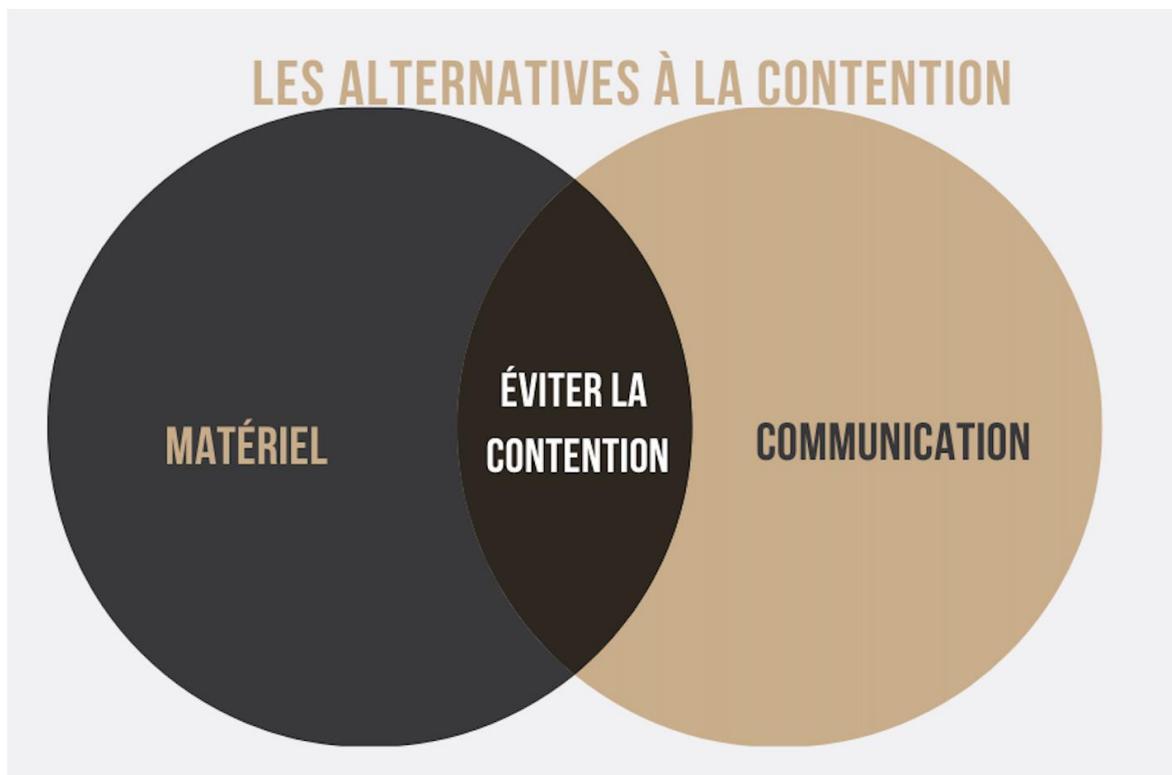
Et le risque d'étranglement évoqué par l'infirmière n°1 « *Dans le fauteuil coquille, si on met la contention et que le fauteuil est trop droit, la personne peut glisser en dessous et avoir la contention au niveau du cou. Il y un risque d'étranglement* »

Les risques psychologiques :

un repli sur soi, de la colère, syndrome de glissement, sentiment d'échec, le sentiment d'être maltraité, sentiment de déshumanisation, sentiment d'impuissance.

Afin de pallier à la mise sous contention, je me suis intéressée sur la pratique des soignants à mettre en place des alternatives avant de mettre en derniers recours la contention.

Les 2 alternatives revenues à maintes reprises sont les deux ci-dessous.



Pour le côté matériel, nous avons :

pour le risque de chute, on favorise l'installation de barrières (également sous prescription médicale) accompagnées de protèges barrières, et/ou la mise en place d'un tapis de sol. De plus, il va y avoir l'intervention de matériel médical avec du personnel soignant comme le kinésithérapeute avec l'aide à la marche, en adaptant une chaussure, un meilleur éclairage...

Pour l'infirmière n°6, il y aura la mise en place d'un matériel manuel ; « *pour certaines personnes, on leur propose des activités comme du coloriage ou d'aller s'apaiser à l'extérieur dans un parc. On essaie de dévier et d'amener un patient à une activité avant d'appliquer une contention.* »

Pour le côté communication, nous avons :

la négociation comme par exemple avec l'infirmière n°3 : « *On tente de négocier avec le patient. C'est un peu de l'infantilisation ce que je vais dire mais on essaye de faire comme avec les enfants, de les prévenir de ce qui va se passer si jamais il ne reste*

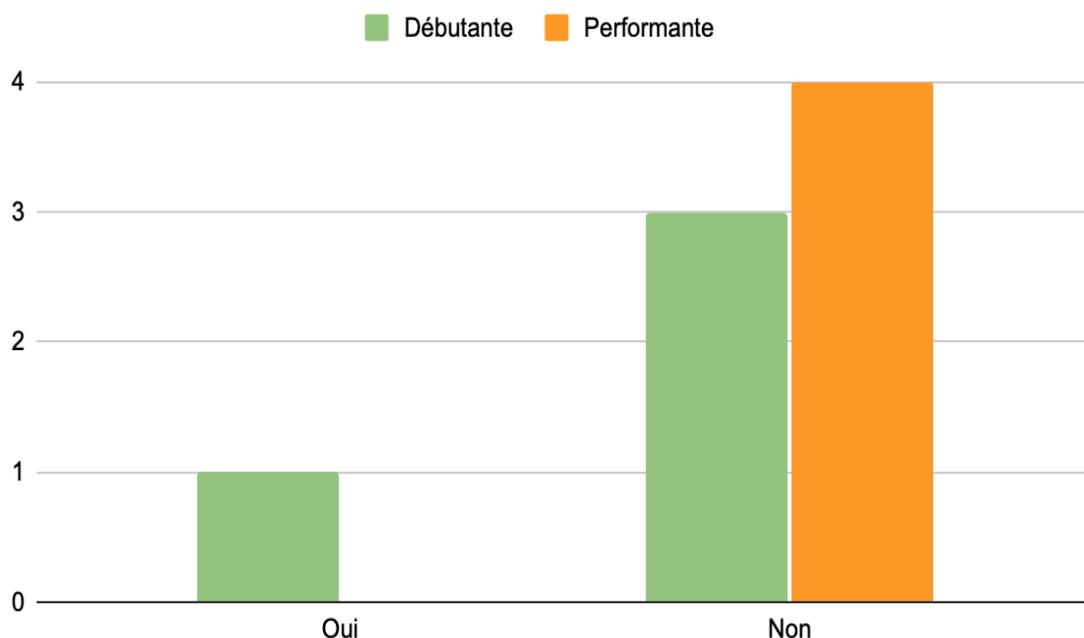
*pas assis où allonger dans le lit, de ce qu'il peut se passer en terme de chute... S'ils ont des masques et qu'ils les enlèvent, ils vont avoir des difficultés à respirer...L'obligation de repiquer si les perfusions sont arrachées. »*

Nous remarquons que les professionnelles essayent plusieurs alternatives pour le bien être du patient car nous avons observons que la contention a des effets positifs ainsi que négatifs accompagnés de dommages dans la vie courante.

C'est donc bien pour cela que la contention doit être mise en dernier recours comme indiqué par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique « [...]La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques »<sup>69</sup>

Suite aux différentes lois sur ce sujet, je me suis intéressée aux connaissances du soignant sur la législation face à la contention.

### **Graphique en colonne montrant les connaissances du soignant sur la législation**



<sup>69</sup>Article L.3222-5-1 du code de la santé publique: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste\\_20170004\\_0000\\_0050.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0050.pdf)

Nous pouvons distinguer qu'une seule infirmière sur les 8 utilise la contention en connaissant la législation.

L'unique infirmière connaissant la législation est la n°5, débutante en psychiatrie depuis 1 an et 5 mois.

	Connaissance
IDE 5	<i>« il y a les recommandations de l'HAS qui nous dictent nos actes. Elles ont été mises à jour en janvier 2021. Il faut savoir que la contention peut être mise que dans une chambre isolée ou sécurisée. C'est interdit de mettre une contention dans une chambre normale en psychiatrie. Le patient peut porter plainte à la sortie. De plus, la contention doit être mise en place en derniers recours. Dans les contentions, les poignées et les chevilles peuvent être attachées. Une sangle au niveau du thorax et une sangle au niveau de l'abdomen sont installées. La sangle abdominale est obligatoire dans les contentions. Il faut éviter que le patient tombe du lit en se débattant. »</i>

Voici la loi dont l'infirmière me parle.

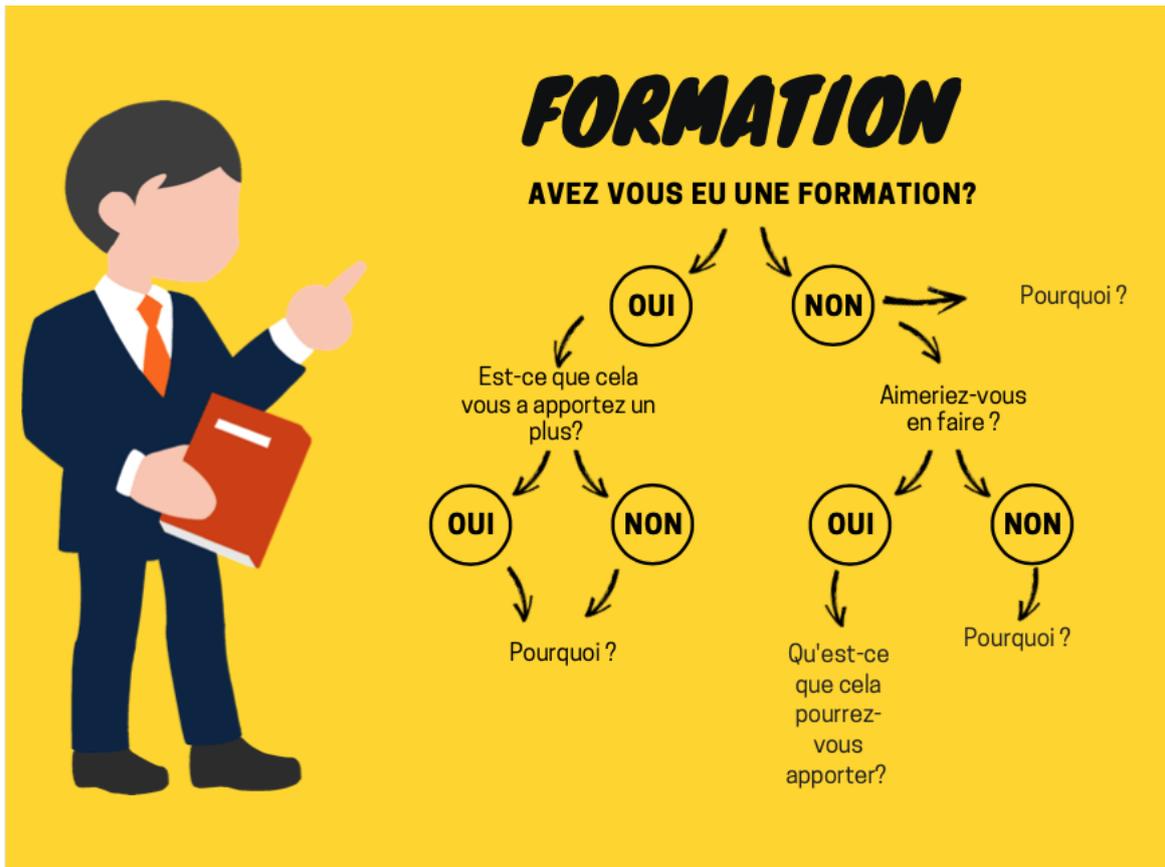
Loi n°2020-1576 du 14 décembre de financement de la sécurité sociale pour 2021.

*« Art. L. 3222-5-1.-I.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical. [...] »<sup>70</sup>*

Par la suite je me suis donc intéressée sur les infirmières, si elles avaient eu des formations sur la contention. Voici les divers questions posées.

---

<sup>70</sup>Art. L. 3222-5-1.-I.: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000042665379](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665379)



Une seule infirmière, la n°6 a eu une formation au bout de 2 ans sur la contention qui lui a permis de voir qu'elle appliquait mal la contention en fonction des situations. En plus, de cela, elle a été choquée lors de sa première expérience entre un patient et la contention.

En outre, sur le reste des infirmières, personne n'a eu de formation sur la contention ou ce qui l'entoure comme la relation d'aide, la communication à part plus ou moins des cours dans ce domaine à l'école, je vais donc exploiter les réponses des soignants dans le tableau ci-dessous via le schéma montré précédemment.

IDE	Pourquoi ?	Aimeriez-vous en faire ?	
		Oui	Non
1	A cause de la situation actuelle.	« Après une formation sur la contention, cela peut être bien. Peut-être que cela changerait mon point de vue. Je pense que j'arriverais mieux à mettre en place une relation après des formations. »	

2	« Je n'ai pas pu y participer. »	« Une remise en question, savoir si ce qu'on met en place est correct. »
3	<b>Je n'ai pas eu d'informations à ce sujet</b>	« Comment gérer les familles dans ce genre de situation. »
4	<b>Je n'ai pas eu d'informations à ce sujet</b>	« Cela m'aurait permis d'apprendre davantage sur la contention. »
5	A cause de la situation actuelle.	« Actuellement mes connaissances sur la pratique de la contention et la législation reposent uniquement sur mes études et la transmission de mes collègues. Une formation devait m'apporter de nouvelles compétences. » « Tout est intéressant pour approfondir ses connaissances et pour savoir comment les mettre en place sur le terrain. » « Nous n'avons pas de formation et les premières fois, nous sommes démunies »
6	« J'ai eu une formation contention l'année dernière alors que j'étais dans le service depuis 2 ans. J'ai pu apercevoir que selon les situations, je mettais mal la contention. » « la première expérience avec la contention n'est pas été facile pour moi, j'ai même été choqué. »	
7	<b>Je n'ai pas eu d'informations à ce sujet</b>	« Je souhaite seulement apprendre et perfectionner ma pratique ainsi que mon relationnel pour la relation d'aide et le climat de confiance. »
8	Cela n'a pas été proposé.	« Au niveau de la législation, les choses évoluent. Il serait peut-être plus judicieux de faire une information. »

Nous pouvons constater que les différentes infirmières sont favorables à des formations mais malheureusement cela n'avait pas été possible avec la situation épidémique ou tout simplement la structure ne l'a pas proposé.

La formation permettrait d'en savoir plus au niveau de la législation ainsi que le réajustement de la pratique mais également l'approfondissement sur la contention et les concepts qui l'entourent.

De plus, cela pourrait être bénéfique sur la prévention des risques que la contention peut encourir, vu plus haut dans l'analyse.

La formation est utile comme le démontre l'infirmière 6, où elle a pu remarquer « *Que selon les situations, je mettais mal la contention* ». Mais également nécessaire pour le côté psychologique du soignant où cette infirmière a « *été choqué* », cela lui aurait permis d'aborder autrement sa première fois avec la contention. Une dédramatisation de l'objet aurait pu avoir lieu, car cela peut être impressionnant.

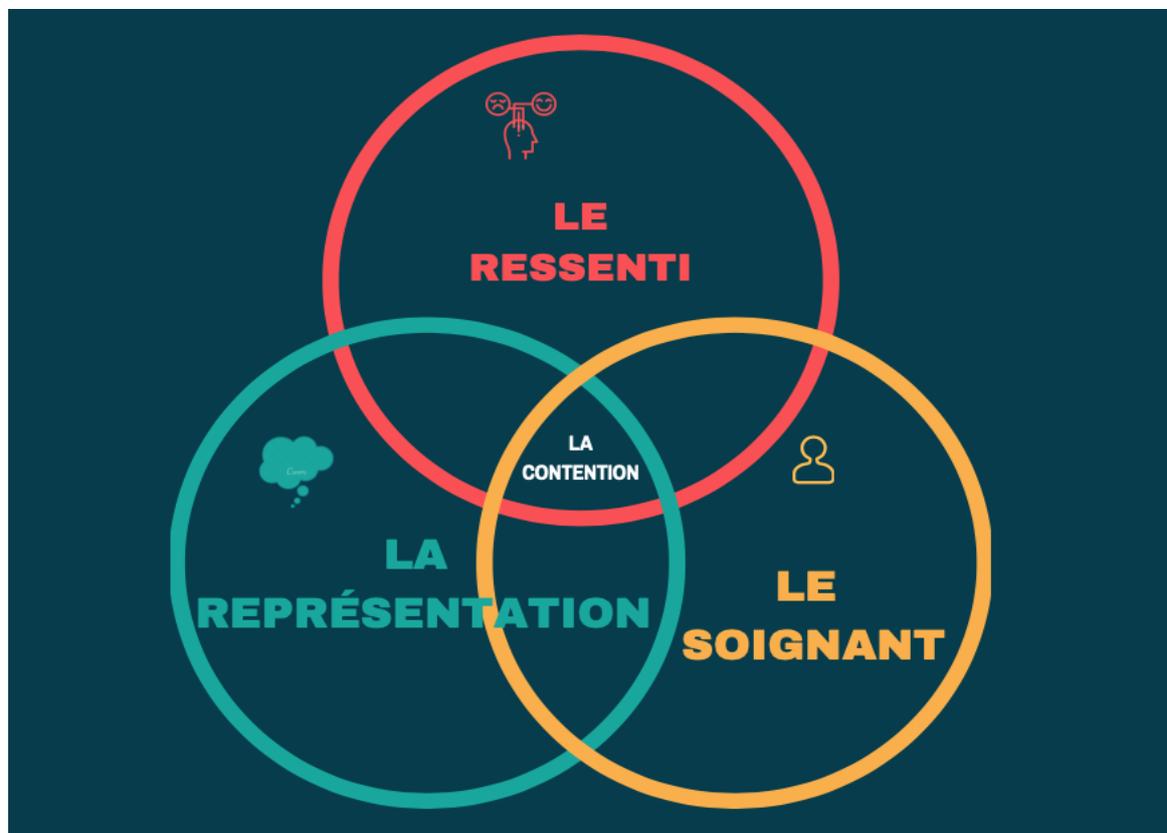
### 5.3 Le ressenti face à la contention

Pour cette partie, je me suis intéressée à différents concepts qui me semblaient important lors de la prise en charge d'un patient sous contention.

En outre, il y a le ressenti et la représentation du point de vue soignant, de la famille et du patient.

Afin d'en apprendre plus sur les connaissances des soignants, je leur ai demandé de développer plusieurs définitions que j'exploiterais dans cette section.

Dans un premier temps, je vais parler des représentations et ressentis du soignant.



Voici les réponses apportées par le soignant.

Infirmière	Représentation	Ressenti
1	« Cela dépend des contentions. Contention au lit : je suis d'accord. Contention fauteuil : aussi. Par contre, quand on les attache trop , je suis pas du tout d'accord. Je vois cela comme de la maltraitance. Même, si c'est pour son bien-être. Je trouve cela barbare. »	« Si on me demande de mettre une contention à une personne attachée au lit, je le ferais mais pour moi, c'est de la maltraitance. Par contre, un résident au fauteuil, je me dis, c'est pour son bien-être, pour éviter qu'il se blesse, pour ne pas l'envoyer à l'hôpital. »
2	« Contention, ça ne veut pas forcément dire atteinte à la liberté. Pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, je pense que pour eux, c'est plus une atteinte à la liberté. Je suis assez mitigé par rapport à cela. Il s'agit surtout d'une mise en sécurité. »	« D'abord c'est un sentiment de sécurité mais si parfois j'ai un sentiment de tristesse et d'impuissance. »
3	« Pour moi, c'est un moyen de protection et de sécurité. » « Pour le soigné. Pour le soignant, cela nous économise des actes négatifs répétitif pour le patient. Le mot pour moi qui va avec contention c'est sécurité. »	« je suis rassurée quand on met sous contention un patient qui en a besoin. »
4	« Comme nous n'avons pas d'autre choix pour préserver la personne et éviter qu'elle se mette en danger, j'y suis favorable. »	« Au début, c'est frustrant. J'avais l'impression de maltraiter le patient. Avec le temps, et les risques encourus, je l'accepte. »
5	« Utilisée la contention ne me dérange pas à partir du moment où cela n'est pas abusif. La contention permet de canaliser et recentrer le patient assez rapidement. Cela évite la mise en danger. »	« De la colère et de l'impuissance. »
6	« La première expérience avec la contention n'est pas été facile pour moi, j'ai même été choqué. Avec l'expérience, nous savons que cela est bénéfique au patient. »	« c'est bénéfique pour le patient, pour s'apaiser. Souvent, on se remet en question. Fallait –il mettre la contention ou pas. »
7	« j'ai l'impression que l'on enferme le patient. Je sais que c'est pour leur bien- être mais je me mets à leur place et je me dis que je n'aimerais pas être	« sentiment d'inconfort de mettre en place cette contention. »

	<i>attaché à mon lit. »</i>	
8	<i>« selon moi c'est une sécurité. La contention n'est pas néfaste pour le patient. C'est un moyen pour apporter une bonne prise en charge du patient. »</i>	<i>« mon ressenti est la nécessité pour le bien être du patient afin qu'il ne se mette pas en danger. Si la contention est bien réalisée et pas à outrance, elle est nécessaire. »</i>

Du côté de la représentation, nous avons les infirmières n°3,4,5,6,8 qui parlent plus du côté sécurité/bénéfique pour le patient.

En outre, l'infirmière 6 parle de l'expérience, c'est en voyant l'évolution du comportement du patient et en limitant les risques qu'elle a pu en conclure que c'était bénéfique après avoir vécu une mauvaise expérience lors de ses premières fois.

Ensuite nous avons l'infirmière n°1,2 et 7 qui ont des avis mitigés. Leurs avis divergent en fonction de la pathologie du malade, et comment la contention peut être mise en place pour le bien de celui-ci.

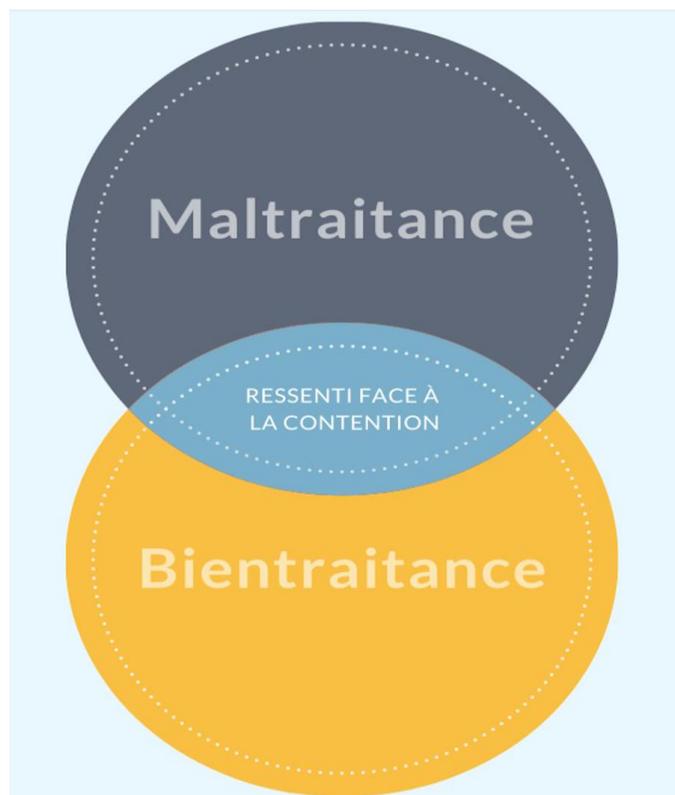
Et du côté ressenti, nous retrouvons des sentiments négatifs comme de la colère, de l'impuissance, de la frustration et de l'inconfort qui vont être dû au fait que les infirmières sont obligées d'utiliser ce dernier recours.

Puis, il y a le sentiment positif comme le fait d'être rassuré, de savoir qu'elle est mise en place pour le bien être du patient.

Nous pouvons en conclure que la représentation et le ressenti de la mise en place de la contention est personnel quelque-soit l'expérience ou le lieu d'exercice.

Comme vu avec l'infirmière n°6, le ressenti peut être négatif au début de la prise en soins puis devenir positif. Tout dépend comment est vu la situation. Cela reste du cas par cas.

Afin de connaître le point de vue sur le plan éthique, je leur ai demandé si elles voyaient la contention comme un acte de bientraitance qui je rappelle est « *une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins* »<sup>71</sup> ou bien comme un acte de maltraitance qui est défini comme « *un mauvais traitement envers une catégorie de personnes ( enfants, personnes âgées, etc..)* »<sup>72</sup>



Pour l'infirmière n°1, elle définit la maltraitance : « *c'est quand on impose quelque chose à une personne qui ne veut pas le faire. On la force* ».

L'infirmière n°2 définit la bientraitance : « *veiller à ce que le résident soit bien traité, il est dans son confort. Il n'y a pas de mise en danger.* » et la maltraitance « *les actes passent par de la violence. On lui met une contention sans lui expliquer et on utilise la force. On n'essaie pas de le comprendre.* »

Et pour finir l'infirmière n°8 caractérise la maltraitance: « *apparaît à partir du moment où on en abuse. On est dans la maltraitance quand on l'impose au patient sans explication.* » et la bientraitance « *dans le contexte de soins, lorsque nous avons tout fait*

<sup>71</sup>La bientraitance: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre)

<sup>72</sup>La maltraitance: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maltraitance/48975>

*avant et qu'il s'agit vraiment du dernier recours. »*

Toutes les infirmières n'ont pas défini ces termes à proprement dit, les autres infirmières ont donné des exemples. Mais je peux remarquer que l'infirmière n°1,2 et 8 expliquent bien les définitions, elles sont similaires.

Voici ce qui en résultent des exemples donnés.

Infirmière	Bienveillance ou maltraitance
1	<p><i>« Cela dépend des contentions. Contention au lit : je suis d'accord. Contention fauteuil : aussi.</i></p> <p><i>Par contre, quand on les attache trop, je suis pas du tout d'accord. Je vois cela comme de la maltraitance. Même, si c'est pour son bien-être. Je trouve cela barbare. »</i></p> <p><i>« Si on me demande de mettre une contention à une personne attachée au lit, je le ferais mais pour moi, c'est de la maltraitance.</i></p> <p><i>Par contre, un résident au fauteuil, je me dis, c'est pour son bien-être, pour éviter qu'il se blesse, pour ne pas l'envoyer à l'hôpital. »</i></p>
2	<i>«Cela dépend fortement du résident. C'est du cas par cas »</i>
3	<p><i>C'est un peu des deux.</i></p> <p><i>Selon moi, si un patient a besoin de la contention et que l'on s'engage à la réévaluer régulièrement, nous sommes dans la bienveillance. En revanche, si pour une raison d'effectif, de manque de personnel, nous mettons en place la contention, nous sommes dans la maltraitance.</i></p>
4	<i>« C'est de la maltraitance, oui et non. Faut que ce soit fait au bon moment et avec un bon usage. Il ne faut pas en abuser. »</i>
5	<i>« Quand on contentionne un patient, ce n'est pas maltraitant. Dans les débats sur les réseaux sociaux, les gens parlent de maltraitance. Souvent, ils n'ont pas le recul nécessaire. La contention est bénéfique au patient et surtout pour sa sécurité. Pour toute infirmière, contentionner un patient n'est pas un plaisir. De plus, cela engendre davantage de travail »</i>
6	<i>« de prime abord, on peut penser que la contention est de la maltraitance. Mais la contention est mise en place pour le bien être du patient.</i>
7	<i>« la contention n'est pas de la maltraitance si c'est toujours le derniers recours. Cela devient de la maltraitance si on la met par facilité.</i>
8	<i>bienveillance, c'est une sécurité pour le patient.</i>

Le reste des infirmières donnent des exemples pour expliquer ce terme. La maltraitance apparaît en fonction des situations. C'est du cas par cas. Ce n'est pas parce qu'on met une contention, que c'est de la maltraitance. Chaque infirmière a sa visualisation des limites de la maltraitance et bientraitance.

J'ai pu remarquer que l'infirmière 1 qui est une jeune diplômée, emploie le mot « barbare » qui fait référence à quelque chose de cruel d'après le dictionnaire. Selon elle, il y a des contentions qui lui sont représentées comme de la maltraitance. Mais elle a pu me faire part que son point de vue changerait si elle avait une formation. *« Après une formation sur la contention, cela peut être bien. Peut-être que cela changerait mon point de vue. Je pense que j'arriverais mieux à mettre en place une relation après des formations. »*. Cela lui permettrait donc d'avoir une autre vision de la contention et peut être de l'accepter.

J'ai pu constater également que les soignants n°4,5,6 et 7 soit la majorité des infirmières défendent de suite la partie « maltraitance » sans forcément parler du côté bientraitance.

De plus, l'infirmière n°5 parle des réseaux sociaux où le monde extérieur parle de maltraitance.

Puis je vais ensuite m'attarder sur le ressenti du patient et de la famille. Pour ce fait je leur ai demandé en premier lieu de me définir selon eux, la relation triangulaire. Lorsque j'ai eu la réponse, je me suis aperçue que la plupart des soignants ajoutés d'autres concepts à la relation triangulaire, comme nous pouvons le voir ci-dessous.

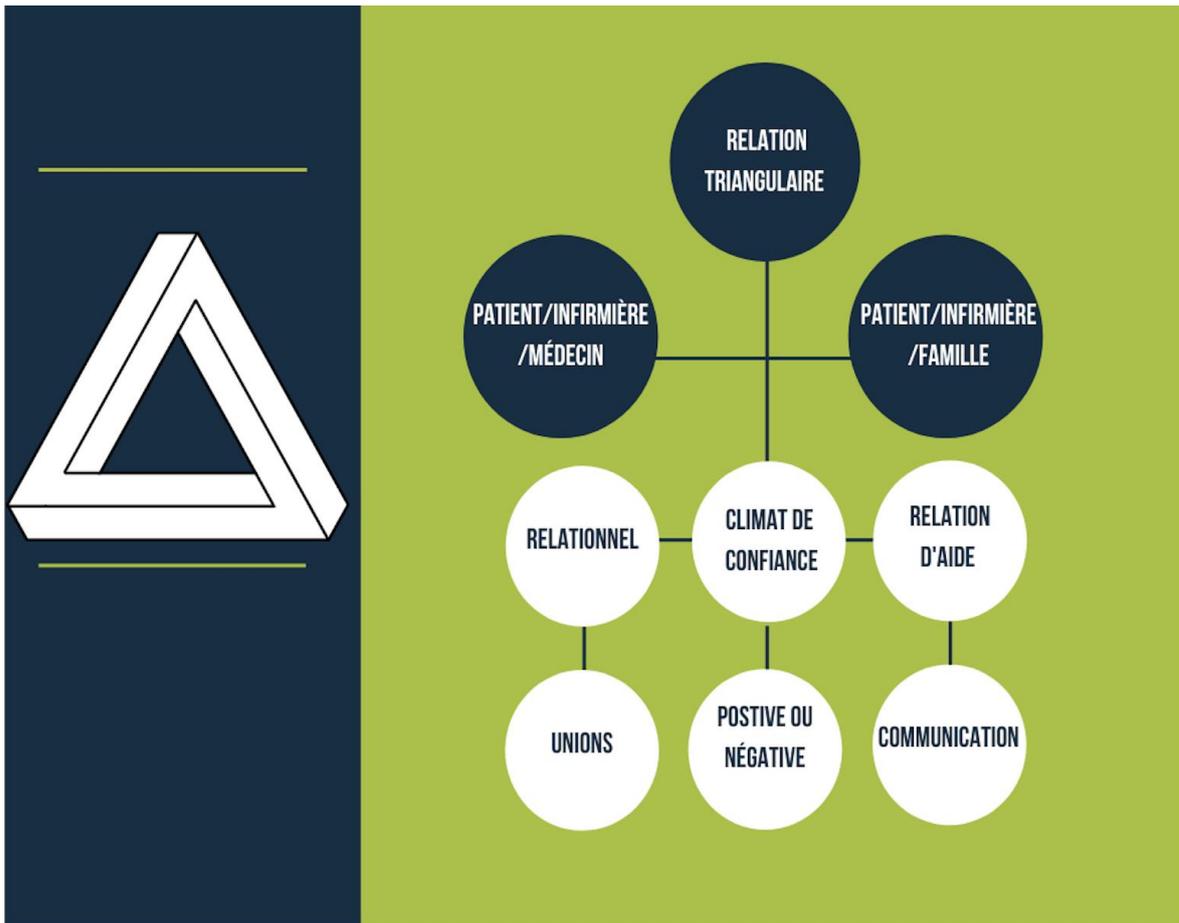


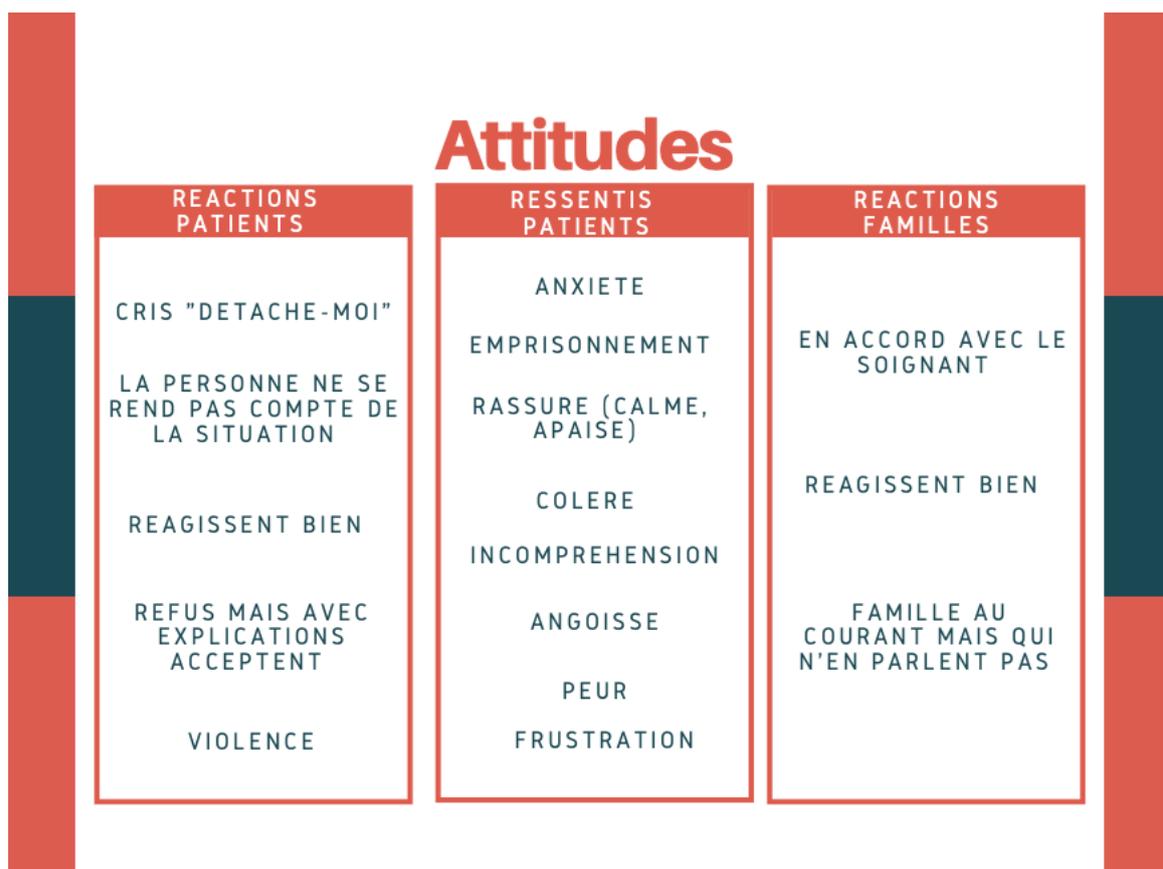
Schéma reprenant la relation triangulaire ainsi que les concepts qui l'entourent d'après les soignants

Les infirmières définissent la relation triangulaire comme une relation avec le patient, l'infirmière et la famille comme nous pouvons voir ci-dessus. L'infirmière n°3, me la définit avec d'autres acteurs « *patient-infirmière-médecin* » qui est également une relation triangulaire pour le bien de la prise en charge du patient.

Une relation triangulaire ne se met pas seule en place. Pour qu'elle soit menée à bien et favorable pour les acteurs, les différents concepts évoqués ci-dessus doivent accompagner cette relation.

Pour le côté « négatif ou positif », l'infirmière n°5 le définit comme ceci « *cette relation peut être positive ou négative. Parfois la famille est trop présente dans la prise en charge de leur proche. Le patient passe par sa famille pour exprimer ses besoins. Il est difficile alors d'établir un climat de confiance avec le patient.* ».

Cette relation sera avantageuse pour le soignant car il sera l'élément clé qui récoltera le plus d'informations, d'une part avec le patient dû à ses nombreuses présences dans sa chambre lors des soins. Et pour la famille car il va être le membre principal qui connaît le mieux le résident, d'où l'importance de la relation triangulaire. Suite à cette définition, je me suis intéressée à la réaction du patient ainsi que son ressenti.



Nous pouvons constater que les réactions et ressenti du patient divergent. Elles sont propres à chaque patient.

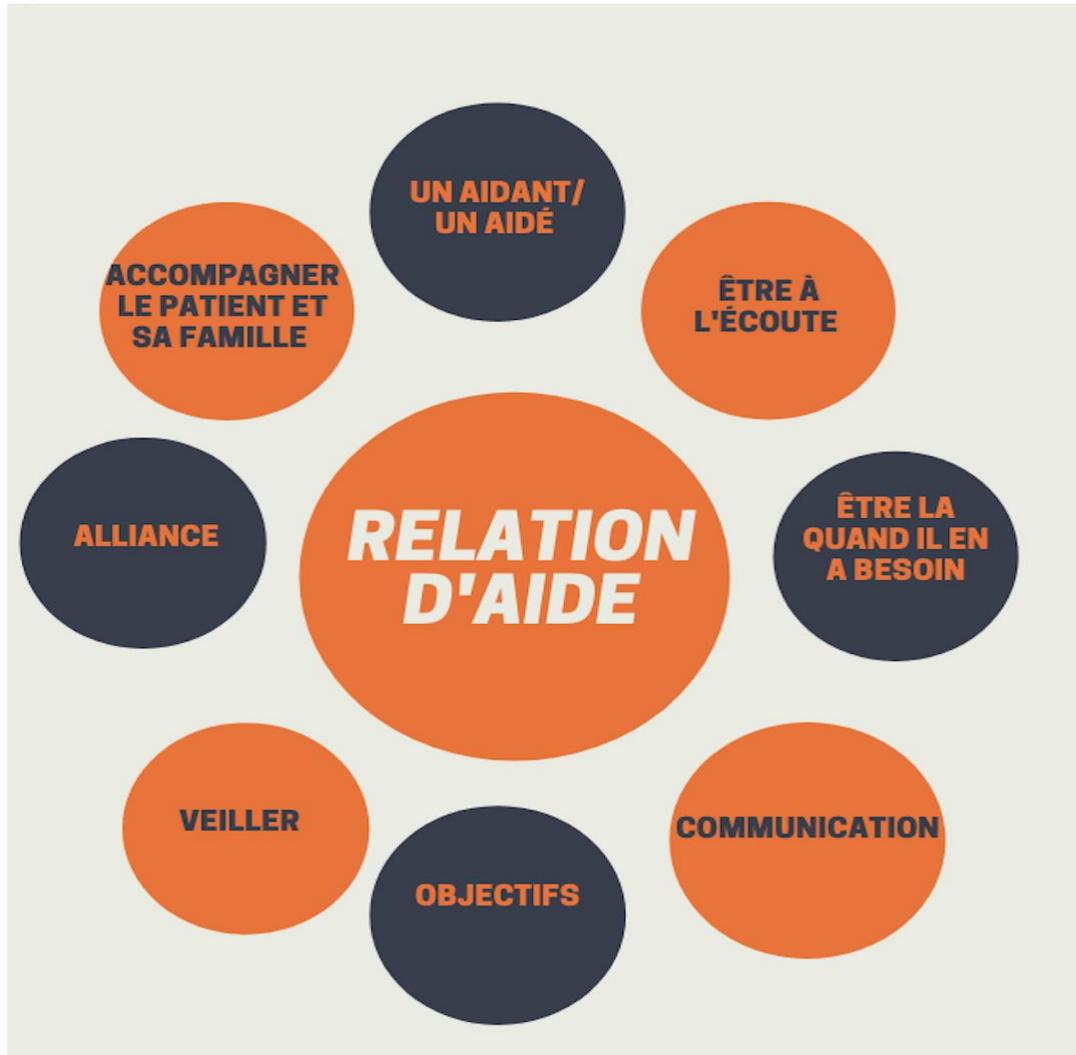
Nous pouvons avoir de bonnes réactions/ressentis comme le fait qu'ils réagissent bien, se sentent en sécurité et rassurer car ils ont peur de se faire du mal à eux même. Puis nous avons les mauvaises réactions/ressentis comme des cris, une incompréhension, de la violence accompagnée d'un sentiment d'emprisonnement, d'anxiété, d'angoisse et de peur.

Nous pouvons apercevoir qu'il y a plus de mauvaises réactions que de bonnes. Nous préférons l'inverse car ce sont des situations difficiles à gérer, en tant que soignant et en tant qu'humain en sachant que malheureusement nous sommes obligés de laisser la contention pour le « bien » du patient.

Seule la communication, la confiance du soignant et de la famille maintenue dans la relation triangulaire pourraient aider le patient à être soulagé de la situation. Sachant que la famille est en accord avec le soignant.

Dans un deuxième temps, je me suis tournée vers la relation soignant-soigné.

J'ai demandé de définir deux définitions, la relation d'aide ainsi que la relation soignant-soigné.

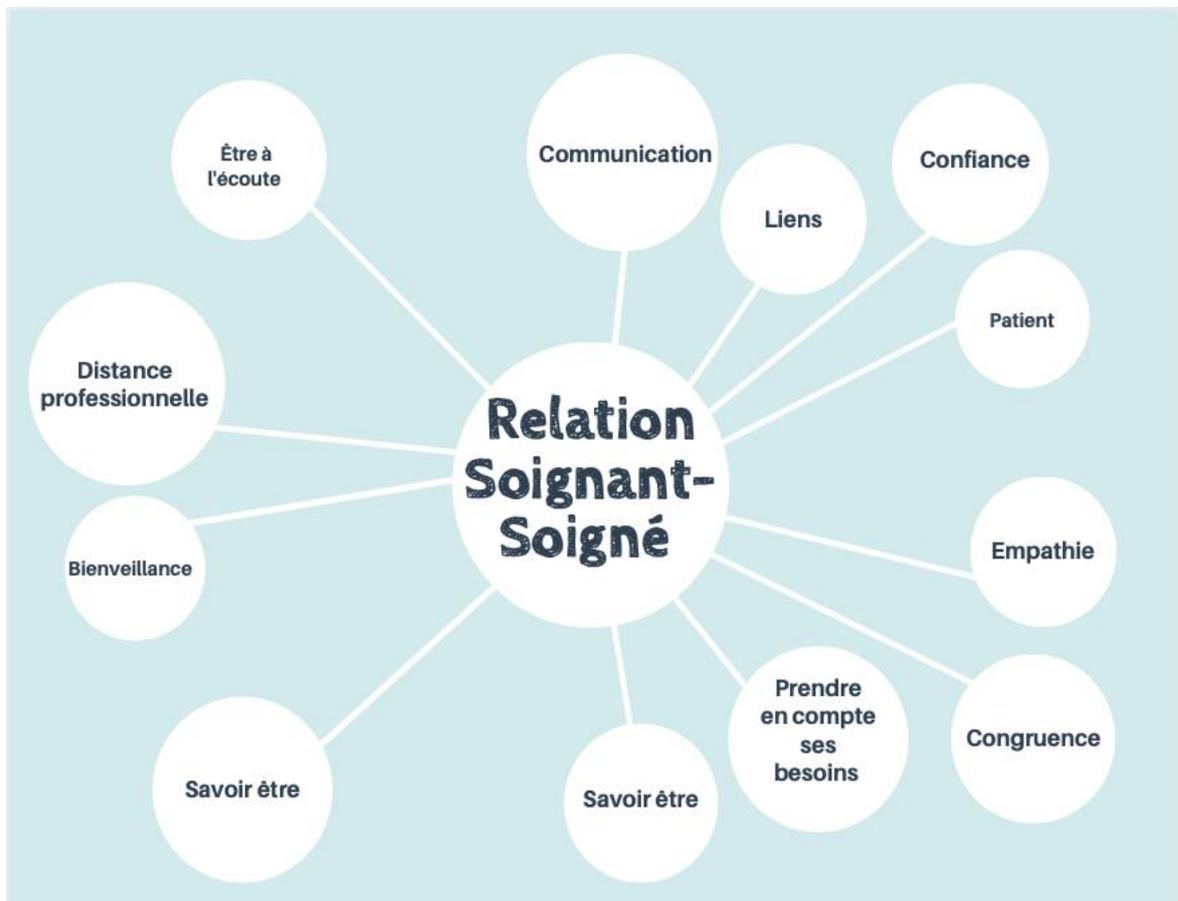


Les différents termes des soignants qui entourent le concept de la relation d'aide sont semblables à ceux d'Alexandre Manoukian qui lui la définit comme « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.* »<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup>Ouvrage, « La relation soignant-soigné » d'Alexandre Manoukian Page 53.

Et nous remarquons que les termes retrouvés ci-dessus reviennent dans la relation soignant-soigné. Ces deux relations sont complémentaires, elles vont être bénéfiques pour le patient, la famille et le soignant car nous allons y retrouver naturellement des échanges d'informations qui seront utiles pour la prise en soins globale et l'accompagnement du patient et sa famille.



A la suite de ces deux questions posées aux soignants, je leur ai demandé comment ils mettaient en place cette relation soignant-soigné avec tout patient puis avec un patient sous contention.

	TOUT PATIENTS	PATIENTS SOUS CONTENTION
IDE 1	Communication	Communication
IDE 2	Empathie, disponibilité et écoute	Empathie, disponibilité et écoute
IDE 3	Communication et relation de confiance	Accentuer le climat de confiance, compréhension et communication
IDE 4	Objectifs et communication	Objectifs et communication
IDE 5	Communication, écoute et aide	Communication, écoute, aide et toucher
IDE 6	Lien qui se met en place, relation de confiance et communication	Avec l'adrénaline, elle sera altérée
IDE 7	Communication, observation et confiance	Communication, observation et confiance
IDE 8	Communication et confiance	Communication et confiance

Tableau comparatif reprenant la mise en place de la relation soignant-soigné avec un patient sans contention et sous contention.

D'après les informations des soignants, la mise en place de la relation soignant-soigné reste la même quelque-soit la prise en charge sauf pour l'infirmière n°6. En outre, nous retrouvons un léger changement pour l'infirmière n°3 qui accentue cette relation sur le climat de confiance afin de ne pas rompre ce lien, de ce fait, elle rappelle au patient que c'est pour son bien-être, jusqu'à ce qu'il l'assimile, « *ce n'est pas pour mon plaisir personnel* » dit-elle. « *Mais pour sa sécurité* ». « *Il faut qu'il comprenne ses mots/ses gestes afin de garder ce climat de confiance* ».

Puis pour l'infirmière n°6 travaillant en psychiatrie, mettre la contention suite à un acte auto-agressif ou/et hétéro-agressif, peut être mise sous la précipitation, l'adrénaline et le danger. La relation soignant-soigné n'a pas le temps d'être instauré correctement avec une communication calme et apaisée où nous pouvons analyser si le patient a compris ce que nous allons mettre en place.

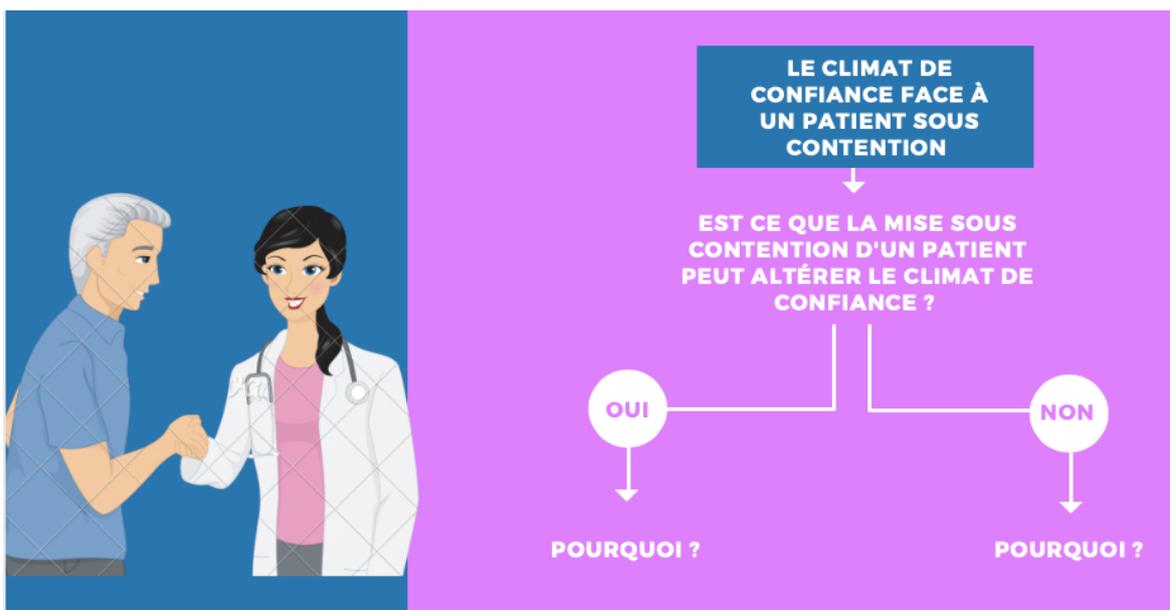
Par conséquent 7 infirmières sur 8 élaborent la même relation soignant-soigné sauf pour la N°6, lors de situations particulières.

Afin d'en apprendre davantage sur les connaissances du soignant, je leur ai demandé de définir le climat de confiance.



Ce graphique représente les différents termes principaux évoqués afin de reconstruire une unique définition par les 8 infirmières.

Cela va me permettre de mettre en lien le climat de confiance et un patient sous contention. Je me suis alors demandée si le climat de confiance pouvait être altéré. Le cheminement de la question était la suivante :



Voici les réponses des infirmières.

Infirmière	Est-il altéré ?	Pourquoi ?
1	Oui	« le patient va se dire « je suis attaché, je n'ai pas confiance en elle et elle m'attache ». Pour moi le climat de confiance peut être rompue. »
2	Oui	« Si tu as établi une relation de confiance avec un résident et que tu dois lui mettre une contention alors qu'il ne le souhaite pas. Cette relation va être altérée car il va t'en vouloir. Il ne va plus te faire confiance, il est en colère contre toi peut-être pour une journée et après le lendemain, il aura oublié. Il faut re-crée ce climat de confiance. »
3	Oui et Non	« Cela va dépendre de l'état de compréhension du patient. Si le patient comprend ce que je fais, il ne sera pas altéré. Mais chez les patients déments, c'est une autre affaire. Ils ne sont pas en capacité de comprendre. Le climat de confiance diminue selon la compréhension du patient face à la contention. »
4	Oui	«Oui, cela peut altérer, et très fortement même. Avec le temps et grâce à la communication, nous tentons de maintenir ce lien de confiance. »
5	Oui et non	« cela peut malheureusement arriver. Souvent ils pensent que nous sommes responsables de leur mise sous contention. » «Cela revient assez rapidement. Comme nous sommes obligés de leur rendre visite toutes les 30 minutes, nous discutons beaucoup avec eux. »
6	Non	<b>Pas d'informations à ce sujet.</b>
7	Oui	« Du point de vue du patient, la confiance envers le soignant peut changer »

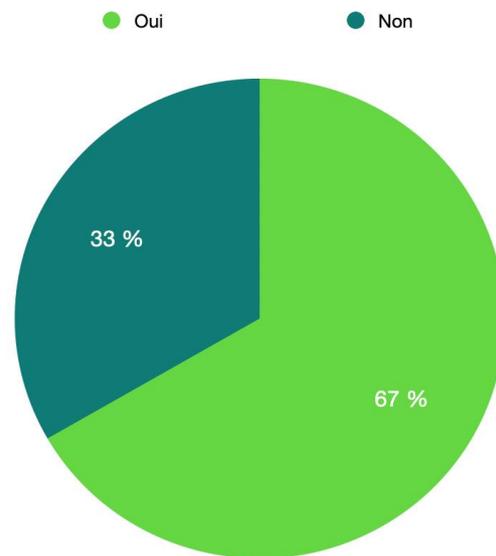
8	Non	« Dans le service, nous expliquons au patient que la contention est nécessaire en raison des risques d'auto-extubation. Cela ne relève pas de la confiance ou non. »
---	-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Graphique circulaire montrant le nombre de pourcentage d'infirmières débutantes ayant répondu à la question.

	Oui	Non
Débutante	4	2

Des infirmières ont répondu «oui » et « non » sur un total de 4 infirmières.

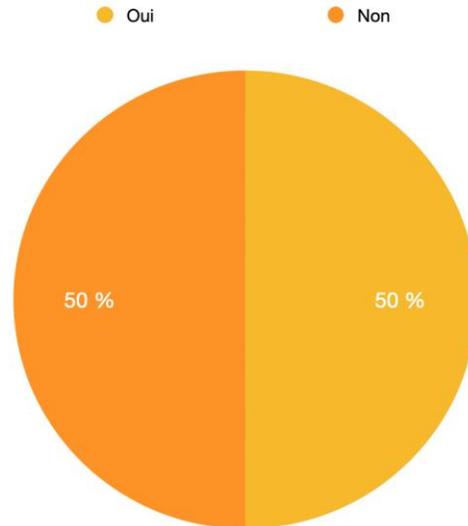
Nous pouvons visualiser que selon les infirmières débutantes, il y a 67% (4 IDE) qui ont répondu que oui le climat de confiance pouvait être altéré lorsque nous mettons la contention à un patient contre 33% (2 IDE) qui disent que ce climat n'est pas altéré.



2. Graphique circulaire montrant le nombre de pourcentage d'infirmières performantes ayant répondu à la question.

	Oui	Non
Performante	2	2

Nous pouvons visualiser que selon les infirmières performantes, il y a 50% ( 2 IDE) qui ont répondu que oui le climat de confiance pouvait être altéré lorsque nous mettons la contention à un patient contre 50% ( 2 IDE) qui disent que ce climat n'est pas altéré.

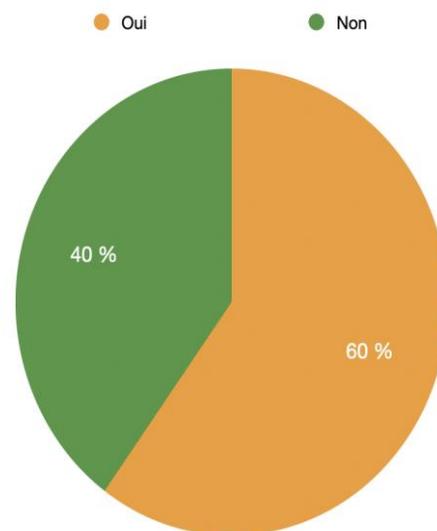


3. Graphique circulaire montrant le nombre de pourcentage d'infirmière débutantes et performantes ayant répondu à la question.

	Oui	Non
Total	6	4

Des infirmières ont répondu « oui » et « non » sur un total de 8 infirmières.

Nous pouvons visualiser que selon les infirmières, il y a 60% qui ont répondu que oui le climat de confiance pouvait être altéré lorsque nous mettons la contention à un patient contre 40% qui disent que ce climat n'est pas altéré.



Et pour finir, je me suis tournée vers les sentiments.

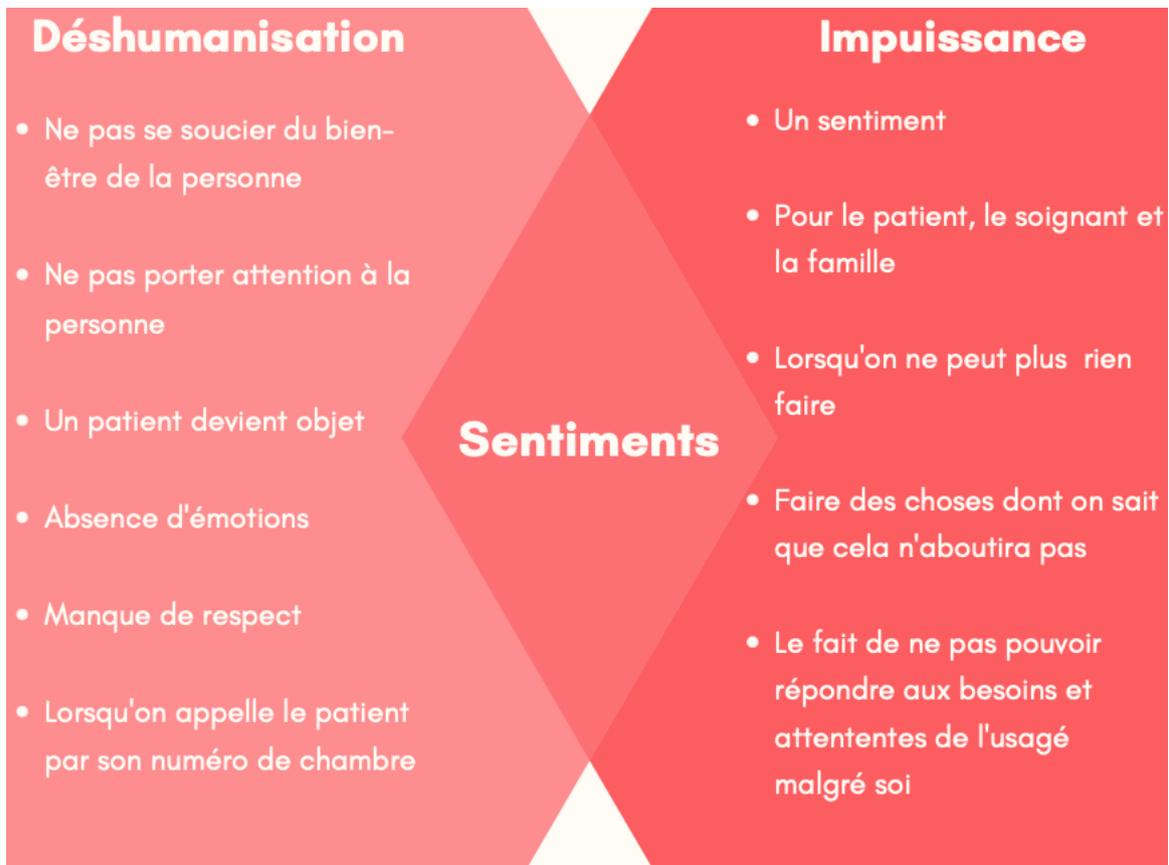
Un sentiment est défini comme un « *état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations* »<sup>74</sup>

Ce sentiment va être propre à chacun.

<sup>74</sup>Un sentiment: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138>

Voici représenté ci-dessous les termes évoqués par les soignants lors du sentiment de déshumanisation et d'impuissance.

Ces sentiments peuvent avoir lieu pour les différents acteurs de la relation triangulaire.



De plus, l'infirmière n°2 et 5 disent ressentir un sentiment d'impuissance face à la contention puisqu'ils n'ont pas le choix que de contenir. Ce sentiment a été évoqué au fil de la conversation au hors contexte de cette question.

Et l'infirmière 7 évoque comme conséquence de la contention un sentiment de déshumanisation et d'impuissance.

Ces infirmières exercent dans des domaines différents, leurs sentiments ne sont pas propres à une situation ou à un lieu d'exercer.

Je leur ai ensuite demandé si face à une contention, ils avaient une certaine impuissance et/ou frustration définie comme un « état d'insatisfaction provoqué par le sentiment de n'avoir pu le réaliser. »<sup>75</sup>

<sup>75</sup>La frustration: <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Frustration>

Voici leurs réponses dans le tableau ci-dessous.

Infirmière :	Frustration et/ou impuissance
1	« Cela dépend de la situation. J'aurais un sentiment d'impuissance quand la personne est très très anxieuse, qu'on a essayé pleins de traitements et que cela ne fonctionne pas. Je dirais, je suis impuissante pour elle. Et au fond, de moi, je serais très frustrée. Au final, on n'aura pas réussi et c'est notre métier, on ne peut pas sauver tout le monde, on n'est pas des héros. »
2	« De la frustration. Parfois le résident refuse la contention et te supplie. Et impuissance aussi. De nombreuses fois tu voudrais ne pas mettre de contention mais face à la situation, tu n'as pas le choix. »
3	« Ayant tout essayé avant de mettre les contentions, je me sens impuissante. »
4	« Oui, les deux. Parce que c'est jamais agréable de contentionner quelqu'un, de le priver de ses libertés. »
5	« oui. Dans certaines situations, on se sent impuissante »
6	« face à la contention oui un sentiment d'impuissance. »
7	« oui. J'ai déjà ressenti de l'impuissance. »
8	Ne ressent aucun sentiment. « non. La contention est mise en place pour la sécurité du patient. »

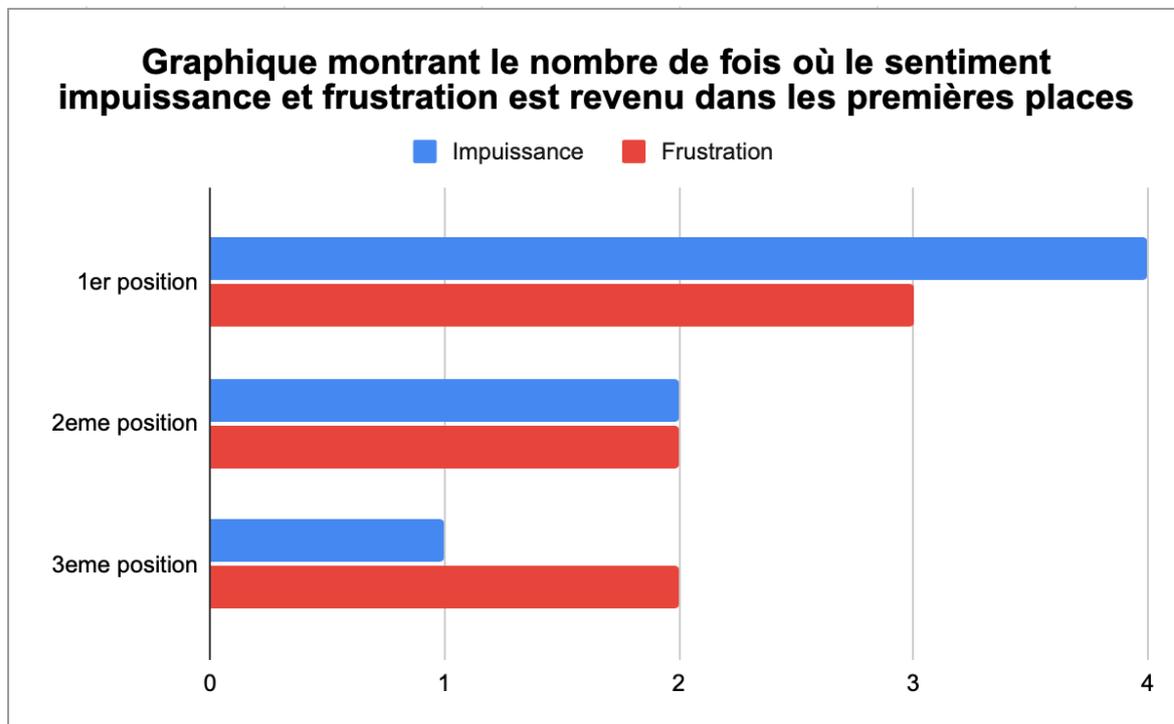
	Impuissance	Frustration
Débutante	4	1
Performante	3	2
Total	7	3

Seule l'infirmière n°8 performante exerçant en réanimation ne ressent ni la frustration, ni l'impuissance. Selon elle, la contention est tout à fait normale, elle est justifiée et mise pour le sécurité du patient pour éviter l'auto-extubation avec la sonde oro-trachéale.

Ensuite pour connaître le sentiment qui revenait le plus souvent, je leur ai demandé de me classer par ordre d'importance les sentiments afin de voir où se classe le sentiment d'impuissance.

Celui-ci revient toujours dans le top 3 des 5 sentiments, souvent précédé du sentiment de frustration.

	Impuissance	Frustration
1er position	4	3
2eme position	2	2
3 eme position	1	2



Nous pouvons visualiser que malgré le choix de 5 sentiments imposés, le sentiment d'impuissance reste en première position pour 4 infirmières, soit la majorité des infirmiers, puisque celui étant basé sur 7 infirmiers puisque l'infirmière n°8 ne ressent aucun sentiment parmi ceux proposés.

« IDE : je vais pas dire que je ne ressens rien mais je ne suis pas nécessairement satisfaite.

Nous sommes dans un acte de sécurité

Moi : aucun sentiment vous interpelle ?

IDE : Non. Je ne suis pas frustrée si je dois attacher un patient. D'ailleurs je n'aime pas le terme « attacher ». Je ne me sens pas impuissant et je ne ressens pas non plus ce sentiment d'échec puisque c'est nécessaire. »

Nous pouvons en déduire que cette infirmière sait mettre des limites dans la relation. Elle a su mettre des barrières à force de faire ce soin devenu normalisé pour elle.

## *6. Discussion*

À la suite de mes recherches se trouvant dans le cadre théorique, j'ai construit la problématique suivante :

« La mise sous contention physique de la personne soignée engendre un sentiment néfaste dans la relation soignant-soigné »

Pour avoir des réponses à la problématique, j'ai élaboré 3 hypothèses portant sur la contention physique, le climat de confiance, le sentiment déshumanisation et d'impuissance.

Afin de valider ou non les hypothèses émises, j'ai effectué des entretiens semi-directifs avec une grille d'entretien auprès de 8 infirmières dont 4 infirmières débutantes et 4 infirmières performantes. Elles exercent dans un EHPAD, en service de gériatrie, en psychiatrie et dans le service de réanimation. Elles rencontrent toute la contention dans leur quotidien.

J'ai ensuite analysé les réponses pour entreprendre une enquête comparative entre les données du cadre théorique et de l'analyse sur le terrain. Cette comparaison me permettra de valider complètement, partiellement ou de ne pas affirmer les hypothèses élaborées.

### *6.1 Les hypothèses.*

Afin de répondre aux hypothèses qui vont suivre, je vais évoquer l'analyse que j'ai entreprise pour les infirmières débutantes et performantes et la contention physique qui sont des sujets communs aux 3 hypothèses.

#### *A/ Les infirmières.*

En effet je rappelle que ma première demande d'entretien semi-directif était auprès d'infirmières débutantes et expertes ayant déjà eu recours à la prise en charge de patients avec une contention. Je n'ai pas eu de retour pour les infirmières expertes suite à la situation sanitaire. J'ai refais ma demande, en interrogeant des infirmières performantes qui sont revenus favorables.

Afin de se remémorer la différence entre une infirmière débutante et performante.

Voici les définitions d'après Patricia Benner, auteur du livre « *Novice à Expert : Expérience en soins infirmiers* »

Elle décrit 5 stades d'acquisition des compétences.

- Novice
- Débutante
- Compétente
- Performante
- Experte

L'infirmière débutante faisant référence à une jeune diplômée qui devra s'appuyer sur ses compétences acquises lors de ses stages et sur le début d'expérience qu'elle a. Elle sera remettre à profit l'utilisation des appareils ou des démarches à suivre, les protocoles qu'elle a pu voir.

Puis l'infirmière performante ayant environ 3 à 5 ans d'expériences a acquis cette expérience suite à la maîtrise de différentes situations lors de son parcours professionnel. Elle sait prévoir et optimiser la prise en charge du patient tout en gardant des hypothèses sur celle-ci.

En outre, les infirmières que j'ai interrogé sont toutes de secteurs différents. Nous avons pour chaque secteur un duo d'infirmière, c'est à dire une infirmière débutante et performante.

Les infirmières :

Secteur EHPAD :	Secteur Médecine gériatrie :	Secteur Psychiatrie :	Secteur de la réanimation :
IDE 1 : Débutante IDE 2 ; Performante	IDE 3 : Débutante IDE 4 : Performante	IDE 5 : Débutante IDE 6 : Performante	IDE 7 : Débutante IDE 8 : Performante

Cela permettra donc de faire la comparaison entre une infirmière débutante et performante et voir s'il y a une différence en fonction des secteurs.

## B/Les contentions

Puis ma demande porte sur des infirmières ayant déjà eu recours à la contention, puisque la contention physique est mon sujet principal.

En premier lieu j'avais demandé de définir la définition de la contention afin que je puisse faire une comparaison avec la définition selon l'ARS qui est la suivante.

*« Le terme contention recouvre tous les moyens mis en œuvre pour limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou pour limiter la libre circulation des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté »*<sup>76</sup>

Que nous pouvons également retrouver dans mon cadre théorique.

J'ai pu constater que toutes les infirmières indiquées au moins un terme similaire à la définition. Elles savent donc toutes ce qu'est une contention et comment la définir.

Les 8 infirmières ont exprimé le terme reprenant *« les moyens mis en œuvre pour limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou pour limiter la libre circulation »* démontré par des exemples.

Parmi les 8 infirmières, les infirmières n°1, 2 et 3 expriment le terme de danger *« jugé dangereux ou mal adapté »* et les infirmières n°1 et 8 abordent la sécurité.

Nous pouvons donc en conclure que toutes les infirmières savent expliquer la définition de la contention et savent ce que c'est.

En outre, nous pouvons remarquer que pour certaines infirmières, les explications sont plus poussées quelque-soit leurs stades d'acquisitions des compétences.

En l'occurrence seule l'infirmière débutante n°1 exerçant en EHPAD évoque les 3 termes principaux de la définition.

---

<sup>76</sup>La contention selon l'ARS. [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5\\_Contention\\_22dia\\_16.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5_Contention_22dia_16.pdf)

Je me suis donc intéressée à savoir si les infirmières avaient eu une formation, la réponse a été pour la majorité « Non ». Cette formation pourrait donc être utile afin de perfectionner cette pratique ainsi que de connaître la législation qui entoure la contention puisque lors de cette question, seule l'infirmière 5 étant débutante a su me parler un peu de la législation.

Par contre, les infirmières savent que la contention se met sous prescription médicale. Vu lors des 10 critères de l'HAS : le critère 1 étant « *La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient* ».

Et savent que la contention peut encourir des risques pour le patient. Les infirmières me l'ont démontré lors de l'analyse par des exemples physiques et psychologiques.

Afin de pallier au maximum à ses risques, je leur ai demandé si elles mettaient en place des alternatives à la contention. Deux formes d'alternatives sont revenues, celui du matériel et de la communication.

Puisqu'en effet la contention physique doit être mise en dernier recours comme vu dans l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique « [...] *La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques* »<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup>Article L.3222-5-1 du code de la santé publique: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste\\_20170004\\_0000\\_0050.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0050.pdf)

## 6.2 Hypothèse 1 :

La première hypothèse est la suivante :

il semblerait que la mise sous contention physique d'un patient ait un impact dans l'instauration du climat de confiance.

Pour répondre à cette hypothèse, j'ai posé deux questions aux infirmières. La première était de me définir selon eux, le climat de confiance. Ce climat a été défini avec des mots clés pour l'ensemble des infirmières comme par exemple : la communication, l'honnêteté, la confiance, le sentiment de sécurité. Ce climat est accompagné d'une relation d'aide et d'une relation soignant-soigné. Le climat est primordial pour le patient et famille.

Lors de mes recherches théoriques, j'ai trouvé la définition du climat de confiance dans un dictionnaire qui est la suivante : « *un sentiment de sécurité, d'harmonie, existant entre différentes personnes, entre les membres d'une famille, d'un groupe quelconque* »<sup>78</sup> En effet, les termes employés par les soignants sont similaire à ceux de la définition.

De plus, comme le précise THIBAUT-WANQUET Pascale « *la traditionnelle relation soignant/soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres.* ».<sup>79</sup> Cette relation doit être également fondée sur un climat de confiance afin d'optimiser la prise en soins du patient ainsi que l'accompagnement de celui-ci et de ses proches. Donc en effet comme vu par les soignants, ce climat de confiance doit être primordial.

En introduisant comme première question le climat de confiance, cela me permettait de suivre sur une seconde question qui était de savoir si selon les soignants, le climat de confiance était altéré lors de la mise en place de la contention.

J'ai pu analyser les réponses des 4 infirmières débutantes. Les infirmières avaient un avis mitigé, selon elles, cela dépendait de la situation. Comme par exemple avec l'infirmière 3 qui énonce que « *cela va dépendre de l'état de compréhension du patient* ».

---

<sup>78</sup>Le climat de confiance: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/climat-de-confiance/>

<sup>79</sup>Ouvrage, « Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital » Page 39

Des infirmières ont alors répondu « oui » et « non » à la question.

4 infirmières (67%) de tous secteurs confondus avaient répondu que oui, le climat de confiance pouvait être altéré contre 2 ( 33%) qui disent que ce climat ne l'était pas lors de la mise en place de la contention.

Pour l'analyse des infirmières performantes, 2 ont répondu oui, 2 ont répondu non, soit 50%.

Les deux infirmières qui ont répondu positivement sont ceux du secteur de la personne âgée.

J'ai ensuite analysé la réponse des huit infirmières tout en sachant que des infirmières ont répondu « oui » et « non ».

Soit un total de six infirmières (60%) ont répondu que oui le climat de confiance pouvait être altéré contre 40% de non, soit 4 infirmières qui disent que la contention n'altère pas le climat de confiance.

→ Nous pouvons en conclure que cette hypothèse est partiellement validée. En effet, le climat de confiance est impacté lors de la mise en place de la prescription médicale mais pas selon la totalité des soignants comme vu ci-dessus.

En outre, dans l'analyse des infirmières débutantes ont répondu pour certaines oui et non en fonction de la situation. Les infirmières des 4 secteurs médicaux ont prononcé que « oui » le mise sous prescription pouvait altérer le climat de confiance.

De plus, les infirmières performantes qui ont dit oui à la question sont celles du secteur de la gériatrie. Celles des autres secteurs estiment que non car le geste est expliqué au patient et il va comprendre que c'est pour son bien.

Le climat de confiance comme défini précédemment est bien mis en place et il est altéré en fonction de la situation. Toutes les infirmières sont conscientes de ce risque, qui est de rompre ce lien et cherchent constamment à le maintenir car comme exprimé par les soignants, il est primordial.

### 6.3 Hypothèse 2

La deuxième hypothèse est la suivante :

Il semblerait que les moyens de contention physique mis au patient entraîneraient une déshumanisation dans la prise en soins par le soignant.

Pour commencer, j'ai demandé aux soignants de me définir selon eux comment ils représentaient le sentiment de déshumanisation.

Dans mon cadre conceptuel, ce sentiment est défini comme une « *action de déshumaniser, de faire perdre les caractères spécifiques à la nature de l'homme et à sa condition.* »<sup>80</sup>

Pour les soignants voici les expressions utilisées : « *ne pas se soucier du bien-être de la personne, de ne pas lui apporter de l'attention, avoir un manque de respect et lorsque le patient devient objet comme lorsqu'on appelle le patient par son numéro de chambre* ».

La définition dite par les soignants et similaires à celle venant du dictionnaire.

Lors de la conversation, seule une infirmière a évoqué le sentiment de déshumanisation. Il a été employé lors de la question sur les conséquences de la contention.

→ Nous pouvons donc infirmer l'hypothèse. Puisque le terme a été évoqué par qu'une seule infirmière.

Je m'étais intéressée à cette hypothèse puisque lors de mes recherches pour mon cadre théorique, j'ai pu lire et relever dans l'article scientifique « L'ENCÉPHALE » ayant pour titre « *Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques* » qu'un sentiment de déshumanisation avait été évoqué. Ainsi que dans deux autres articles de psychiatrie où le sentiment de déshumanisation est également présent.

---

<sup>80</sup>La déshumanisation: <https://www.cnrtl.fr/definition/déshumanisation>

### 6.4 Hypothèse 3

La troisième hypothèse est la suivante :

Il semblerait que le soignant se sente impuissant face à la prescription d'une contention physique.

Lors de mes entretiens afin d'introduire le sentiment d'impuissance, je leur ai tout d'abord demandé de définir ce sentiment. Qui est d'après mes recherches théoriques, explicité comme ceci « *sentir, à tort ou à raison, que nous ne pouvons rien faire, rien changer autour de nous, ou en nous* » .<sup>81</sup>

Le terme évoqué pour chaque infirmière est le fait de ne plus pouvoir rien faire pour le patient. Comme décrit par l'infirmière n°3 « *ayant tout essayé avant de mettre les contentions, je me sens impuissante.* » De plus, le sentiment d'impuissance peut être ressenti par le patient, la famille et le soignant.

À la suite de mon cadre théorique, j'ai fait le choix de cerner ce sentiment chez le soignant étant donné qu'il est au centre de la relation triangulaire, c'est à dire qu'il peut être impuissant face au patient, face à la pathologie, dans la prise en soins et également face à la famille. De plus, étant moi-même infirmière dans quelques semaines, et pouvant être confrontée à la contention et de ce fait à ce sentiment.

Tout d'abord, je leur ai demandé si elles avaient plus un sentiment de frustration défini comme un « *état d'insatisfaction provoqué par le sentiment de n'avoir pu le réaliser.* »<sup>82</sup>

Comme le décrit l'infirmière n°2, ce sentiment est présent car « *parfois le résident refuse la contention et te supplie* ».

Ou un sentiment d'impuissance étant tout deux des sentiments similaires, de ce fait je les définis bien avec les termes évoqués des infirmières.

---

<sup>81</sup>Le sentiment d'impuissance: <https://www.franceculture.fr/emissions/la-vie-interieure/le-sentiment-dimpuissance>

<sup>82</sup>La frustration: <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Frustration>

Celui de l'impuissance est revenu pour les 4 infirmières débutantes ainsi que pour 3 infirmières performantes. Soit un total de 7 infirmières débutantes et performantes ressentent ce sentiment contre seulement 3 infirmières ressentent le sentiment de frustration.

Afin de confirmer ce sentiment, je leur ai demandé de classer cinq sentiments selon leur ordre d'importance.

Lors de l'analyse, j'ai pu constater que le sentiment d'impuissance et de frustration revenait dans les premiers. C'est à dire que pour 4 infirmières, le sentiment d'impuissance est en première position, la frustration en 3<sup>ème</sup> position.

Nous pouvons distinguer un sentiment qui revient le plus sur les deux. Celui de l'impuissance. Ce sentiment d'impuissance a également été évoqué naturellement au fil de la conversation pour certaines infirmières.

→ L'hypothèse est ainsi validée puisque le sentiment d'impuissance est revenu à plusieurs reprises lors de mes questions.

Les infirmières se sentent impuissantes face aux derniers recours qui est la contention, en sachant que les alternatives mises en place avant n'ont pas abouti. Ce sentiment intervient dans n'importe quel secteur quelque soit le stade d'expérience. Ce sentiment est propre à chacun.

### *6.5 Conclusion de l'analyse comparative*

J'ai entrepris une comparaison entre l'analyse réalisée à la suite des réponses sur le terrain lors des différents entretiens contre les lectures, auteurs étudiés dans le cadre théorique composé du cadre contextuel et conceptuel.

1. L'analyse comparative de l'hypothèse 1 qui je rappelle est :  
il semblerait que la mise sous contention physique d'un patient ait un impact dans l'instauration du climat de confiance.

L'analyse a permis de voir que l'hypothèse est partiellement validée. Les soignants ont donné une définition correcte du climat de confiance. Nous avons pu remarquer que toutes les infirmières débutantes expriment le fait qu'il y a un impact mais aussi deux parmi elles ne l'affirment pas. Et pour les infirmières performantes 2 affirment l'impact et 2 ne l'affirment pas.

En faisant l'addition des réponses entre les infirmières débutantes et performantes, nous remarquons que le climat de confiance est impacté lors de la mise en place de la prescription médicale mais pas selon la totalité des soignants.

2. L'hypothèse 2 qui avait comme sujet le sentiment de déshumanisation est invalidé. En effet, malgré un sentiment retrouvé lors de mes lectures. Il n'a pas été validé lors de mes entretiens ainsi que mon analyse. En outre, la définition donnée par les soignants était cohérente avec celle retrouvée dans le cadre conceptuel.

3. L'hypothèse 3 reprenant le sentiment d'impuissance a permis de la valider complètement.  
Puisqu'en effet, c'est un sentiment qui est fortement évoqué lors de la mise en place de la contention. Cela signifie que les infirmières sont impuissantes face aux alternatives qui n'ont pas donné de suite favorable.

## 7. Perspectives

A la suite, de ce travail, j'ai effectué différentes perspectives :

J'ai pu noter que les infirmières n'avaient pas eu de formation sur la contention, ni sur la relation soignant-soigné, ni le climat de confiance. Si la formation des soignants n'est pas possible pour diverses raisons, cela serait utile de mettre en place non pas des formations, mais plutôt des séances explicatives sur la contention, la législation, la recommandation ainsi que des concepts qui l'entourent par un tuteur référent, qui lui aura été en formation et qui aura pour mission de transmettre son savoir aux autres professionnels de l'établissement.

À la suite, ces séances explicatives pourraient être même reconduites dans les services avec la famille des proches afin d'avoir connaissance des thérapeutiques entreprises. En effet, malgré l'accord de la famille et l'alliance dans la relation triangulaire, j'ai pu constater que certaines familles sont au courant de la mise en place des contentions mais n'en parlent pas, cela permettrait un déblocage sur ce soin.

Ce travail de fin d'études m'a permis de susciter chez moi de nouvelles notions auquel je n'avais pas à l'esprit au départ de ce projet. En effet, lors de la question sur le plan éthique où j'ai demandé aux infirmières si elles voyaient la contention comme un acte de bienveillance ou de maltraitance, je me suis aperçue que la moitié des soignants défendent de suite la partie maltraitance.

De plus une infirmière a ajouté « *dans les débats sur les réseaux sociaux, les gens parlent de maltraitance. Souvent, ils n'ont pas le recul nécessaire* ». Afin de découvrir cette différence de ressenti entre professionnels de santé et personnes extérieures au domaine médical, je me pose la réflexion suivante :

« en quoi le ressenti et les explications du soignant pourraient faire changer l'avis du monde extérieur sur la contention physique ? »

Cela permettrait la continuité de ce mémoire par un autre étudiant. Afin de faire perpétuer ce sujet d'actualité qui évolue de jour en jour.

## *8. Conclusion générale*

La contention physique qui est un moyen thérapeutique sous prescription médicale est utilisée dans différents services et structures sur tous types de population. Par conséquent, en tant que professionnel, nous devons continuer à s'y intéresser, c'est un sujet d'actualité.

Ce travail de fin d'études a permis d'enrichir mes connaissances sur ce sujet que j'avais pu voir auparavant lors de mon stage ainsi que pendant les cours magistraux. Il a permis de me questionner sur les difficultés émotionnelles du soignant lors de la prise en soins d'un patient sous contention, où j'ai pu apercevoir que le ressenti des soignants était propre à chacun et que celui-ci dépendait des conditions d'utilisation des contentions. Ainsi, j'ai remarqué lors du cadre théorique qu'elle pouvait impacter psychologiquement la famille et psychologiquement et physiquement le patient. C'est de ce fait que je me suis rendu compte que le climat de confiance était important dans cette relation triangulaire.

Ce travail m'a permis de prendre une certaine maturité et de faire un pas en avant dans le monde du travail en tant que futur professionnel de santé dans les jours à venir. Ma prise en charge futur avec la contention, me permettra de remettre en pratique ce que j'ai pu apprendre avec ce mémoire ainsi que pendant mes trois ans d'études.

En tant que futur infirmière, il est très intéressant de transmettre mes connaissances à mes futures collègues ainsi qu'en faire de la pédagogie avec les étudiants que je prendrais en charge. C'est un sujet d'actualité et les soignants doivent maintenir leurs connaissances face aux évolutions constantes.

Pour aller plus loin dans la démarche, il me semblerait important de transférer ce sujet auprès des soignants mais pas seulement les infirmières puisque c'est un moyen de mobiliser le patient dans la mesure où toutes typologies de soignants peut être amenées à la rencontrer sans forcément la mettre en place.

## 9. Bibliographie

### OUVRAGES :

Benner, P. De novice à experte : Excellence en soins infirmiers.

Manoukian, A. La relation soignant-soigné. 4E édition.

Manoukian, A. La relation soignant-soigné. 3E édition.

Thibaut-wanquet, P. Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital.

### SITES INTERNETS :

EHPAD : définition des hébergements pour personnes âgées dépendantes. Disponible sur : « <https://www.logement-seniors.com/articles-ls/definition-ehpad-hebergement-personnes-agees-dependantes.html> ». Consulté en 2020.

Personnes âgées : panorama des aides sociales existantes . Disponible sur « <https://www.previssima.fr/dossier/personnes-agees-panorama-des-aides-sociales-existantes.html> ». Consulté en 2020.

Les soins infirmiers et la profession infirmière. Disponible sur « <https://www.ifpvps.fr/profession-infirmier/> ». Consulté en 2020.

Textes règlementaires et textes utiles. Conseil départemental de l'ordre des infirmier(e)s de Paris 75. Disponible sur « [https://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?page\\_id=57](https://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?page_id=57) ». Consulté en 2020.

Diplôme d'état d'infirmier, référentiel de compétences. Disponible sur « [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf) ». Consulté en 2020.

La vigilance du personnel soignant. Disponible sur « <https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/les-professionnels/personnel-soignant-en-maison-de-retraite/> ». Consulté en 2020.

Gir : définition et calcul des groupes iso ressources. Disponible sur « <https://www.ouihelp.fr/conseils/aides-et-droits/gir/> ». Consulté en 2021

Grille AGGIR. Disponible sur « [http://www.infomaisonsderetraite.fr/wp-content/uploads/2014/04/78\\_grille\\_aggir.pdf](http://www.infomaisonsderetraite.fr/wp-content/uploads/2014/04/78_grille_aggir.pdf) » et « <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229> » Consulté en 2021.

10 signes et symptômes de la maladie d'alzheimer. Disponible sur « <https://www.alz.org/fr/10-signes-et-symptomes-d-alzheimer.asp> ». Consulté en 2021.

Définition et chiffres de la maladie d'alzheimer. Disponible sur « <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/> ». Consulté en 2021.

Fondation alzheimer, physiopathologie. Disponible sur « <https://www.fondation-alzheimer.org/la-maladie/aller-plus-loin/physiopath/> » Consulté en 2021.

Maladie d'alzheimer et maladies apparentées. La contention et la liberté d'aller et venir. Disponible sur « [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5\\_Contention\\_22dia\\_16.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5_Contention_22dia_16.pdf) » Consulté en 2021.

Le projet personnalisé : Une dynamique du parcours d'accompagnement. Disponible sur « [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf) » Consulté en 2021.

EHPAD. Disponible sur « <http://ehpadverquin.fr/uva/> ». Consulté en 2021.

UVA. Disponible sur « <https://www.ch-forez.fr/patient-visiteur/nos-poles-et-services/pole-geriatrie/uva-uhr.html> ». Consulté en 2021.

PASA. Disponible sur « [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_pasa\\_16x24.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_pasa_16x24.pdf) ». Consulté en 2021.

La contention. Disponible sur « <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-ifsu-contention.html> ». Consulté en 2021

Histoire de la contention. Disponible sur « <https://www.forumpsy.net/t143-la-contention-son-histoire-et-son-mode-d-emploi-telle-qu-enseignee-en-ifsu> ». Consulté en 2021.

Plan alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. Disponible sur « <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1synthese.pdf> ». Consulté en 2021.

Mini-Mental State Examination. Disponible sur « <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf> ». Consulté en 2021.

#### **ARTICLES/ETUDES :**

Guivarch, J. Cano, N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. Page 237-243.

Disponible sur « [www.em-consulte.com/produit/ENCEP](http://www.em-consulte.com/produit/ENCEP) ». Consulté en 2021.

Population par âge. Insee. Disponible sur « <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488> ». Consulté en 2021.

Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients. Disponible sur « <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-5-page-393.htm?contenu=article> » Page 393 à 397. Consulté en 2021

Huguet, A. La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles. Disponible sur « <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02115470/document> » Consulté en 2021.

#### **IMAGE :**

<https://epinalinfos.fr/2015/11/epinal-contention-physique-personnes-agees/>

## V. Annexes :

Annexe 1 : La charte des droits et liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Annexe 2 : Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

Annexe 3 : Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer.

Annexe 4 : Tableau critères et indicateurs.

Annexe 5 : Grille d'entretien (IDE n°1).

Annexe 6 : Grille d'entretien (IDE n°2).

Annexe 7 : Grille d'entretien (IDE n°3).

Annexe 8 : Grille d'entretien (IDE n°4).

Annexe 9 : Grille d'entretien (IDE n°5).

Annexe 10 : Grille d'entretien (IDE n°6).

Annexe 11 : Grille d'entretien (IDE n°7).

Annexe 12 : Grille d'entretien (IDE n°8).

## Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

*Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.*

### 1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

### 2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

### 3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

### 4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

### 5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

### 6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

### 7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

### 8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

### 9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

### 10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

### 11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

### 12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

### 13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

### 14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

**Plan Alzheimer et maladies apparentées  
2004 - 2007**

**Les 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie  
des malades et de leurs proches**

Près de 800 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. En outre, le vieillissement démographique de la population s'accroît et va conduire à une augmentation de ce nombre. On compte déjà près de 165 000 nouveaux malades par an.

Face à ces données, mettre en œuvre un programme de soutien aux malades et à leurs proches est un enjeu essentiel de santé publique. Le programme lancé aujourd'hui se décline en 10 objectifs qui couvrent les principaux aspects de la maladie.

**1. Reconnaître la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées**

La maladie d'Alzheimer va désormais figurer nommément dans la liste des affections de longue durée (ALD), ce qui confortera sa prise en charge à 100 %.

Dans cette maladie, la place de la réflexion éthique est fondamentale, aussi, afin de guider les professionnels et les familles dans leur pratique quotidienne, des référentiels seront élaborés à partir des conclusions des rencontres régionales prévues 2004 et 2005 qui porteront sur les moments clés de la maladie. Ces textes seront largement diffusés.

**2. Mieux prendre en compte les besoins des malades et des familles et mettre en place une offre adaptée**

L'instance prospective Alzheimer<sup>1</sup>, mise en place depuis 2 ans, travaille à une meilleure connaissance des besoins et des attentes des personnes et de leurs familles.

A partir de l'étude de ces besoins, l'objectif est de faire évoluer les modes de prises en charge en établissement et de faciliter la diffusion de nouveaux services (exemple : garde itinérante de nuit), d'anticiper le nombre de structures et de services nécessaires, d'aider à l'ouverture des structures adaptées à ces malades (guide d'appui en cours).

Parallèlement, il est essentiel de permettre aux personnes atteintes et à leurs familles de mieux connaître les différentes modalités d'accueil et de prise en charge des malades, de comprendre par exemple les différences entre les hôpitaux de jours, les accueils de jour et les autres modes de prise en charge, grâce à un document pratique sur le sujet, le « mémento Alzheimer ».

L'évaluation des besoins des personnes malades va également permettre d'adapter aux spécificités de cette maladie la grille de handicap permettant l'attribution de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Composée d'experts et d'acteurs de terrain

<sup>2</sup> Actuellement, 827 000 malades bénéficient de l'APA, dont 70 % souffrent d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée.

### **3. Faciliter le diagnostic précoce afin de ralentir l'évolution de la maladie et de prévenir ses complications**

Pour permettre de repérer la maladie au stade le plus précoce, une évaluation cognitive à partir de l'âge de 70 ans va être intégrée aux consultations de prévention prévues dans la loi de santé publique. De nouveaux « Centres de mémoire de ressource et de recherche » (CMRR) et de nouvelles « consultations mémoire » vont être créés et les moyens de ceux qui existent déjà renforcés. Un budget de 15 millions d'euros sera consacré à ces structures.

Après étude des nombreux tests et méthodes de prise en charge, les bonnes pratiques d'évaluation et de stimulation seront largement diffusées.

Pour la prévention des complications liées à la maladie, buccodentaires par exemple, des contrats de santé publique entre les Caisses d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes ainsi que des conventions avec les centres de santé dentaires et les services hospitaliers d'odontologie ont été signés.

### **4. Mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades à un stade précoce et les familles**

Dans le cadre d'une meilleure information et éducation sur la maladie, un outil spécifique d'éducation à la santé pour les professionnels et les malades a été réalisé (une mallette contenant un guide, une affiche et des livrets). Destiné en priorité aux médecins en charge des consultations de la mémoire, il est conçu pour faciliter la relation entre le médecin et le patient dès l'annonce du diagnostic. Il contribue à recueillir les attentes, faire préciser le ressenti avec pour objectif de mettre le patient au centre des soins.

Le « memento Alzheimer » poursuit le même objectif d'information destiné aux personnes atteintes pour les aider à gérer leur vie quotidienne.

Les groupes de parole et de soutien aux personnes malades et à leurs proches qui sont des pratiques indispensables vont être soutenues financièrement et plate-forme téléphonique d'aide et de conseil aux familles va être créée en lien avec l'association France Alzheimer.

### **5. Mieux accompagner les malades qui vivent à domicile grâce à la création de 13 000 places en petites unités de vie**

Les hébergements temporaires et les accueils de jour<sup>3</sup> vont être développés avec pour objectif de faire passer les seconds de 1 822 places en 2004 à 15 500 places en 2007 en petites unités de vie.

Parallèlement, le développement des réseaux gérontologiques et les réseaux ville-hôpital sera favorisé.

<sup>3</sup> Décret relatif à la tarification des prestations de soins dans les petites unités de vie et dans les accueils de jours autonomes, permettant la création de structures de moins de 25 places non reliées à des établissements médico-sociaux

## **6. Adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées pour prendre en compte la spécificité de cette maladie**

Afin d'améliorer la prise en charge, les effectifs de personnels dans les établissements vont être renforcés en permettant d'accroître l'encadrement médical dans les établissements qui accueillent des malades d'Alzheimer. Un financement supplémentaire de 88 millions d'euros y sera consacré jusqu'à 2007.

De plus, l'adaptation architecturale des établissements accueillant les malades est indispensable et un guide méthodologique à l'attention des décideurs, promoteurs et gestionnaires d'établissements propose des repères sur les modes et cadres de vie collective les plus adaptés à la spécificité des malades.

## **7. Développer la formation des professionnels et aider les bénévoles**

Grâce à la diffusion d'un CD Rom présentant le projet de soins et d'aide dans cette maladie, c'est à dire l'information sur la maladie, les recommandations thérapeutiques, le suivi, la prévention et le traitement et à la diffusion du guide des bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD).

Par ailleurs, la priorité doit être donnée à la formation dans le domaine de la relation et du comportement du professionnel de santé vis à vis du patient. Une formation de formateurs est prévue afin de former 300 formateurs.

En complément, cette problématique va être intégrée au sein de l'Université médicale virtuelle francophone<sup>4</sup> et un groupe de travail formation en partenariat avec le collège des enseignants sera chargé de la mise en place d'un volet spécifique maladie d'Alzheimer et maladies apparentées au sein de l'université.

## **8. Faciliter la prise en charge des malades en situation de crise**

La maladie d'Alzheimer est souvent marquée par des évolutions de l'état du malade nécessitant une hospitalisation. Il convient donc de faciliter la prise en charge par le développement des courts séjours gériatriques pour chaque établissement de santé disposant d'un SAU, en lien avec le plan urgences, d'élargir par la possibilité d'admission directe en service de soins de suite et de réadaptation en supprimant l'entente préalable jusqu'alors nécessaire.

Dans le même cadre, lors d'événement nécessitant un renforcement des mesures de maintien à domicile : il faut améliorer le soutien par le financement prioritaire des gardes à domicile en lien avec l'assurance maladie et les caisses vieillesse et en développant la prestation « aide au retour à domicile après hospitalisation ».

## **9. Prendre en compte la spécificité des patients jeunes**

Les formes précoces de la maladie d'Alzheimer, survenant avant 65 ans ne représentent que 5 % des cas, mais occasionnent toujours un retentissement très important pour le malade et son entourage. Un groupe d'experts pluridisciplinaire comprenant des représentants des malades va être constitué et chargé de faire des propositions pour une prise en charge adaptée.

<sup>4</sup> [www.umvf.prd.fr](http://www.umvf.prd.fr)

#### **10. Favoriser les études et la recherche clinique**

Priorité est donnée au soutien de la recherche clinique dans le domaine de la prise en charge.

Plusieurs programmes de recherche financés dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique concernent la maladie d'Alzheimer.

Un projet de l'Inserm portant sur l'impact du dépistage et du diagnostic précoce dans les détériorations cognitives a été lancé.

L'accent va être également mis sur la recherche relative aux cellules souches.

Un observatoire de recherche pour ces maladies va être créé.

### Annexe 3 : Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer

#### **Stade 1 : Aucune déficience(fonctions normales)**

La personne ne présente aucun trouble de la mémoire. Aucun symptôme de démence n'est décelé lors d'un entretien avec un professionnel de la santé.

#### **Stade 2 : Déficit cognitif très léger (pouvant être lié à l'âge ou aux premiers signes de la maladie d'Alzheimer)**

La personne a parfois l'impression d'avoir des trous de mémoire, d'oublier des mots courants ou l'endroit où se trouvent certains objets de la vie quotidienne. Mais aucun symptôme de démence n'est détecté lors d'examens médicaux ou par les amis, la famille ou les collègues.

#### **Stade 3 : Déficit cognitif léger (ces symptômes permettent de diagnostiquer chez certaines personnes, mais pas toutes, le stade précoce de la maladie d'Alzheimer)**

**Les amis, la famille et les collègues commencent à remarquer certains troubles. Lors d'un examen médical approfondi, les médecins sont capables de déceler des troubles de la mémoire ou de la concentration. Les difficultés courantes au stade 3 comprennent :**

- des difficultés manifestes à trouver le bon mot ou nom ;
- des difficultés à se souvenir du nom de personnes rencontrées récemment ;
- avoir manifestement plus de difficulté à effectuer des tâches dans un contexte social ou professionnel ;
- oublier quelque chose juste après l'avoir lu ;
- perdre ou ranger au mauvais endroit un objet de valeur ;
- des difficultés accrues à planifier ou à organiser.

#### **Stade 4 : Déficit cognitif modéré (stade léger ou précoce de la maladie d'Alzheimer)**

À ce stade, un examen médical approfondi permet normalement de déceler des symptômes évidents de la maladie dans plusieurs domaines :

- l'oubli d'événements récents ;
- l'altération de la capacité à résoudre des calculs mentaux, notamment le décompte de 7 en 7 à partir de 100 ;
- des difficultés accrues à exécuter des tâches complexes, telles que la préparation d'un dîner pour des invités, le règlement des factures ou la gestion des comptes ;
- l'oubli de son propre passé ;
- des sautes d'humeur ou un effacement, notamment dans des situations socialement ou mentalement éprouvantes.

### **Stade 5 : Déficit cognitif modérément sévère (stade modéré ou intermédiaire de la maladie d'Alzheimer)**

Des troubles de la mémoire et du raisonnement sont perceptibles et les personnes ont désormais besoin d'aide pour les activités quotidiennes. À ce stade, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent :

- être incapables de se souvenir de leur propre adresse ou numéro de téléphone ou encore du lycée ou du collège qu'elles ont fréquenté ;
- être désorientées sur le plan temporo-spatial ;
- avoir des difficultés à résoudre des problèmes mathématiques simples, comme effectuer un décompte de 4 en 4 à partir de 40 et de 2 en 2 à partir de 20 ;
- avoir besoin d'aide pour choisir des vêtements adaptés à la saison ou à une occasion particulière ;
- se souvenir encore d'événements importants de leur vie ou de celle de leur famille ;
- être encore autonome pour manger ou aller aux toilettes.

### **Stade 6 : Déficit cognitif sévère (stade modérément sévère ou intermédiaire de la maladie d'Alzheimer)**

Les troubles de la mémoire continuent de s'aggraver, des modifications de la personnalité peuvent apparaître et les personnes ont besoin d'une aide importante pour les activités quotidiennes. À ce stade, les personnes peuvent :

- ne plus se souvenir d'événements récents de leur vie ou de celle de leur entourage ;
- se souvenir de leur propre nom, mais avoir du mal à se souvenir de leur passé ;
- faire la différence entre des visages familiers et inconnus, mais avoir du mal à se souvenir du nom de leur conjoint ou du personnel soignant ;

- avoir besoin d'aide pour s'habiller convenablement et, sans supervision, faire des erreurs (par exemple, mettre leur pyjama par-dessus leurs vêtements ou inverser leurs chaussures) ;
- avoir des troubles majeurs au niveau du rythme de sommeil (dormir le jour et être actif la nuit) ;
- avoir besoin d'aide pour certains gestes liés à la toilette (par exemple, tirer la chasse d'eau, s'essuyer ou jeter le papier usagé) ;
- souffrir de plus en plus souvent d'incontinences urinaires ou fécales ;
- subir des modifications majeures de la personnalité ou du comportement, notamment ressentir de la défiance, avoir des hallucinations (croire, par exemple, que les membres du personnel soignant sont des imposteurs) ou présenter des troubles obsessionnels compulsifs comme se tordre les doigts ou déchirer du papier ;
- avoir tendance à errer ou à se perdre.

**Stade 7 : Déficit cognitif très sévère (stade sévère ou avancé de la maladie d'Alzheimer)**

Au cours de la phase terminale de la maladie, la personne n'est plus capable d'interagir avec son entourage, d'avoir une conversation, ni de contrôler ses gestes. Elle peut encore prononcer des mots ou des phrases.

À ce stade, la personne requiert une aide importante pour les activités quotidiennes telles que manger ou aller aux toilettes. Elle peut ne plus être capable de sourire, de se tenir assise et de lever la tête. Ses réflexes deviennent anormaux. Ses muscles se raidissent. Elle commence à avoir des troubles de la déglutition. »<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup><https://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp>

#### Annexe 4 : Tableau critères et indicateurs

Variables	Critères	Indicateurs
V1. Contention physique	Limitation des mouvements	- Emprisonnement - Barrière de lit - Fauteuil avec adaptable intégré
	Indication	- Prévention - Agressivité - Continuité des soins
	Alternative	- Avant la contention - Chaussure adaptée - Endroit calme
V2. Relation soignant-soigné	Relation d'aide	- Patient - Famille - Soignant
	Climat de confiance	- Relation triangulaire - Sécurité - Intimité
	Communication	- Empathie - Ecoute active - Relation triangulaire
V3. Sentiment néfaste	Déshumanisation	- Contention - Pathologie - Alternative
	Impuissance	- Contention - Pathologie - Alternative
	Frustration	- Patient - Soignant - Contention

## Annexe 5 : Grille d'entretien (IDE n°1) Infirmière débutante en EHPAD

(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi : quelle est la date de ton diplôme ?

IDE : je suis diplômée de Décembre 2020.

Moi : quel est ton parcours professionnel ?

IDE : je n'ai été qu'infirmière en EHPAD pour l'instant

Moi : depuis quand tu es ici ?

IDE : depuis décembre 2020.

Moi : quels étaient-tes motivations pour travailler ici ?

IDE: le relationnel. Comme j'ai effectué mon stage pré-pro dans cet établissement, je connaissais les pathologies des résidents. J'avais été réquisitionné au début du Covid et je voulais revenir ici. Je connaissais déjà les résidents, j'étais déjà à l'aise avec eux, je connaissais la structure.

Moi : l'adaptation a été rapide ?

IDE : oui, super rapide. En une semaine, j'ai su m'adapter.

Moi : peux-tu me définir les termes suivants : débutante ? et experte ?

IDE : définir débutante, experte ?

Moi : oui

IDE : débutante ?

Moi : oui, il y a 5 stades au niveau des infirmières

IDE : ouais

Moi : le premier stade c'est débutant et le dernier c'est expert

IDE : alors pour moi, une débutante est une infirmière sans expérience qui doit s'adapter et l'experte est une infirmière qui a des années d'expériences, qui n'est pas forcément proche de la retraite mais qui sait ce qu'il faut faire, qui réfléchit plus.

Moi : oui, c'est cela. Normalement c'était une infirmière qui a 15 ans et plus d'expériences.

IDE : oui, ok.

Moi : ensuite pour toi, c'est quoi les compétences de l'infirmière ?

IDE : les compétences de l'infirmière sont de savoir s'adapter aux résidents, connaître ce qu'elle peut faire et ne pas faire, savoir aiguiller le médecin quand il demande quelque chose. Avoir de la technique. Voilà, ce qui me vient en tête.

Moi : ensuite c'est quoi une relation d'aide pour toi ?

IDE : la relation d'aide, c'est être là pour le résident, l'écouter, et être avec lui quand il a besoin de nous. C'est discuter et l'aider en même temps.

Moi : ok

Moi : la relation soignant-soigné ?

IDE : c'est la relation que l'on peut avoir avec le résident. La communication et le lien que nous avons tissé avec lui. Et surtout, prendre en compte tous ses besoins, parce que si le

résident n'a pas confiance en son infirmier ou en l'aide-soignante, les soins seront difficiles. Il ne voudra pas faire ce que nous on voudrait qu'il fasse.

Moi : c'est un climat de confiance qui s'installe ?

IDE : ouais, c'est un climat de confiance. Puis-je donner un exemple ?

Moi: oui

IDE : ici, nous avons une résidente qui refuse systématiquement de prendre son traitement. Si je rentre dans sa chambre et que je lui montre, elle va me dire non tout de suite. J'ai dû établir un climat de confiance avec elle. Nous avons beaucoup discuté. Cette patiente se ronger les ongles donc à chaque fois je regarde ses mains, je l'informe que je vais faire un pansement. Je reviens en même temps avec son traitement. Et sans problème, elle prend ses médicaments. Un climat de confiance s'est installé entre nous.

Moi : ok.

Moi : la relation triangulaire, cela évoque quoi pour toi ?

IDE : la relation famille- malade-infirmier. Il faut un bon relationnel avec la famille car c'est parfois délicat de dire les choses. Nous sommes des relais et il faut qu'un climat de confiance se soit également installé avec la famille.

Moi : et à chaque fois, vous introduisez bien la place de la famille dans le parcours de soins du malade ?

IDE : ici, la famille est très présente. Normalement nous avons des horaires pour les appels mais souvent les familles nous appellent en dehors cette plage horaire. On leur répond, on leur donne des d'informations. Si nous rencontrons des petits soucis comme par exemple une chute, on les prévient systématiquement.

Moi : pour toi, c'est quoi la contention ?

IDE : alors la contention, c'est mettre en sécurité un résident soit par une ceinture ou au fauteuil. Dans notre structure, on utilise la ceinture pour éviter qu'une personne fasse une chute, qu'elle se mette en danger. C'est vraiment pour son bien-être, pour pas qu'elle se fasse mal. En tout cas, ici, la contention est utilisée pour cela.

Moi : ok.

Moi : y a -t-il un sentiment de déshumanisation ?

IDE : il peut y avoir un sentiment de déshumanisation si les soins sont automatiquement faits sans se soucier du bien-être de la personne. On ne parle pas de maltraitance mais de déshumanisation.

Moi : ok

Moi : y a-t-il un sentiment d'impuissance ?

IDE : quand une personne est en fin de vie et que l'on sait que malheureusement nous ne pouvons plus rien faire ou lors d'une situation d'urgence que le SMUR arrive et nous dit « arrêter on ne peut plus rien faire », on se sent vraiment impuissant.

Moi : je vais revenir sur la contention. Est-ce que tu as souvent recours à la contention ?

IDE : ici ?

Moi : oui

IDE : on l'utilise quand une personne chute de trop souvent ou quand elle ne sait plus vraiment se tenir au fauteuil.

Moi : et donc, en général c'est la ceinture, c'est bien cela ?

IDE : oui, mais dans la structure nous n'avons pas le genre de contention utilisée en

psychiatrie, les contentions où on attache.

Moi : c'est l'établissement qui ne veut pas ?

IDE : je ne pourrai pas trop te répondre mais je pense que ce sont les valeurs de l'établissement. Notre établissement est en centre médical. Nous ne sommes pas en psychiatrie.

Moi : la contention, elle-est protocolée ? Et par qui ?

IDE : oui, c'est le médecin qui prescrit parce que c'est sur prescription. Il prescrit tous les mois. On a une feuille avec le nom du résident, le motif, quel type de contention et après il signe.

Moi : es-tu informé sur la législation de la contention ?

IDE : alors pas du tout.

Moi : selon mes recherches, j'ai constaté qu'elle devait se mettre en dernier recours. Le consentement de la famille est demandé si le patient n'est plus en capacité de le faire.

IDE : ok.

Moi : est-ce que tu sais les risques et les conséquences de la contention ?

IDE : si on met une contention à une personne valide, on peut enlever son autonomie et elle peut s'enfermer sur elle-même. Un autre risque, dans le fauteuil coquille, si on met la contention et que le fauteuil est trop droit, la personne peut glisser en dessous et avoir la contention au niveau du cou. Il y a un risque d'étranglement. Mais de toute façon, c'est le médecin qui a le dernier mot, on ne peut pas l'empêcher, s'il le décide.

Moi : il y a une réunion lors de la mise en place d'une contention ?

IDE : après, oui, on en parle entre soignants

Moi : après, la mise en place de la contention, passez-vous régulièrement pour voir si tout va bien ?

IDE : oui.

Moi : pour vous, y a-t-il des alternatives à la contention physique, est-ce qu'il y en a dans l'établissement et est-ce que vous en utilisez ?

IDE : oui, on en utilise.

Moi : comme quoi ?

IDE : Sur une personne qui marche, au lit, par exemple, on va mettre des coussins, des protèges barrières, un matelas au sol si elle ne veut pas les barrières. Parce que les barrières, c'est une contention aussi.

Moi : c'est pareil, la prescription des barrières c'est tous les mois ?

IDE : oui, c'est tous les mois ici. Parce que parfois des résidents passent au bout du lit et peuvent chuter donc on laisse une barrière côté mur et l'autre barrière, on la baisse et on met un tapis de sol. C'est à réévaluer quand même. Parfois ils chutent même avec le tapis.

Moi : est-ce que tu as des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : moi, en particulier mon ressenti ?

Moi : par exemple, tu vas avoir des difficultés car la personne a peur ; elle est agressive et un mal-être va s'installer.

IDE : oui, il y a des personnes qui peuvent refuser.

Moi : il peut y avoir des refus ?

IDE : oui, on l'évoque avec le médecin. C'est lui qui prend la décision et si l'on doit adopter une autre contention. On peut rentrer dans la négociation avec la personne. On peut

lui dire, que c'est pour son bien-être. Pour ne pas la mettre en danger elle et les autres. C'est de la communication.

Moi : on reste dans la relation soignant-soigné

Moi : c'est quoi tes représentations face à la contention ?

IDE : cela dépend des contentions. Contention au lit : je suis d'accord. Contention fauteuil : aussi. Par contre, quand on les attache trop, je suis pas du tout d'accord. Je vois cela comme de la maltraitance. Même, si c'est pour son bien-être. Je trouve cela barbare.

Moi : ok

IDE : Quand il n'y a vraiment pas de choix et que la personne est agressive. Qu'elle passe au-dessus, je veux bien comprendre mais il y a des traitements pour cela. On peut donner du rispéridal, des gouttes. Franchement, il y a pleins de choses. Après, vraiment si c'est le dernier recours, Comme j'ai beaucoup de difficulté à voir une personne attachée au lit, je ne vais pas travailler en psychiatrie.

Moi : du coup, c'est quoi ton ressenti quand tu mets une contention ?

IDE : si on me demande de mettre une contention à une personne attachée au lit, je le ferais mais pour moi, c'est de la maltraitance.

Par contre, un résident au fauteuil, je me dis, c'est pour son bien-être, pour éviter qu'il se blesse, pour ne pas l'envoyer à l'hôpital.

Moi : c'est soit côté maltraitance, soit côté sécurité.

Moi : donc sur le plan éthique, tu parles de maltraitance, peux-tu me donner une définition ?

IDE : c'est quand on impose quelque chose à une personne qui ne veut pas le faire. On la force.

Moi : on ne demande pas son consentement ?

IDE : oui, voilà c'est cela.

Moi : ensuite, comment les patients réagissent face à la contention ?

IDE : il y a des personnes qui sont démentes donc elles ne s'en rendent pas compte. Il y avait une résidente contentionnée parce qu'elle avait chuté, elle avait une contention fauteuil. C'était un « carnage », elle criait « je veux aller au toilette » « détachez-moi » Mais c'était pour son bien-être.

Moi : ensuite, pour toi, c'est quoi le ressenti du résident ?

IDE : il peut être anxieux. Il peut se sentir emprisonner. Et, par contre il y a des personnes que cela peut rassurer

Moi : est ce qu'il y a déjà eu un résident qui a évoqué son ressenti ?

IDE : oui, la résidente précédemment citée n'aimait pas. A l'inverse un autre résident me disait régulièrement « S'il vous plaît, attachez-moi bien, je n'ai pas envie de tomber ». J'ai vu les deux cas.

Moi : est-ce que la famille est mise au courant lors de la mise sous contention ?

IDE : généralement, on les met au courant. Pas immédiatement mais lors des appels, on les informe que le médecin a prescrit de mettre des barrières. On les informe en douceur. En revanche pour une contention au fauteuil, vaut mieux prévenir la famille rapidement pour éviter les remarques « bah pourquoi, elle est contentionnée ? Vous nous avez pas prévenu. ».

Au niveau éthique, je pense qu'ils peuvent se retourner contre nous, contre l'EHPAD. Je ne connais pas vraiment les lois mais normalement, on est obligé les prévenir pour avoir leur consentement.

Moi : et, en général quel est le ressenti de la famille?

IDE : généralement, ils nous suivent. Un résident est placé en structure car sa famille ne peut plus le gérer. Il est placé pour une prise en charge globale.

Moi : il n'y a jamais eu de famille en colère ou choquée ?

IDE : pas à ma connaissance, je n'ai pas vécu cette situation-là.

Moi : comment est mise en place la relation soignant-soigné?

IDE : quand une personne arrive, l'équipe médicale se présente. On essaie de dédramatiser, de rigoler avec le patient. On lui demande le motif de son entrée, s'il a des pathologies particulières et son traitement.

Dès le départ, il va comprendre que nous sommes là pour l'aider. On fait l'inventaire. On discute de tout et de rien. Parce qu'ici, il y en a beaucoup qui se connaissent, donc forcément parfois cela facilite l'intégration. Ensuite, quand il y a le repas. On installe la personne, on essaie de savoir ce qu'elle aime ou n'aime pas. On met tout cela en place. On discute et on communique avec le résident, on ne le laisse pas tout seul dans son coin. On est toujours présent.

Moi : comment abordes-tu la relation soignant-soigné chez un patient contentonné?

IDE : cela dépend beaucoup de la pathologie. Si la personne est démente, je vais également me présenter même si je sais qu'elle va l'oublier. Si je reviens dans sa chambre, je me représente et je lui parle comme une personne sans pathologie. Quelle est une pathologie ou pas, pour moi, la prise en charge reste la même.

Moi : est-ce que le fait que le patient soit sous contention, cela peut avoir un impact sur le climat de confiance. Qu'en penses-tu ?

IDE : oui et non. Mais je dirais plus oui, le patient va se dire « je suis attaché, je n'ai pas confiance en elle et elle m'attache ». Pour moi le climat de confiance peut être rompu.

Moi : est-ce que quand tu mets une contention, tu as un sentiment de frustration ou d'impuissance ?

IDE : cela dépend de la situation. J'aurais un sentiment d'impuissance quand la personne est très très anxieuse, qu'on a essayé pleins de traitements et que cela ne fonctionne pas. Je dirais, je suis impuissante pour elle. Et au fond, de moi, je serais très frustrée. Au final, on n'aura pas réussi et c'est notre métier, on ne peut pas sauver tout le monde, on n'est pas des héros.

Moi : est-ce que tu pourrais me replacer selon ton ordre d'importance (je lui montre la feuille) les différents sentiments ?

IDE : le premier : sentiment de frustration à l'EHPAD. Le jour où je vais en psychiatrie cela sera impuissante.

Dans l'ordre :

- Sentiment de frustration
- Sentiment d'échec
- Sentiment d'impuissance

- Aucun ressentiment et sentiment de satisfaction serait au même niveau. Je peux être rassurée de le mettre mais pas super satisfaite. C'est pas par plaisir de le faire.

Moi : est-ce que tu as eu des formations au long de ton parcours sur la contention, le climat de confiance, la communication ?

IDE : à l'école, on nous l'apprend, On apprend la communication, la relation de confiance, la relation soignant-soigné.

Ici, je n'ai pas eu de formations. On m'a appris à faire un test PCR. C'est tout ce qu'on m'a appris, en même temps avec la situation actuelle, c'est difficile d'aller en formation.

Moi : et tu aimerais faire des formations, cela t'aiderait ?

IDE : oui, j'ai envie de faire des formations. Après une formation sur la contention, cela peut être bien. Peut-être que cela changerait mon point de vue. Je pense que j'arriverai mieux à mettre en place une relation après des formations.

Annexe 6 : Grille d'entretien ( IDE n°2) Infirmière performante en EHPAD.

(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi : mon sujet porte sur la contention dans la relation soignant-soigné. Ma problématique est la suivante : « la mise sous contention physique de la personne soignée engendre un sentiment néfaste dans la relation soignant-soigné »

Première question, quelle est la date de votre diplôme ?

IDE : 18 juillet 2014.

Moi : quel est votre parcours professionnel ?

IDE : j'ai été aide-soignante pendant 4 ans et ensuite j'ai repris mes études en 2011 pour être infirmière.

Moi : en ehpad ?

IDE : oui, en ehpad.

Moi : depuis quand êtes-vous dans ce service ?

IDE : cela fait 3 ans que je suis dans cet établissement.

Moi : quelles sont vos motivations pour y travailler ?

IDE : je viens d'une autre région. Dans ma région d'origine, je travaillais dans un Ehpad. A mon arrivée, j'ai déposé un CV dans cette structure et voilà.

Moi : vous aviez des envies particulières ?

IDE : non, pas d'envie particulière.

Moi : pouvez-vous me définir les termes suivants ? (Je lui montre ma feuille). Pour vous débutante/experte ?

IDE : les jeunes diplômés sont des débutants alors que les experts sont des infirmiers qui ont de l'expérience. Un expert dans un domaine, par exemple une infirmière experte en ehpad, c'est une infirmière qui travaille qu'en ehpad et ne connaît que l'ehpad.

Moi : oui, c'est cela.

Moi : c'est quoi pour vous les compétences de l'infirmière ?

IDE : les compétences ?

Moi : oui

IDE : c'est du savoir être, du savoir-faire et du savoir.

Moi : pour vous, c'est quoi la relation d'aide ?

IDE : c'est proposer des améliorations vis à vis d'un résident, l'aider à faire des choses qu'il ne parvient plus à faire, veiller toujours sur lui

Moi : la relation soignant-soigné?

IDE : par exemple, la communication, l'empathie, la congruence. C'est tout ton savoir être et ton savoir-faire qui rentre dans cette relation là . C'est ton attitude, ta façon d'être.

Moi : ensuite, le climat de confiance ? Comment le caractérisez-vous ?

IDE : c'est vis à vis d'un résident. De ne pas lui mentir, lui montrer que tu es là pour lui et qu'il peut compter sur toi. Il faut toujours être avec lui, à son niveau. C'est en faisant ces choix là, que le résident va avoir confiance en toi. Il faut que tu lui portes une attention. Que tu réponds à ses besoins pour qu'un climat de confiance s'établisse.

Moi : ok.

Moi: la relation triangulaire ?

IDE : pour moi, c'est le soignant, le résident et la famille. C'est le triangle. Le résident est aidé par les professionnels et la famille. Le soignant aide le résident et la famille. Et enfin la famille aide le résident et le soignant. Les 3 travaillent ensemble pour améliorer la prise en charge du résident.

Moi : la contention, vous la définissez comment ?

IDE : ce sont tous les moyens comme la ceinture ou les barrières de lit pour qu'un résident évite de se mettre en danger.

Moi : le sentiment de déshumanisation ?

IDE : c'est de ne pas porter d'attention à la personne que tu soignes. Tu es juste là pour faire ton travail sans te préoccuper de son bien-être

Moi : et le sentiment d'impuissance ?

IDE : c'est de vouloir faire des choses que tu ne peux pas faire. On veut toujours le mieux pour le résident mais parfois c'est impossible.

Moi : est-ce que vous avez souvent recours à la contention ?

IDE : oui, on a des ceintures de contention au fauteuil et les barrières de lit. Elles sont seulement mises en place. La ceinture est mise en place pour éviter les chutes. Et les barrières sont parfois mises pour permettre au résident de se sentir en sécurité.

Moi : est-ce que la contention est protocolée ? Par qui ? Et est-elle renouvelée ?

Combien de fois?

IDE : oui. Dans la structure, il existe un cahier dans lequel le médecin note la date, le nom du résident, le type de contention. Ce n'est pas le médecin coordinateur qui la met en place mais le médecin traitant du résident. Certains médecins renouvellent leur prescription tous les 3 mois ou 6 mois.

Moi : ok.

Moi : est-ce que vous avez connaissance de la législation face à la contention ?

IDE : oui. Je sais qu'il existe une législation. C'est le code de la santé publique. Je ne l'ai plus en tête.

Moi : avez-vous une idée du contenu ?

IDE : non je sais pas. Après c'est une recommandation de bonnes pratiques, il y a 10 critères à respecter selon l'HAS.

Moi : oui.

Moi : est-ce que vous connaissez les risques et les conséquences de la contention ?

IDE : la contention peut entraîner des douleurs, échauffements, des rougeurs, des plaies avec les barrières et parfois des décès. Mais également de la colère

Moi : effectivement il y a le sentiment d'immobilisation, de mobilité et parfois de plaies.

IDE : ah bah oui.

Moi : est-ce qu'il y a des alternatives à la contention dans l'établissement ?

IDE : oui, mais plus pour les gens qui déambulent, on va mettre des barrières de lit, en général, une barrière côté mur et un tapis de sol en face. Cela va permettre d'éviter le risque de chute, au vu que la personne passe au bout du lit si les barrières étaient mises. Cela va

restreindre le risque de blessures avec les barrières.

Moi : est-ce que vous avez des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : effectivement, nous avons, parfois des résidents agités, en pleurs. Ils ne comprennent pas la mise en place de la contention

Moi : et, vous arrivez quand même à mettre la contention au final ?

IDE : on fait beaucoup de communication avec le résident. On prend le temps d'être attentif à leurs craintes et peurs. Un jour, un résident était d'accord pour la mise en place mais en fin de journée, il souhaitait l'enlever. Il a essayé de trouver un couteau ou un ciseau pour pouvoir l'ôter. C'est surtout avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou cela est difficile. Il faut répéter à plusieurs reprises.

Moi : quelles sont vos représentations face à la contention ?

IDE : contention, ça ne veut pas forcément dire atteinte à la liberté. Pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, je pense que pour eux, c'est plus une atteinte à la liberté. Je suis assez mitigé par rapport à cela. Il s'agit surtout d'une mise en sécurité.

Moi : quel est votre ressenti ?

IDE : d'abord c'est un sentiment de sécurité même si parfois j'ai un sentiment de tristesse et d'impuissance.

Moi : sur le plan éthique, quel est votre ressenti face à la contention ? Bien traitance, mal traitance ?

IDE : cela dépend fortement du résident. C'est du cas par cas.

Moi : Et comment définissez-vous mal traitance et bien traitance ?

IDE : bientraitance : veiller à ce que le résident soit bien traité, il est dans son confort. Il n'y a pas de mise en danger.

Maltraitance : les actes passent par de la violence. On lui met une contention sans lui expliquer et on utilise la force. On n'essaie pas de le comprendre.

Moi : comment les patients réagissent à cette contention ?

IDE : il y a des résidents qui réagissent bien à la mise en contention. Ce sont surtout les personnes atteintes d'Alzheimer qui réagissent le plus violemment. Une fois, j'ai mis une contention à une résidente, elle n'était pas vraiment contente.

Moi : comment a-t-elle manifesté son mécontentement ?

IDE : elle était agressive, elle criait « enlever-moi cette contention, je n'ai pas à avoir de contention, je veux marcher »

Moi : quel est le sentiment du patient après cette contention ?

IDE : de la colère. Il y a de l'incompréhension.

Moi : comment la famille réagit face à la contention ?

IDE : en général, la famille réagit bien. On leur explique le pourquoi de la mise en place la contention avec le médecin.

Moi : ainsi elle est prévenue ?

IDE : oui dans la mesure où la famille doit signer la feuille de contentions.

Moi : même si le patient est consentant ?

IDE : oui

Moi : comment mettez-vous en place une relation soignant-soigné avec tout patient ?

IDE : faire preuve d'empathie, de disponibilité, être à l'écoute .

Moi : la relation est-elle identique avec un patient contentonné ?

IDE : je garde la même attitude.

Moi : donc la relation ne va pas être altéré ?

IDE : non, si tu connais bien ton résident, tu sais comment il réagit. Tu arrives à trouver la bonne attitude pour que tout soins se passe bien.

Moi : ok.

Moi : est-ce que le climat de confiance peut être altéré avec une personne qui est sous contention ?

IDE : oui

Moi : pourquoi ?

IDE : si tu as établi une relation de confiance avec un résident et que tu dois lui mettre une contention alors qu'il ne le souhaite pas. Cette relation va être altérée car il va t'en vouloir. Il ne va plus te faire confiance, il est en colère contre toi peut-être pour une journée et après le lendemain, il aura oublié. Il faut re créer ce climat de confiance.

Moi : face à une contention, avez-vous une certaine frustration et/ou impuissance?

IDE : de la frustration. Parfois le résident refuse la contention et te supplie. Et impuissance aussi. De nombreuses fois tu voudrais ne pas mettre de contention mais face à la situation, tu n'as pas le choix.

Moi : je vais vous demander de classer dans l'ordre d'importance vos sentiments ( je montre la feuille).

IDE :

- Sentiment d'impuissance
- Sentiment frustration
- Sentiment d'échec
- Sentiment de satisfaction
- Aucun ressentiment

Moi : est- ce que vous avez déjà bénéficié de formation pendant vos études ou votre parcours professionnel ?

IDE : la contention, la relation d'aide et le climat de confiance ont été évoqués pendant mes études

Moi : et, l'établissement, vous a-t-il proposé des formations ?

IDE : dans la structure, il y a parfois des formations. Il y a eu une formation sur la bien traitance mais je n'y ai pas participé.

Moi : qu'attendez-vous d' une formation ?

IDE : une remise en question, savoir si ce qu'on met en place est correct.

## Annexe 7 : Grille d'entretien ( IDE n°3) Infirmière débutante en médecine gériatrique.

(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi : quelle est la date de votre diplôme ?

IDE : j'étais diplômée en novembre 2019.

Moi : quel est votre parcours professionnel ?

IDE : je suis restée dans le service après mon dernier stage. Je suis dans le service depuis novembre 2019.

Moi : quelles sont vos motivations ?

IDE : c'était mon projet professionnel en médecine gériatrie.

Moi : pouvez-vous me définir les terme débutante/experte ?

IDE : pas exactement. Néanmoins, je me qualifierais de débutante.

Moi : une débutante a moins de 2 ans d'expériences et une experte a 15 ans et plus.

IDE : je suis donc débutante.

Moi : pouvez-vous me définir les compétences de l'infirmière ?

IDE : il y en a énormément. De l'empathie, de l'organisation dans un service de médecine, de la rigueur, la transmission de savoir, la pédagogie avec les étudiants.

Moi : pouvez-vous me définir la relation d'aide ?

IDE : dans cette relation, on évoque un aidant et un aidé. Aussi, l'aidant va se trouver en position de force. Mais pour que cette relation aboutisse, il faut réduire cette différence, créer un équilibre pour que l'aidé ne se retrouve pas en position de faiblesse.

Moi : pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné ?

IDE : une relation soignant-soigné repose sur de l'empathie et de la bienveillance. Une relation soignant-soigné c'est un but.

Moi : pouvez-vous me définir un climat de confiance ?

IDE : selon moi, c'est à partir du moment où le patient me laisse faire ses soins ou qu'il me fait part de ses doutes et/ou de ses craintes.

Moi : pouvez-vous me définir la relation triangulaire ?

IDE : il existe 2 situations triangulaires : entre le patient, l'infirmière et le médecin et entre la famille, le patient et le soignant.

Moi : mon sujet est plus avec la famille.

IDE : la relation patient/famille/soignant repose sur un climat de confiance sur une relation d'aide.

Moi : ensuite nous allons évoquer la contention. Comment la définissez-vous ?

IDE : grande question. La contention est de mettre en place des dispositifs pour éviter que le patient ne se mette en danger.

Moi : pouvez-vous définir le sentiment de déshumanisation ?

IDE : c'est lorsqu'un patient devient objet, une pathologie. On ne parle plus de patient, mais de numéro de chambre. Voilà

Moi : Et le sentiment d'impuissance ?

IDE : on sait que ce qu'on fait ne colle pas forcément avec ce que l'on aurait besoin de faire, mais qu'on ne peut pas faire autrement.

Moi : est-ce que vous avez souvent recours à la contention ?

IDE : en médecin gériatrie, oui. Le plus souvent, il s'agit de contention au fauteuil dans la mesure où les patients ont une marche assez approximative. Dans notre structure, il existe également une contention que j'approuve, et qui est, à mon goût moins déshumanisante, il s'agit de la facilité.

Moi : je ne connais pas

IDE : alors, il s'agit de gigoteuses comme pour les bébés. Connaissez-vous la gigoteuse ?

Moi : oui.

IDE : alors, c'est une grande gigoteuse pour adulte. Donc on l'installe dans le lit et on peut mettre les bras dedans et, en bas on trouve un grand sac avec une fermeture éclair. Et cette gigoteuse est attachée dans le lit.

Moi : ah oui, on appelle cela un pyjadrapp.

IDE : ah bas voilà, c'est exactement cela. Après je pense que c'est suivant les marques de fabrique. C'est la contention qui est attachée dans le lit et le patient est dedans. Ainsi il est plus libre de ses mouvements. Après, les contentions poignées sont également utilisées surtout pour éviter que les patients arrachent les perfusions. Actuellement en médecine, je suis dans le service Covid. Mes patients sont pratiquement à 15L d'oxygène et s'ils enlèvent leur masque à oxygène, ils ne tiennent pas longtemps et ils désaturent très rapidement. Malheureusement, on est obligé d'en arriver là.

Moi : est-ce que la mise sous contention est protocolée ?

IDE : oui. Elle est protocolée par le médecin. C'est le médecin qui prescrit. Mais j'avoue que parfois, les infirmières et aides-soignantes prennent la décision de mettre sous contention et elles demandent par la suite la prescription au médecin. Qui en général, dans vraiment 99% des cas, donne son accord.

Moi : et, il réévalue quand même ?

IDE : c'est nous qui faisons la réévaluation, à chaque passage. Moi, dans mon plan de soins, je dois valider la réévaluation des contentions.

Moi : avez-vous connaissance de la législation face à la contention ?

IDE : pas du tout.

Moi : connaissez-vous les risques/conséquences de la contention ?

IDE : au niveau clinique, des œdèmes peuvent apparaître surtout si les contentions sont trop serrées. Et puis à long terme, ça va être la grabatisation forcement.

Moi : avez-vous déjà vu des décès ou autres suite à la mise en contention ?

IDE : non.

Moi : avant de mettre en place la contention, essayez-vous d'autres alternatives ?

IDE : oui bien sûr. On tente de négocier avec le patient. C'est un peu de l'infantilisation ce que je vais dire mais on essaye de faire comme avec les enfants, de les prévenir de ce qui va se passer si jamais il ne reste pas assis ou allongé dans le lit, de ce qu'il peut se passer en terme de chute. S'ils ont des masques et qu'ils les enlèvent, ils vont avoir des difficultés à

respirer. L'obligation de repiquer si les perfusions sont arrachées. Etc. On tente aussi de négocier avec les médecins. En général, ils ne sont pas favorables à la mise sous contention. Ils essaient également de faire bénéfice/risque en prescrivant un anxiolytique, pour tenter de les calmer. Soit en effet cela va fonctionner et cela va les calmer. Ou parfois malheureusement cela va augmenter le risque de chute.

Moi : avez-vous des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : de ma petite expérience, cela va dépendre du patient. Quand c'est un patient atteint de démence, malgré nos efforts pour lui expliquer, je mets bien volontiers la contention puisqu'il s'agit d'un moyen pour le protéger. En revanche, d'autres patients qui sont têtus, la contention va créer un sentiment de mal être. J'ai l'impression de le punir

Moi : quelles sont vos représentations face à la contention ?

IDE : pour moi, c'est un moyen de protection et de sécurité.

Moi : pour le soignant et le soigné ?

IDE : pour le soigné. Pour le soignant, cela nous économise des actes négatifs répétitifs pour le patient. Le mot pour moi qui va avec contention c'est sécurité.

Moi : et quel est votre ressenti face à la contention ?

IDE : en médecine gériatrique, je suis rassurée quand on met sous contention un patient qui en a besoin.

Moi : sur le plan éthique, quelle est votre ressenti face à la contention ? bienveillance et maltraitance

IDE : c'est un peu des deux. Selon moi, si un patient a besoin de la contention et que l'on s'engage à la réévaluer régulièrement, nous sommes dans la bienveillance. En revanche, si pour une raison d'effectif, de manque de personnel, nous mettons en place la contention, nous sommes dans la maltraitance.

Moi : comment les patients réagissent face à la contention ?

IDE : plusieurs cas de figure. Les patients qui sont encore cohérents et qui tentent par tous les moyens à les ôter. Pour les patients atteints de troubles cognitifs, la situation diverge selon les jours. Le plus souvent, ils se laissent faire. Non parce qu'ils comprennent mais plus parce qu'ils n'ont plus la force. Surtout avec les patients ayant le covid.

Moi : quel est le ressenti du patient ?

IDE : surtout de l'incompréhension. Les patients un peu cohérent me demandent sans cesse d'enlever les contentions aux poignées. Et je leur réponds par la négative.

Moi : comment la famille réagit face à cette contention ? est-elle prévenu ?

IDE : non, ils ne sont pas prévenus automatiquement. Avec le Covid, les familles ne sont plus acceptées. Donc lors de leurs appels, on les informe de la mise en place de la contention. Ce n'est pas la prescription du médecin qui induit l'appel aux familles. Certaines familles réagissent bien. Elles pensent avant tout à la sécurité de leur proche. Nous avons une famille qui lors des visites, enlève la contention dans la mesure où elle surveille le patient. Puis on la remet ensuite.

Moi : comment va être mise en place la relation soignant-soigné pour les patients ?

IDE : déjà, il faut une relation de confiance. Le patient comprend ce qu'il est en capacité de comprendre, je dois donc être délicate dans mes gestes et mes paroles.

Moi : est-ce cette relation va changer un patient sous contention ?

IDE : lorsque je mets en place une contention, j'accentue le climat de confiance. Le patient doit comprendre que la contention que je mets en place, c'est pas pour mon plaisir personnel, c'est vraiment pour qu'il soit en sécurité.

Moi : et ce climat de confiance est-il altéré avec un patient sous contention ?

IDE : cela va dépendre de l'état de compréhension du patient. Si le patient comprend ce que je fais, il ne sera pas altéré. Mais chez les patients déments, c'est une autre affaire. Ils ne sont pas en capacité de comprendre. Le climat de confiance diminue selon la compréhension du patient face à la contention.

Moi : lors de la mise sous contention, avez-vous une certaine frustration et/ou impuissance ?

IDE : oui, j'ai un sentiment d'impuissance

Moi : pourquoi ?

IDE : ayant tout essayé avant de mettre les contentions, je me sens impuissante. Et c'est déshumanisant pour lui.

Moi : pouvez-vous remettre ces 5 sentiments dans l'ordre d'importance selon vous ?

IDE :

- Sentiment d'impuissance
- Sentiment d'échec
- Sentiment de frustration
- Sentiment de satisfaction quand contentions sont mises
- Aucun ressentiment car forcément une contention c'est pas anodin.

Moi : et, la dernière question, est ce que pendant votre parcours vous avez eu des formations sur la contention, la relation d'aide, le climat de confiance ?

IDE : dans la structure, j'ai assisté à des interventions mais pas de formation. Ce sont surtout des notions étudiées en cours.

Moi : seriez-vous intéressé par une formation ?

IDE : comme je travaille dans le public, ils m'ont posé la question des formations que j'aimerais faire, et j'ai répondu : la contention, la communication, et comment gérer les familles dans ce genre de situation.

Annexe 8 : Grille d'entretien ( IDE n°4) Infirmière performante en médecine gériatrique  
(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi : quelle est la date de votre diplôme ?

IDE : en 2010

Moi : quel est votre parcours professionnel ?

IDE : de 2010 à 2012 : infirmière intérimaire sur toute la Normandie. De 2012 à décembre 2017 : infirmière dans le même service de gériatrie. De 2018 à 2019 : fonction cadre. De 2020 à aujourd'hui, je suis cadre de santé. Et au niveau des formations de 2017 à 2018 : un diplôme universitaire de gérontologie sociale. De 2019 à 2020 : école des cadres, avec un master 2 en management des organisations en santé.

Moi : quelles sont vos motivations ?

IDE : la soif d'évolution. Je suis un petit peu carriériste.

Moi : il y a plusieurs termes à définir pour cette question. Pouvez-vous me définir le terme débutante/experte ?

IDE : selon moi c'est totalement contradictoire. Une débutante, c'est lorsque l'on débute quelque chose, qu'on ne maîtrise pas.

Alors que l'expert, c'est une personne que je qualifierais de très compétente dans un domaine et qui maîtrise. La personne est en capacité de transférer son savoir. Dans des situations complexes, inattendues voire exceptionnelles, elle est capable de gérer.

Moi : selon vous, vous êtes débutante ou experte ?

IDE : en tant que quoi ?

Moi : en tant qu'infirmière

IDE : à mon avis, je ne suis pas experte car en tant qu'infirmière en gériatrie, j'ai peu d'années d'expérience.

Moi : quelles sont les compétences de l'infirmière, selon vous ?

IDE : des compétences techniques et relationnelles. Des compétences d'adaptations et organisationnelles.

Moi : la relation d'aide ?

IDE : c'est un échange entre deux interlocuteurs, un professionnel et un usagé. Le but est de venir en aide à l'usagé et de répondre à ses besoins.

Moi : la relation soignant-soigné ?

IDE : c'est une relation entre un professionnel de santé et un usagé.

Moi : le climat de confiance

IDE : une confiance s'est installée entre deux interlocuteurs. Le climat de confiance est un climat propice. Une certaine confiance se met en place entre les deux interlocuteurs.

Moi : la relation triangulaire ?

IDE : c'est une relation entre la famille, le patient et le soignant. C'est aux soignants de la renforcer.

Moi : comment définissez-vous la contention ?

IDE : selon moi, la contention est une privation de liberté. Elle peut être soit chimique, soit physique. Chimique par des traitements, le patient va être sédaté. Physique par des moyens comme des barrières au lit, les ceintures ventrales ou au fauteuil.

Moi : le sentiment de déshumanisation ?

IDE : l'absence d'émotion dans les soins.

Moi : et le sentiment d'impuissance.

IDE : le fait de ne pas pouvoir répondre aux besoins et aux attentes de l'usagé malgré soi.

Moi : avez -vous souvent recours à la contention ?

IDE : oui

Moi : quels types de contention et dans quelles situations ?

IDE : les personnes avec un risque de chute, pour éviter qu'elles se mettent en danger. On utilise des contentions physiques avec des ceintures abdominales et des contentions pelviennes. Ensuite, nous avons également des personnes agressives. Parfois nous sommes obligés de pratiquer une contention chimique (une injection de neuroleptique en intramusculaire) .

Moi : est-ce que cette contention est protocolée et par qui ?

IDE : oui, complètement, sinon c'est illégal. Elle est protocolée par le médecin.

Moi : la prescription est-elle renouvelée souvent ?

IDE : normalement, idéalement, c'est une fois tous les 28 jours.

Moi : avez-vous connaissance de la législation face à la contention ?

IDE : non, pas vraiment. Je sais qu'il existe une législation.

Moi : connaissez-vous les risques/conséquences de la contention ?

IDE : certains, pas tous. Le fait de grabatiser la personne. Favoriser le syndrome de glissement, favoriser la perte d'autonomie, d'estime de soi, le sentiment d'échec pour la personne, le sentiment d'être maltraité pour la personne.

Moi : avez-vous essayez des alternatives avant de mettre la contention ?

IDE : oui, on essaye toujours. On va mettre en place du matériel adapté, étudier les alternatives avec l'ergothérapeute ou la kiné. Par exemple, la personne est peut-être mal chaussée, son matériel n'est peut-être pas adapté pour la marche. Si elle a chuté dans sa chambre, cela est peut-être dû à un mauvais éclairage, on va donc essayer de mettre une lumière plus forte.

Moi : avez-vous des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : non. Souvent les patients ont des troubles cognitifs. Ils se laissent souvent faire.

Moi : quelles sont vos représentations face à la contention ?

IDE : comme nous n'avons pas d'autre choix pour préserver la personne et éviter qu'elle se mette en danger, j'y suis favorable.

Moi : quel est votre ressenti face à la contention ?

IDE : au début, c'est frustrant. J'avais l'impression de maltraiter le patient. Avec le temps, et les risques encourus, je l'accepte.

Moi : sur le plan éthique, quel est votre ressenti face à la contention ? maltraitance et bienveillance ?

IDE : c'est de la maltraitance, oui et non. Faut que ce soit fait au bon moment et avec un bon usage. Il ne faut pas en abuser.

Moi : ensuite, comment les patients réagissent face à la contention ?

IDE : certains la refusent mais en général avec une explication, ils l'acceptent mieux.

Moi : et, quel est le ressenti du patient ?

IDE : c'est très mal vécu. Il y a un sentiment d'incompréhension.

Moi : la famille est-elle prévenue lors de la mise en place de la contention ?

IDE : pas systématiquement. Elle est prévenue en cas d'urgence pour une personne qui a pas l'habitude d'avoir une contention.

Moi : et, elle réagit comment ?

IDE : cela varie. Certaines familles ne comprennent pas au début. Ensuite à partir du moment où elles comprennent que c'est dans l'intérêt de leurs proches, elles l'acceptent. Il faut bien argumenter.

Moi : comment va être mise en place la relation soignant-soigné pour tout patient ?

IDE : on met en place une réunion avec l'équipe pluridisciplinaire pour discuter du patient, de ses besoins et attentes. Ensuite, notre rôle est de faire tout notre possible pour que la personne se sentent bien. La communication va être très utilisée.

Moi : est-ce que cette relation va changer avec une personne sous contention ?

IDE : non.

Moi : la mise sous contention va-t-elle altérer le climat de confiance ?

IDE : oui, cela peut altérer, et très fortement même. Avec le temps et grâce à la communication, nous tentons de maintenir ce lien de confiance.

Moi : lorsque vous mettez une contention, avez-vous une certaine frustration et/ou impuissance ?

IDE : oui, les deux. Parce que c'est jamais agréable de contentionner quelqu'un, de le priver de ses libertés. Dans toutes les situations face à la contention, en général, j'ai ses sentiments.

Moi : pouvez-vous remettre dans l'ordre d'importance ces 5 sentiments ?

- Sentiment frustration
- Sentiment impuissance
- Sentiment échec
- Sentiment de satisfaction
- Aucun ressentiment

Moi : dernière question, pendant votre parcours avez-vous eu des formations sur la

contention, la relation d'aide, le climat de confiance ?

IDE : non aucune, je n'ai reçu aucune formation à l'hôpital.

Moi : selon vous, ces formations vous aurez apporté quoi ?

IDE : cela m'aurait permis d'apprendre davantage sur la contention.

### Annexe 9 ; Grille d'entretien ( IDE n°5) Infirmière débutante en psychiatrie

(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi : quelle est la date de votre diplôme ?

IDE : j'ai été diplômé en juillet 2019.

Moi : quel est votre parcours professionnel ?

IDE : j'ai été diplômé en juillet 2019 et en septembre 2019, j'ai intégré le service de la psychiatrie dans lequel je travaille encore actuellement

Moi : quelles ont été vos motivations pour y travailler ?

IDE : j'ai toujours voulu travailler en psychiatrie. On peut allier soins techniques et soins relationnels. Dans d'autres services, c'est parfois compliqué de combiner les deux.

Moi : pouvez-vous me définir ces termes, débutante/experte ?

IDE : une débutante est une personne qui vient de prendre le poste après le diplôme. Et une experte, c'est une infirmière qui connaît bien sa spécialité ainsi que le service dans lequel elle travaille.

Moi : selon vous, vous êtes débutante ou experte ?

IDE : je ne suis ni débutante, ni experte. Je suis entre les deux. Une infirmière n'est jamais experte parce qu'il y a toujours de nouvelles recommandations, des évolutions dans les soins, et les évolutions dans la recherche.

Moi : pouvez-vous me définir les compétences de l'infirmière ?

IDE : ce sont tous les actes, toutes les connaissances acquises au cours du parcours professionnel.

Moi : comment définissez-vous la relation d'aide ?

IDE : permettre au patient d'aller mieux grâce à la communication et aux soins qu'on lui prodigue.

Moi : comment définissez-vous la relation soignant-soigné ?

IDE : il s'agit de mettre en place un lien de confiance avec le patient. Ainsi qu'une communication adaptée tout en gardant la distance professionnelle. Mais il est important de savoir mettre une barrière avec les patients car certains nous prennent pour des copains.

Moi : avec cette barrière, arrivez-vous néanmoins à mettre en place un climat de confiance ?

IDE : oui. Il faut juste faire comprendre au patient que nous sommes présents pour l'aider, répondre à ses besoins.

Moi : comment caractérisez-vous le climat de confiance ?

IDE : c'est à partir du moment où le patient vient se confier, lorsqu'on arrive à effectuer des soins sans difficulté.

Moi : comment définissez-vous la relation triangulaire ?

IDE : l'intégration famille, patient, soignant. Cette relation peut être positive ou négative. Parfois la famille est trop présente dans la prise en charge de leur proche. Le patient passe par sa famille pour exprimer ses besoins. Il est difficile alors d'établir un climat de confiance avec le patient.

Moi : comment définissez-vous la contention ?

IDE : une contention, c'est un moyen pour contenir. Il existe différents types de contentions. Une contention chimique grâce au neuroleptique qui sont des sédatifs et la contention physique.

Moi : selon vous, le sentiment de déshumanisation ?

IDE : le soignant n'est plus en accord avec sa pratique professionnelle.

Moi : et le sentiment d'impuissance ?

IDE : nous sommes face à une situation où l'on aimerait aider le patient mais tout ce qu'on met en place, toutes les démarches n'aboutissent pas.

Moi : avez-vous souvent recours à la contention ?

IDE : oui. Parfois, nous n'avons pas le choix. On contentionne un patient s'il y a un fort risque d'auto-agressivité envers lui ou les autres. Actuellement dans le service, on utilise beaucoup la contention. Nous avons une patiente anorexique mentale. Pour la nourrir via une sonde naso-gastrique, nous n'avons pas le choix de la contentionner.

Moi : la contention est-elle protocolée et par qui ?

IDE : oui. Il existe une procédure à suivre pour la mise en place de la contention. Ce sont les médecins qui la prescrivent, c'est sur décision médicale. Parfois, nous mettons en place une contention avant la prescription dans la mesure où le médecin nous avait donné son accord verbal au préalable.

Moi : elle est renouvelée pour combien de temps ?

IDE : oui, la contention doit être renouvelée toute les 6 heures et il faut que cela soit prescrit tous les 6 heures par le médecin.

Moi : avez-vous connaissance de la législation face à la contention ?

IDE : il y a les recommandations de l'HAS qui nous dictent nos actes. Elles ont été mises à jour en janvier 2021. Il faut savoir que la contention peut être mise que dans une chambre isolée ou sécurisée. C'est interdit de mettre une contention dans une chambre normale en psychiatrie. Le patient peut porter plainte à la sortie. De plus, la contention doit être mise en place en derniers recours.

Dans les contentions, les poignées et les chevilles peuvent être attachées. Une sangle au niveau du thorax et une sangle au niveau de l'abdomen sont installées. La sangle abdominale est obligatoire dans les contentions. Il faut éviter que le patient tombe du lit en se débattant.

Moi : connaissez-vous les risques et les conséquences de la contention ?

IDE : oui, il peut y avoir des escarres, des phlébites, des constipations, des douleurs, des marques au niveau de la contention en se débattant.

Moi : avez-vous déjà vu des étranglements ou des décès ?

IDE : non

Moi : avez-vous dans le service des alternatives à la contention physique ?

IDE : oui, on essaye la sédation chimique avec les neuroleptiques.

Moi : avez-vous des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : parfois, c'est difficile. La contention est mise pour des patients agités. Une infirmière seule ne peut pas l'installer. Il faut malheureusement avoir recours à la force. Nous n'avons

pas de formation et les premières fois, nous sommes démunies

Moi : quelles sont vos représentations face à la contention ?

IDE : utiliser la contention ne me dérange pas à partir du moment où cela n'est pas abusif. La contention permet de canaliser et recentrer le patient assez rapidement. Cela évite la mise en danger.

Moi : quel est votre ressenti face à la contention ?

IDE : je ressens de la colère et de l'impuissance. Nous n'avons pas le choix que de contentionner.

Moi : sur le plan éthique, quel est votre ressenti face à la contention ? maltraitance et bienveillance ?

IDE : quand on contentionne un patient, ce n'est pas maltraitant. Dans les débats sur les réseaux sociaux, les gens parlent de maltraitance. Souvent, ils n'ont pas le recul nécessaire. La contention est bénéfique au patient et surtout pour sa sécurité. Pour toute infirmière, contentionner un patient n'est pas un plaisir. De plus, cela engendre davantage de travail

Moi : quelle charge de travail ?

IDE : Toutes les 30 minutes, nous devons passer dans la chambre, remplir des fiches sur notre logiciel de transmission. Ces fiches peuvent être consultées par les familles. Si ces dernières constatent que des surveillances ont été oubliées, elles peuvent se retourner sur la structure.

Moi : comment les patients réagissent face à la contention ?

IDE : cela dépend des patients. Chaque patient aura une réaction différente. Certains vont être colère et d'autres vont mieux l'accepter.

Moi : quel est le ressenti du patient face à la contention ?

IDE : un de mes patients a été violent avec le personnel soignant. Nous avons été contraint de le contentionner. Aujourd'hui il a peur. Cela doit être angoissant de se retrouver attaché, de ne pas pouvoir bouger. Ensuite il y a la frustration.

Moi : la famille est-elle prévenue de la mise en place de la contention ?

IDE : dans la structure, nous ne transmettons pas à la famille si le patient est contentionné. Sinon, c'est une obligation, la famille doit être prévenue lorsque le patient est sous contention. Après les établissements gèrent comme ils le souhaitent. Chez nous, les médecins doivent appeler toute les 48h, les familles, pour leur dire l'évolution.

Moi : quelle est la réaction de la famille ?

IDE : je ne sais pas. Ici les patients n'ont pas le droit à la visite lors de la mise en place des contentions. De plus, ce n'est pas nous qui annonçons que le patient est sous contention. Le patient va être privé de tout pendant cette mise sous contention. Il va être en pyjama papier, il ne sort pas de sa chambre, il n'a pas de téléphone, pas de livre, pas de télé, pas de radio. Vraiment rien du tout. Il est là pour se recentrer, pour éviter qu'il reparte dans son délire.

Moi : comment mettez-vous en place la relation soignant-soigné pour un patient qui n'a pas les contentions ?

IDE : la communication, la présence, l'écoute et l'aide.

Moi : et pour un patient sous contention ?

IDE : les démarches sont les mêmes. Ensuite on met en place les contentions. Cette relation peut être rompue. Il faut alors la rétablir rapidement en faisant preuve d'explications. Il faut vraiment que le patient se recentre sur lui. On utilise : la communication, la présence, l'écoute, l'aide. Quand les patients sont contentonnés, on utilise aussi le touché en posant la main sur l'épaule, en lui prenant les mains.

Moi : le patient n'a donc plus du tout confiance en vous ?

IDE : cela peut malheureusement arriver. Souvent ils pensent que nous sommes responsables de leur mise sous contention.

Moi : ce climat de confiance se réinstalle t-il rapidement ?

IDE : cela revient assez rapidement. Comme nous sommes obligés de leur rendre visite toutes les 30 minutes, nous discutons beaucoup avec eux.

Moi : avez-vous une certaine frustration ou impuissance face à la contention ?

IDE : oui. Dans certaines situations, on se sent impuissant. Oui, on a cette sensation d'impuissance dans certaines situations. Par exemple, pour la patiente anorexique, nous n'avons pas le choix de la mettre sous contention. Elle souhaite arracher sa sonde nasogastrique, elle se met donc en danger. On est impuissant face à cette situation. Parfois, c'est très dur de devoir batailler avec les patients, de devoir les contentonner, d'utiliser la force.

Moi : pouvez-vous me classer par ordre d'importance selon-vous ses sentiments ?

IDE : le sentiment d'impuissance

- la frustration
- Echec
- Satisfaction

Moi : avez-vous eu des formations pendant vos études ou pendant votre carrière professionnelle ?

IDE : pour la contention j'ai pas encore eu de formation à cause du covid mais elle est prévue dans quelque mois. Donc mes collègues m'ont formé, ils m'ont montré, par exemple, comment contentonné un patient au lit. En ce qui concerne la relation d'aide, le climat de confiance, on l'évoque uniquement à l'Ifsi pendant nos études.

Moi : pensez-vous que la formation sur la contention peut vous être utile ?

IDE : actuellement mes connaissances sur la pratique de la contention et la législation reposent uniquement sur mes études et la transmission de mes collègues. Une formation devait m'apporter de nouvelles compétences.

Moi : des formations sur le climat de confiance, la relation d'aide, êtes-vous intéressée ?

IDE : oui. Tout est intéressant pour approfondir mes connaissances et pour savoir comment les mettre en place sur le terrain.

Annexe 10 : Grille d'entretien ( IDE n°6) Infirmière Performante en psychiatrie.

(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi: quel est la date de votre diplôme ?

IDE: j'ai été diplômé au mois de juillet 2016.

Moi : quel est votre parcours professionnel ?

IDE :il s'agit d'une reconversion professionnelle. Avant j'étais hôtesse de caisse dans un supermarché. J'ai repris mes études en 2013 et j'ai été diplômé en 2016. Suite à mon diplôme, j'ai été recrutée dans une maison de retraite spécialisé sur Cherbourg. J'y suis restée pendant presque 1 ans. Après ma grossesse, j'ai travaillé deux mois dans un laboratoire d'analyse spécialisé dans la procréation médicalement assistée. Enfin, j'ai postulé en hôpital psychiatrique et je suis dans cette structure qui accueille des autiste (des patients avec des troubles du spectre autistique) depuis novembre 2017.

Moi : quelles sont vos motivations pour y travailler ?

IDE : déjà au cours ma scolarité, j'avais eu la possibilité d'y travailler. A la base, je n'avais pas postulé pour rentrer dans ce service, mais pour incorporer une maison d'accueil spécialisée. Par la suite, ils m'ont proposé d'intégrer le service dans lequel je suis actuellement. J'ai accepté aussitôt car le stage m'avait beaucoup plu.

Moi : pouvez-vous me définir les terme « débutante » et « experte » ?

IDE : une débutante est une personne qui débute comme infirmier. Elle a des connaissances et des savoirs qui vont se peaufiner au cours de son expérience professionnelle. Une experte est une infirmière qui a de nombreux savoirs et connaissances dans un domaine particulier.

Moi : vous êtes débutante ou experte ?

IDE : selon moi, je me situe entre la débutante et l'experte. J'ai des savoirs, des connaissances mais en tant qu'infirmière, je dois toujours remettre à jour mes savoir et mes connaissances. Je ne suis donc pas une experte dans un domaine particulier.

Moi : selon vous, comment représentez-vous les connaissances de l'infirmière ?

IDE: les compétences de l'infirmière sont les savoirs et les gestes acquis pour prendre soin et répondre aux attentes et besoins du patient. Elle a des connaissances théoriques et pratiques qu'elle doit actualiser régulièrement. Elle doit aussi faire preuve de discrétion

Moi : comment caractérisez-vous la relation d'aide ?

IDE : la relation d'aide est de venir en aide à une personne qui n'a plus forcément de repère. Il s'agit d'une alliance entre le soignant et le soigné, c'est une relation thérapeutique.

Moi : pouvez-vous définir la relation soignant soigné ?

IDE : la relation soignant soigné est un lien qui s'établit au cours d'une interaction, que ce soit avec la communication verbale ou non verbale,

Moi: pouvez-vous définir le climat de confiance ?

IDE : c'est un sentiment de sécurité qui s'établit entre le patient et le soignant ou entre la famille et le soignant.

Moi : pouvez-vous définir la relation triangulaire ?

IDE : la relation triangulaire est une interaction entre plusieurs personnes. Cela peut-être le patient le soignant le soigné, ou alors le patient, le soignant et un intervenant externe comme le médecin.

Moi : : pouvez-vous me définir la contention ?

IDE : la contention est un moyen mis en place pour immobiliser une personne. Il existe plusieurs types de contention : la contention physique par la mobilisation au lit, et la contention chimique par les médicaments.

Moi : le sentiment de déshumanisation ?

IDE : le sentiment de déshumanisation est quelque chose que l'on ressent et qui fait perdre le caractère humain de la personne.

Moi : le sentiment d'impuissance ?

IDE : le sentiment d'impuissance est de se retrouver face à une situation où on ne sait plus quoi faire.

Moi : avez-vous souvent recours à la contention ?

IDE : oui, on y a recours quotidiennement.

Moi : quels types de contention et dans quelles situations ?

IDE : souvent, nos patients ont de gros troubles du comportement, ils sont violents et agressifs envers les soignant ou les autres patients. Pour leurs permettre de s'apaiser de façon convenable, on utilise la contention physique. On utilise très peu la contention chimique dans la mesure où le psychiatre n'est pas forcément très présent dans le service. Ensuite nous avons des moyens thérapeutiques mais je ne les considère pas comme de la contention.

Moi : la contention est-elle protocolé et par qui ?

IDE: c'est très protocolé chez nous. Le médecin psychiatre établit tous les protocoles des patients avec les soignants. On décide de ce qui est le mieux pour le patient.

Moi : la prescription médicale est renouvelée et pour les combien de temps ?

IDE : elle est revue lors de réunions de synthèses qui se tiennent tous les mercredis avec le psychiatre. Les personnes présentes peuvent donner leurs avis sur l'utilisation ou non de la contention, sur leur efficacité sur tel ou tel patient.

Moi: ainsi la contention reste en place au moins une semaine ?

IDE : oui. Lorsque l'on utilise la contention, parfois nous pouvons être amené à devoir revoir le protocole si une personne n'est pas apaisée au bout de la durée inscrite sur le protocole. Il faut donc discuter avec le psychiatre pour augmenter la durée de contention.

Moi : avez-vous connaissance de la réglementation en lien avec la contention ?

IDE : Non, je ne connais pas vraiment les lois en lien avec la contention.

Moi: cette loi prévoit une contention en dernier recours.

Moi : connaissez-vous les risques et les conséquences de la contention ?

IDE : des risques physiques et physiologiques. Si la contention est trop serrée, des oedèmes

peuvent apparaître au niveau des membres. Certes, dans notre structure, comme la contention est protocolée, nous surveillons tous les 15 minutes. Nous devons surveiller la contention, les points d'attaches, les signes thrombo-embolique, etc.

Moi: avez-vous recours à des alternatives avant de mettre des contentions physiques ?

IDE : pour certaines personnes, on leur propose des activités comme du coloriage ou d'aller s'apaiser à l'extérieur dans un parc. On essaie de dévier et d'amener un patient à une activité avant d'appliquer une contention. Et quand le patient est tendu, agité avec le regard noir, on tente d'abord un traitement, souvent des neuroleptiques pour permettre au patient de s'apaiser avant d'avoir recours à la contention.

Moi : avez-vous des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : si le patient est très agité, cela est parfois difficile. Les patients avec des troubles du spectre autistique ont une force décuplée par 10 et parfois nous devons être plusieurs soignants pour parvenir à le contentionner. Les soignants sont très vigilants car les patients peuvent griffer, mordre, donner des coups de pieds, etc. et surtout se blesser.

Moi: quelles sont vos représentations face à la contention ?

IDE : la première expérience avec la contention n'a pas été facile pour moi, j'ai même été choqué. Avec l'expérience, nous savons que cela est bénéfique au patient. Certains patients vont même la réclamer.

Moi : quel est votre ressenti par rapport à la contention ?

IDE : c'est bénéfique pour le patient, pour s'apaiser. Souvent, on se remet en question. Fallait-il mettre la contention ou pas.

Moi : sur le plan éthique, quel est votre ressenti face à la contention ? la maltraitance ou bien traitement ?

IDE : de prime abord, on peut penser que la contention est de la maltraitance. Mais la contention est mise en place pour le bien-être du patient.

Moi : comment les patients réagissent face à la contention ?

IDE : certains acceptent la contention et d'autres patients résistent au fait d'être contentionné. Cela amène parfois à la violence. Et pour certains patients, nous devons même utiliser une minerve pour éviter des auto-mutilations lors de la contention.

Moi: quel est le ressenti du patient ?

IDE : dans notre structure, c'est difficile à analyser. Pour les patients qui réclament la contention, ils sont calmes et apaisés, limite ils s'endorment. Pour les autres, ce sont des cris, des pleurs, quelques paroles

Moi : c'est de l'incompréhension, de la peur ?

IDE : je pense oui

Moi : comment la famille réagit face à la contention ?

IDE : les familles sont au courant mais ils n'en parlent pas.

Moi : les familles sont prévenues automatiquement ?

IDE: automatiquement non. Certains patients n'ont plus de famille, ce sont les tuteurs qui sont informés. Pour les autres, je pense que l'image que renvoie la contention est assez difficile pour les familles.

Moi : comment mettez-vous en place une relation soignant soigné avec tous les patients, pas seulement ceux qui sont contentonné ?

IDE : une relation soignant soigné vient sur le long terme. Il s'agit d'une relation de confiance qui va s'établir au fur et à mesure, c'est un lien qui se crée. J'ai un patient qui me fait un bisou sur le front lorsqu'il me voit. Mes collègues me disent qu'il ne devrait pas le faire mais pour moi c'est une forme de communication. Le lien est créé.

Moi : cette relation soignant soigné est-elle altérée face un patient sous contention ?

IDE : Oui. La contention est mise suite à une agression physique, une morsure, et du coup nous devons agir dans la précipitation avec l'adrénaline, la relation soignant soigné n'est pas la même.

Moi: le climat de confiance est-il altéré ?

IDE : pour ma part, non

Moi : avez-vous déjà ressenti une frustration ou une impuissance face à une contention ?

IDE : face à la contention oui, un sentiment d'impuissance. Dans notre structure, les patients avec un trouble du spectre autistique parlent peu. Quand nous les mettons en contention et que nous les entendons dire « aie aie », nous nous demandons s'ils ont mal ou pas

IDE : pour moi :

- le première se serait la frustration, notamment de la part du patient.
- Impuissance. Nous n'avons pas d'autre choix que d'utiliser la contention.
- aucun ressenti. Quand on applique une contention, on ressent toujours quelque chose.
- échec. Nous pouvons nous dire que l'on est passé à côté de quelque chose.
- satisfaction : on ne peut pas être satisfait de mettre quelqu'un sous contention.

Moi: pendant vos études, avez-vous reçu des formations sur la contention, le climat de confiance la relation d'aide ?

IDE : non, du tout. J'ai eu une formation contention l'année dernière alors que j'étais dans le service depuis 2 ans. J'ai pu m'apercevoir que selon les situations, je mettais mal la contention.

## Annexe 11 : Grille d'entretien ( IDE n°7) Infirmière débutante en réanimation.

(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi : première question, quelle est la date de votre diplôme ?

IDE : juillet 2020

Moi : quel est votre parcours professionnel ?

IDE : je travaille à l'hôpital depuis octobre 2020. J'ai travaillé 3 mois dans le pôle médecine, puis je suis arrivée dans le service depuis fin janvier.

Moi : quelles sont vos motivations pour y travailler ?

IDE : il s'agit d'un service très dynamique et technique

Moi : pouvez-vous me définir les termes débutante/experte ?

IDE : l'infirmière débutante est une infirmière qui sort de l'école, elle doit tout apprendre. Certes, de nombreuses connaissances sont acquises à l'école, pendant nos stages mais il nous manque la pratique. Une infirmière experte est une infirmière avec de l'expérience acquise dans les différents services. Je pense que ce sont les années qui forment les expériences.

Moi : vous êtes débutante ou experte ?

IDE : encore débutante.

Moi : comment définissez-vous les compétences de l'infirmière ?

IDE : des compétences relationnelles. C'est hyper important la relation du patient, de connaître son ressenti, ses douleurs, ses attentes et besoins. Mais également des compétences techniques.

Moi : comment définissez-vous la relation d'aide ?

IDE : on aide les patients sans le vouloir dans la mesure où nous sommes toujours dans l'écoute.

Moi : comment définissez-vous la relation soignant-soigné ?

IDE : c'est de s'adresser au patient de manière à récolter des informations. Si tu as en face de toi une personne qui est à l'écoute, qui comprend, tout de suite que la relation va être plus simple. Avec des patients qui ne comprennent pas, la relation est plus impactée.

Moi : comment définissez-vous le climat de confiance ?

IDE : c'est un sentiment long à mettre en place. Avec le Covid, les masques et la tenue, les patients ne nous reconnaissent pas toujours. Donc, le climat de confiance peut être altéré. Par rapport à notre comportement, la personne va être respectueuse ou non. En ce moment c'est dur à mettre en place un climat de confiance.

Moi : comment définissez-vous la relation triangulaire ?

IDE : il s'agit d'une relation entre le patient, la famille et le soignant. Actuellement c'est assez pénible dans notre travail. Nous devons être en capacité de répondre au téléphone, les familles sont inquiètes de ne pas venir rendre visite à leurs proches. C'est à nous de jouer le

rôle entre le patient et la famille.

Moi : comment définissez-vous la contention ?

IDE : j'ai un avis assez partagé sur la contention. Je la trouve nécessaire dans la protection du patient. Dans d'autres cas, elle n'est pas nécessaire.

Moi : comment caractérisez-vous la contention ?

IDE : c'est priver de liberté de mouvement une personne.

Moi : comment caractérisez-vous le sentiment de déshumanisation ?

IDE : utilisez le numéro des chambres pour caractériser les patients. On le fait tous mais c'est quelque chose qui déshumanise. Entrer dans une chambre et occulter complètement le patient.

Moi : le sentiment d'impuissance ?

IDE : c'est un sentiment que les patients doivent ressentir. Ils ne sont pas libres de leur décision. Quand nous sommes dans un lit d'hôpital, nous devons vraiment nous sentir impuissant face à ce qui nous arrive.

Moi : et vous en tant qu'infirmière, l'avez-vous ressenti ?

IDE : cela m'est déjà arrivé face à une personne en fin de vie qui me demandait sans cesse de la laisser mourir.

Moi : avez-vous déjà eu recours à la contention ?

IDE : oui

Moi : quels types de contentions et dans quelles situations ?

IDE : j'ai eu recours à la contention ventral et au niveau des poignets pour un patient qui était très agité. Il était alité depuis un certain moment, ne marchait plus depuis un moment et qui voulait sortir de son lit. Pour le mettre en sécurité, il a été contentonné.

Moi : savez-vous si la mise sous contention est protocolée dans le service ?

IDE : elle est appliquée suite à une prescription médicale.

Moi : est-elle renouvelée ? et si oui, pour combien de temps ?

IDE : oui sous protocole. Une fois qu'elle est prescrite, c'est à nous de juger si elle est nécessaire. C'est une évaluation quotidienne par les infirmières qui en font part au médecin lors du tour.

Moi : avez-vous connaissance de la législation face à la contention ?

IDE : j'en ai eu connaissance à l'école mais je ne l'ai pas totalement enregistré.

Moi : connaissez-vous les risques et les conséquences de la contention ?

IDE : sentiment de déshumanisation, d'impuissance

Moi : des risques et des conséquences physiques ?

IDE : des bleues, des hématomes au niveau des poignets et des jambes.

Moi : y a-t-il des alternatives à la contention dans le service ?

IDE : la communication. On essaye de parler avec le patient, de le calmer, de l'apaiser de comprendre ce qu'il ne va pas. La contention ne doit être mise en place qu'en dernier recours.

Moi : avez-vous des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : je n'ai jamais rencontré de difficulté. En général si on prend le temps de leur expliquer, ils comprennent.

Moi : quelles sont vos représentations face à la contention ?

IDE : j'ai l'impression que l'on enferme le patient. Je sais que c'est pour leur bien être mais je me mets à leur place et je me dis que je n'aimerais pas être attachée à mon lit.

Moi : quel est votre ressenti face à la contention ?

IDE : sentiment d'inconfort de mettre en place cette contention.

Moi : sur le plan éthique, quel est votre ressenti face à la contention ? Bien traitance, mal traitance ?

IDE : la contention n'est pas de la maltraitance si c'est toujours le dernier recours. Cela devient de la maltraitance si on la met par facilité.

Moi : comment les patients réagissent face à la contention ?

IDE : en général c'est de l'incompréhension.

Moi : quel est le sentiment du patient après cette contention ?

IDE : avant les explications, c'est de l'incompréhension. Après il ressent cela comme une sécurité pour lui.

Moi : est-ce que la famille est prévenue lors de la mise en place de la contention ?

IDE : je n'ai jamais prévenu la famille personnellement. Après je sais qu'on les prévient lorsqu'elles demandent des nouvelles. Mais on n'appelle pas automatiquement.

Moi : connaissez-vous le ressenti de la famille ?

IDE : non.

Moi : comment mettez-vous en place une relation soignant soigné avec tout patient ?

IDE : j'utilise énormément la communication orale. Ainsi on peut observer le faciès, de voir si le patient a compris. J'aime également discuter de leurs habitudes de vie. Avoir une discussion pas amicale mais assez ouverte, proche avec eux, de mettre en place une certaine confiance.

Moi : cette relation soignant-soigné est-elle la même avec un patient contentonné ?

IDE : oui, il n'y a pas de différence. Si la personne ne comprend pas ce que je lui dis, je reformule avec d'autres mots.

Moi : la mise sous contention d'un patient peut-elle altérer le climat de confiance ?

IDE : oui. Du point de vue du patient, la confiance envers le soignant peut changer

Moi : face à la contention, avez-vous déjà eu une certaine frustration et/ou impuissance ?

IDE : oui. J'ai déjà ressenti de l'impuissance.

Moi : pouvez-vous me remettre ces sentiments par ordre d'importance (je montre la feuille)

IDE :

Impuissance.

Echec.

Frustration

Et satisfaction

Aucun ressentiment pour moi non, car on est obligé de ressentir quelque chose dans ces moments-là.

Moi : avez-vous déjà bénéficié de formation pendant vos études ou votre début de parcours professionnel ? Comme la contention, le climat de confiance, la relation d'aide ?

IDE : à l'école oui. Pour l'instant, en début de carrière, je n'ai pas eu de formation spécifique.

Moi : aimerez-vous en faire ?

IDE : oui

Moi : qu'attendez-vous des formations ?

IDE : je n'ai d'avis bien tranchés. Je souhaite seulement apprendre et perfectionner ma pratique ainsi que mon relationnel pour la relation d'aide et le climat de confiance.

## Annexe 12 : Grille d'entretien ( IDE n°8) Infirmière performante en réanimation

(l'IDE a également la grille d'entretien avec les questions en sa possession pour mieux assimiler les questions)

Moi : quelle est la date de votre diplôme ?

IDE : 2016

Moi : quel est votre parcours professionnel ?

IDE : réanimation et urgences

Moi : depuis quand êtes-vous en réanimation ?

IDE : 4 ans

Moi : quelles ont été vos motivations pour y travailler ?

IDE: ce n'est pas un service monotone et la prise en charge du patient est globale.

Moi : pouvez-vous me définir les termes débutante/experte ?

IDE : débutante est une infirmière qui manque d'expériences et de vécu professionnel. Une experte est une infirmière avec des compétences développées et des capacités.

Moi : selon vous, vous êtes débutante ou experte ?

IDE : je ne me considère pas débutante mais experte est un peu prétentieux. Je me situe entre les deux termes

Moi : pouvez-vous me définir les compétences de l'infirmière ?

IDE : le savoir être et le savoir-faire pour prendre en charge les pathologies, la psychologie du patient et de la famille.

Moi : la relation d'aide ?

IDE : c'est être aidant. Aider le patient sur sa pathologie avec les conséquences qui en découlent. Accompagner la famille.

Moi : la relation soignant-soigné ?

IDE : elle doit être positive. Elle est basée sur la confiance, l'empathie, la communication.

Moi : le climat de confiance ?

IDE : il est important et primordial pour accompagner le patient et la famille. Le climat de confiance doit être accompagné d'une relation d'aide et d'une relation soignant-soigné.

Moi : la relation triangulaire ?

IDE : il s'agit d'une relation qui se met en place entre la patient, la famille et le soignant. Il va y avoir une approche de relation d'aide, climat de confiance, communication.

Moi : la contention ?

IDE : c'est contraindre le patient à être en sécurité. Il existe différentes contentions : la contention physique et médicamenteuse.

Moi : le sentiment de déshumanisation ?

IDE : selon moi, le patient se retrouve dans un manque de respect de la part des soignants.

Moi : le sentiment d'impuissance ?

IDE : c'est l'incapacité de faire face aux besoins du patient pour le soignant, du proche pour la famille et du patient lui-même. Il y a une impossibilité à gérer la situation.

Moi : avez-vous souvent recours à la contention ?

IDE : oui

Moi : quels sont les types de contentions ?

IDE : la contention mécanique pour les états d'agitation physique et la contention chimique pour les états d'agitation respiratoire.

Moi : la contention est-elle protocolée ?

IDE : non, il n'y a rien de protocolé.

Moi : est-elle prescrite ?

IDE : oui, à l'oral dans un premier temps. Au cours de la journée, la prescription est écrite

Moi : cette prescription est-elle renouvelée ?

IDE : elle est réévaluée quotidiennement, à chaque tour du médecin tous les jours.

Moi : avez-vous connaissance de la législation face à la contention ?

IDE : pour ce que j'en sais, la contention doit être mise en place après une prescription médicale. Et qu'elle doit être renouvelée.

Moi : connaissez-vous les risques et les conséquences de la contention ?

IDE : oui, il y a des risques cutanés et psychologiques. Dans le service, une contention mal installée peut engendrer la mort du patient. Si un patient parvient à libérer une main, il peut enlever la sonde d'intubation ou/et faire une chute, les conséquences peuvent être graves.

Moi : avez-vous des alternatives à la contention physique ?

IDE : la communication. On explique au patient que son agitation va engendrer la mise sous contention. Le premier recours est donc la discussion.

Moi : avez-vous des difficultés à mettre un patient sous contention ?

IDE : non, dans la mesure où nous lui avons expliqué le déroulement, le pourquoi et que la contention est en dernier recours. Il est préparé et donc il réagit bien.

Moi : quelles sont vos représentations face à la contention ?

IDE : selon moi c'est une sécurité. La contention n'est pas néfaste pour le patient. C'est un moyen pour apporter une bonne prise en charge du patient.

Moi : quel est votre ressenti face à la contention ?

IDE : mon ressenti est la nécessité pour le bien être du patient afin qu'il ne se mette pas en danger. Si la contention est bien réalisée et pas à outrance, elle est nécessaire.

Moi : sur le plan éthique, quel est votre ressenti face à la contention ? Bien traitance, mal traitance ?

IDE : la maltraitance apparaît à partir du moment où on en abuse. On est dans la maltraitance quand on l'impose au patient sans explication.

Moi : et la bientraitance ?

IDE : dans le contexte de soins, lorsque nous avons tout fait avant et qu'il s'agit vraiment du dernier recours.

Moi : selon vous, c'est de la bientraitance ou maltraitance ?

IDE : bientraitance, c'est une sécurité pour le patient.

Moi : comment les patients réagissent à cette contention ?

IDE : dans le service, les patients sont intubés et ventilés. Les contentions sont mises par rapport au risque d'auto-extubations. On explique au patient avant l'intubation qu'une contention sera installée pour éviter qu'il ne retire le tuyau de manière plus ou moins volontaire.

Moi : quel est leur ressenti face à cette contention ?

IDE : le patient comprend cet acte donc, c'est un sentiment de sécurité.

Moi : la famille est-elle prévenue lors de la mise en place de la contention ?

IDE : oui, lors des visites avant que la famille entre dans la chambre, on leur explique.

Moi : vous ne les appelez pas au téléphone ?

IDE : non. Quand une famille demande des nouvelles, nous leur expliquons mais pas nécessairement en détail.

Moi : comment la famille réagit face à la contention ?

IDE : la plupart du temps, la famille comprend. Souvent lorsque famille est présente dans la chambre, et si le patient n'est pas agité, violent, nous retirons les contentions en demandant à la famille de garder un œil sur les mains du patient. Ensuite, à la fin de la visite, nous remettons les contentions aux poignées.

Moi : comment mettez-vous en place une relation soignant-soigné pour tout patient ?

IDE : la communication. C'est la clé de tout. Elle va permettre d'établir la confiance également.

Moi : cette relation soignant-soigné est-elle la même avec un patient contentonné ?

IDE : la procédure reste la même. Tout est basé sur la communication.

Moi : le climat de confiance peut-il être altéré pour un patient contentonné ?

IDE : non. Dans le service, nous expliquons au patient que la contention est nécessaire en raison des risques d'auto-extubation. Cela ne relève pas de la confiance ou non.

Moi : face à une contention, avez-vous une certaine frustration et/ou impuissance ?

IDE : non. La contention est mise en place pour la sécurité du patient.

Moi : pouvez-vous me classer dans l'ordre d'importance ces sentiments (je montre la feuille). ?

IDE : je ne vais pas dire que je ne ressens rien mais je ne suis pas nécessairement satisfaite. Nous sommes dans un acte de sécurité

Moi : aucun sentiment vous interpelle ?

IDE : non. Je ne suis pas frustrée si je dois attacher un patient. D'ailleurs je n'aime pas le terme « attacher ». Je ne me sens pas impuissante et je ne ressens pas non plus ce sentiment d'échec puisque c'est nécessaire.

Moi : avez-vous déjà bénéficié de formation pendant vos études ou votre parcours professionnel ?

IDE : non pas du tout

Moi : si une formation est proposée, pensez-vous qu'elle vous serait utile ?

IDE : je ne pense pas que cela changerait radicalement. En revanche, au niveau de la législation, les choses évoluent. Il serait peut-être plus judicieux de faire une informatio

### *Ces liens qui nous désunissent*

### *These ties that tear us apart*

#### Résumé :

Lors de ma formation de trois ans, j'ai effectué différents stages. C'est plus particulièrement celui en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui m'a interpellé. Où j'ai pu prendre en charge un patient ayant une contention physique.  
Mon travail de fin d'études portant ainsi sur la contention physique, je me suis demandée si elle pouvait altérer la relation soignant-soigné.

La problématique qui est ressorti du cadre théorique selon moi est la suivante : «la mise sous contention physique de la personne soignée engendre un sentiment néfaste dans la relation soignant-soigné ». Suivie par 3 hypothèses.

Afin de faire des recherches sur ce sujet, j'ai effectué 8 entretiens semi-directifs auprès d'infirmières débutantes et performantes exerçant dans différents services.

Leurs témoignages ont permis d'identifier que le ressenti des soignants est individualisé mais en l'occurrence il va dépendre de la situation dans laquelle est entreprise la mise sous contention.

Je souhaiterais perpétuer ce sujet d'actualité qui évolue de jour en jour. J'aimerais approfondir le côté plan éthique, c'est-à-dire acte de bienveillance ou de maltraitance.

Ce travail est à l'intention de tous les professionnels de santé et étudiants pouvant rencontrer la contention physique dans leur carrière.  
Ainsi qu'à l'entourage de la personne contentionnée pour prendre connaissance du ressenti des soignants.

**Mots-clés:**Contention physique–Relation soignant/soigné–Patient -Soignant- Ressenti

#### Abstract :

During my three years formation, I made different internship. It's more particularly the one in an accommodation establishment for the dependent old people who challenged me. Where I could take in charge a patient with a physical restraint. My work study also wearing on the physical restraint, I'm asked if she could alter the Healer-Healed relationship.

The problem that emerged from the theoretical framework in my opinion is the following : « The setting under physical restraint of the person being treated creates a negative feeling in the Healer-Healed relationship. Following by 3 Hypothesis.

In order to do research on this subject, I carried out eight semi-directive interviews with new and successful nurse working in different services.

Their testimonies made it possible to identify that the feelings of the healer are individualized but in this cas it will depend on the situation in which the restraint is undertaken.

I would like to perpetuate this topical subject which is evolving day by day. I would like to deepen the ethical side, that is to say act of well-treatment or mistreatment.

This work is intended for all health professionals and students who may encounter physical restraint in their career. As well as the entourage of the restraint person to learn about the feelings of the healers.

**Key-Word :** Physical Restraint Healer/Healed relationship – Healed – Healer - Feeling

