



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'EXPERIENCE DE LA CONTENTION POUR LE NOUVEL ARRIVANT EN SERVICE D'URGENCES

Formateur référent mémoire : Pascale Mancheron

Bruno BOBIN
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

10 mai 2021

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes 2,
rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

L'expérience de la contention pour le nouvel arrivant en service d'Urgences

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du MIRS!

L'expérience de la contention pour le nouvel arrivant en service d'Urgences

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 21 avril 2021

Identité et signature de l'étudiant :

Bruno Bobin

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je remercie Patricia Daucé, ma référente pédagogique, qui m'a accompagné au cours de ces trois années. Je n'ai jamais eu à douter de son engagement et de son implication malgré les aléas de la vie. Je me souviens encore de cette phrase que vous nous aviez dite lors de notre premier rendez-vous pédagogique : « je ne vous lâcherai jamais ». Merci encore pour votre sincérité et votre fidélité. Si je sors avec sérénité de ce tremplin qu'est l'IFSI, c'est bien grâce à vous.

Je remercie également Pascale Mancheron qui a su éclairer mes moments de doutes durant l'élaboration de ce mémoire. Chaque étape de ce projet est le fruit d'allers et retours entre nos boîtes mail. Preuve en est que même en temps de pandémie il est possible de construire quelque chose. Vous savez trouver les mots justes dans les moments critiques et je n'oublierai jamais votre empathie. Je vous en suis très reconnaissant.

Aux soignants des urgences du CHU de Pontchaillou je souhaite envoyer toute mon affection. Vous avez mon entière admiration pour le travail que vous effectuez quotidiennement. Merci pour votre bienveillance et votre sympathie.

Enfin, j'embrasse chaleureusement mes camarades de promotion. Nous avons créé des liens inaliénables et vous avez été un réel soutien pour moi durant cette formation. Mais vous le savez déjà j'en suis certain.

SOMMAIRE

I. Introduction et cheminement vers la question de départ	1
1. Situation d'appel.....	1
2. Cheminement.....	2
II. Présentation du contexte : les Urgences	3
III. Cadre conceptuel	4
1. La contention aux Urgences : cadre légal, principes éthique et application pratique.....	4
1.1 Législation et règles de bonnes pratiques.....	4
1.2 La responsabilité IDE et le paradoxe de la contention.....	5
1.3 Contention dans le contexte des urgences.....	7
2. Pratiques, usages et protocoles : le balisage de l'intervention de l'IDE.....	8
2.1 Rappel sur le rôle prescrit IDE.....	8
2.2 Une alternative à la prescription directe : le protocoles de soins.....	9
2.3 Prendre en compte la notion d'usage et de pratique.....	11
3. Influences et liberté d'action au sein du groupe.....	12
3.1 Dynamique de groupe et communauté de pratiques.....	12
3.2 L'individu et le groupe : quelle liberté d'initiatives ?.....	14
IV. Dispositif méthodologique du recueil de données	16
1. Choix de l'outil.....	16
2. Profil des interlocuteurs.....	16
3. Modalités des entretiens.....	17
4. Objectifs des entretiens.....	17
5. Limites du dispositif.....	18
V. Analyse descriptive et interprétative des entretiens	18
1. Définir les particularités du travail en équipe au SAU la nuit.....	18
2. Définir les profils de patients agités au SAU la nuit et la fréquence de mise sous conten- tion.....	19
3. Déterminer le niveau de formation initiale et/ou continue des soignants.....	19
4. Comprendre l'appréhension de la contention par l'IDE.....	20
5. Savoir dans quelle mesure les soignants sont associés à l'élaboration d'un protocole de ser- vice sur la pose de contention.....	20
6. Evaluer le degré de remise en question de l'IDE face à la contention.....	20

7. Evaluer le degré d'adaptabilité de l'IDE face au groupe et aux situations rencontrées.....21
8. Mesurer l'ouverture aux nouvelles pratiques et la prise en charge du nouvel arrivant au sein du groupe.....21

VI. Discussion.....22

1. Mieux anticiper, agir, réagir dans un contexte d'urgences (et de nuit).....22
2. Savoir mettre du soin dans sa pratique.....23
3. Trouver sa place au sein d'un groupe.....24
4. Nouveau regard sur la situation d'appel.....25
5. Pertinence de la question de départ et question de recherche définitive.....26

VII. Conclusion.....27

VIII. Bibliographie.....28

Annexes

GLOSSAIRE

- ARS : Agence Régionale de Santé
- CH : Centre hospitalier
- CREX : Comité de Retour d'EXpérience
- ESI : Etudiant en soins infirmiers
- HAS : Haute autorité de Santé
- IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- KT : Cathéter
- S4 : Semestre 4 (2ème année de formation)
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales (déchocage)
- Tube EDTA : Tube Éthylènediaminetétraacétique permettant l'analyse des éléments figurés du sang
- UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
- VVP : Voie Veineuse Périphérique

I. Introduction et cheminement vers la question de départ

Je ne pensais pas pouvoir être immergé dans l'univers d'un service d'Urgences aussi rapidement dans ma formation. Lorsque l'on m'a proposé d'y effectuer mon stage de S4, j'étais partagé entre excitation et appréhension. Je savais que ce que j'allais y découvrir serait une source d'enrichissement personnel et professionnel très puissante. Je ne me sentais pas totalement prêt techniquement mais relativement sûr de moi sur le plan émotionnel. Et pourtant, dès les premiers jours mes convictions ont été bouleversées.

Dès les premiers contacts avec le flux de patient, j'ai compris que ce stage allait être une expérience à part. L'organisation des équipes, les relations entre soignants, l'extrême variété des profils de patients qui s'y présentent, tout concourt à créer un cocktail unique qui oblige rapidement l'étudiant à se positionner. Chercher à se faire une place dans un service aussi désorganisé (en apparence !) n'est pas une mince affaire. Cela demande du recul, de prendre sur soi, de la prise d'initiative et parfois il faut le reconnaître une forme de courage. Se retrouver à devoir gérer de l'agressivité, en plus de l'anxiété et de la douleur des patients rend les prises en charge particulièrement délicates. C'est ainsi que j'y ai vécu assez rapidement au cours de ce stage une des expériences les plus marquantes de ma formation.

1. Situation d'appel

Tube hémostase, tube EDTA, garrot, KT...tout est prêt. Je vais enchaîner sur ma sixième, peut être septième pose de VVP de la nuit. Prendre ses marques dans un SAU prend du temps mais je commence à gagner en efficacité. La répétition étant à la base de l'apprentissage je n'ai aucun mal à copier/coller la préparation de certains soins. Toujours sur le même rythme, toujours avec la même concentration. En musique de fonds, les brancards qui s'entrechoquent, les appels des patients dans le couloir, les pas des collègues. Cela va vite, tout le monde s'active, la pression ne retombe jamais.

Je m'apprête à rejoindre la chambre du patient à perfuser quand le haut-parleur automatique de l'alarme centrale retentit: « urgence, module B, urgence module B ». Ce n'est pas la première fois que je l'entends cette alarme. Cette voix est tantôt celle d'un collègue, tantôt celle d'un autre. Une voix pour toute une équipe. Elle appelle à l'aide, au renfort. Et dans pareil cas il faut tout lâcher et se diriger vers le module en question, on l'occurence le module B. J'ai déjà eu à faire face à cette situation. Le SAU dans lequel j'effectue mon stage de S4 s'est presque habitué à entendre cette alarme. Je sais donc que je vais arriver dans une situation dans laquelle un(e) patient(e), vraisemblablement agité(e) pour diverses raisons, s'opposera à (probablement) un seul soignant. Je sais aussi que des agents de sécurité vont accourir, au nombre de trois généralement, ainsi que plusieurs de mes collègues de nuit, infirmiers et aide-soignants.

Lorsque j'arrive sur place, je trouve effectivement un collègue infirmier en opposition verbale franche avec une jeune femme d'une trentaine d'années, de petite corpulence. Pour une raison que j'ignore elle manifeste une véritable agitation physique accompagnée d'une gestuelle de refus (gestes de retrait,

position défensive, recul, ...). Elle est en mouvement constant, sur un périmètre d'1,5m circonscrit par l'infirmier qui l'empêche ainsi de sortir de cette zone du module B où elle est en retrait des autres patients et des visiteurs. Nous sommes en bout de couloir, derrière l'IAO, soit entre l'accueil et les autres modules des Urgences. J'arrive ainsi à un moment où le dialogue engagé entre l'infirmier qui a déclenché son appel à l'aide et la patiente en est à un point de blocage. La tension est palpable. L'infirmier tente d'éviter tout débordement de la patiente. La jeune femme cherche une issue à ce qui semble pour elle une impasse insupportable. Je l'entends crier de la laisser sortir, qu'elle ne souhaite pas rester dans l'unité, que personne n'a le droit de la forcer à quoi que ce soit. Puis arrivent les « renforts ». D'autres collègues soignants parviennent jusqu'à nous ainsi que l'équipe de sécurité. Tous des hommes. Seule l'infirmière de psychiatrie est de sexe féminin. Je la connais, il s'agit d'une professionnelle expérimentée qui sait parfaitement gérer ce type de conflits. Sans connaître les raisons ayant mené à cette situation, elle tente d'instaurer un dialogue avec la jeune femme, en la rassurant. Mais cette tentative d'apaisement qui contraste avec l'environnement dans lequel nous sommes (bout de couloir, entre 8 et 10 soignants et agents, une seule femme en blouse blanche) ne fonctionne pas et la jeune patiente maintient son opposition. Pire, cela semble accroître son anxiété et son agitation. Le ton monte. Les gestes de la patiente se font plus invectifs. Un des soignants a approché un brancard. Il y a toujours dans le service deux brancards avec contentions prêts en cas d'urgence. Il s'agit de l'un deux et l'infirmière de psychiatrie alerte la patiente sur l'usage des contentions si elle ne parvient pas à se calmer. Cela ne prend pas. Devant le risque d'escalade de la situation, décision est prise de mettre en oeuvre la contention physique. L'IDE de psychiatrie nous fait signe alors de nous mettre en action. Rassemblés autour de la patiente, les soignants et agents la maîtrisent par les bras et l'allongent sur le brancard. Toute résistance est vaine pour la jeune femme qui persiste malgré tout dans son opposition. Elle tente de s'extirper de la situation mais les six hommes penchés autour d'elle la clouent au brancard. Elle hurle : « *laissez-moi, laissez-moi tranquille* » et pleure. Les contentions sont installées petit à petit, aux poignets et aux jambes. La résignation la gagne lorsqu'elle comprend que la contention est presque installée et que rien n'y changera. Elle crie alors « *allez-y, de toutes façons je me suis faite violer, allez-y faites-vous plaisir* ». C'est sur ces mots que se termine la mise sous contention. Nous retournons alors chacun à nos postes, aucun des soignants ne jugeant utile de débriefer sur ce qu'il vient de se passer. Une mise sous contention somme toute ordinaire, élément du quotidien d'un infirmier en service d'Urgences.

2. Cheminement

Cette prise en soin m'a immédiatement questionné. Je me suis demandé si tout cela était conformes aux pratiques habituelles de l'unité. Même si dans la forme tout paraissait organisé, cela semblait peu conventionnel dans le fonds. Pourtant les collègues ne manifestaient aucune gêne, aucune réticence. Le bien fondé de l'intervention pour l'équipe était donc établi. Par quel fait ? Comment cette organisation avait-elle pu se mettre en place de manière aussi fluide ? En peu de temps (quelques minutes à peine) la situation était maîtrisée et chacun retournait à ses activités. Le groupe s'était coordonné naturellement.

Et moi parmi tout cela, je restais assez démuni face à l'orage que je venais de traverser. Avais-je eu raison d'intervenir sans même connaître l'origine de la crise ? Comment se faisait-il que personne ne prenait la peine de debriefer après l'événement ? Pouvais-je et devais-je apporter quelque chose à l'équipe dans ce type de prise en charge ? En tant qu'ESI de S4 je commençais déjà à me remettre en question quant à la position que j'étais censé adopter. Ma question de départ reprend ainsi l'ensemble de ces interrogations :

Dans quelle mesure l'arrivée d'un nouvel infirmier dans une équipe de SAU de nuit peut-elle impacter l'usage des contentions auprès du patient agité ?

Après avoir présenté l'environnement d'un service d'urgences, ma recherche se concentrera sur un cadre conceptuel, puis sur l'analyse d'entretiens réalisés avec des professionnels pour aboutir à une discussion et la formulation d'une question de recherche.

II. Présentation du contexte : les Urgences

L'organisation d'un service d'Urgences répond à une logique différente de celle des services conventionnels. Le flux constant de patients jour et nuit, qu'il est possible de réguler sans pouvoir véritablement le contenir, nécessite une organisation des soins en modules, généralement de médecine et de traumatologie. Certains SAU de CH de grande taille vont se doter d'une UHTCD et d'un SAUV. L'accueil des patients se fait via le filtre de l'IAO qui, généralement composé d'un ou plusieurs binômes IDE-AS, enregistre les entrées, procède à un premier examen et oriente les patients vers les modules correspondants.

En 2012 un Observatoire national des violences en milieu de santé, placé sous l'égide du Ministère des Solidarités et de la Santé (Direction Générale de l'Offre de Soins) a vu le jour. En 2020 (données 2019), les Urgences concentraient 16% des violences avec 3 700 signalements d'atteintes aux personnes et 537 atteintes aux biens, ce qui plaçait ce service en deuxième place des services de santé derrière la psychiatrie. Menaces de mort « *Ma ptite, t'es morte.* », « *Ouvre la porte grosse m... ou je te tue !!!* », « *Si tu appelles les flics je te recherche, je te trouve et je te ferai la peau* » sont quelques exemples de violences verbales et menaces lancées au personnel soignant des Urgences en 2019 (p.102). Insultes, dégradations, crachats sont parmi les difficultés quotidiennes entre lesquelles les soignants doivent slalomer pour réaliser leur travail. Ceci nuit et jour, comme l'indique le rapport 2020 de l'Observatoire précité, les soirées et nuits concentrant la majorité des signalements recensés (p.141).

L'impossibilité de prévoir les variations de flux de patients, ajoutée à la difficulté pour certains patients de distinguer urgences relative et urgence réelle, un espace confiné, un environnement de stress et une douleur en principe aiguë sont les conditions pour l'émergence de situations conflictuelles et anxio-gènes qui nourrissent l'agression envers les professionnels de santé. C'est un cocktail implacable qui pousse soignants, médecins et cadres de santé à prendre des mesures visant à contenir ces débordements. La cohésion d'équipe est inévitablement forte dans les services d'Urgences, et pour cause. Comme le rappelle

Sandrine Gaubert, infirmière aux urgences adultes au CHU de Montpellier, « *La cohésion d'équipe est un atout majeur pour gérer ces situations, relayer les soignants en première ligne face aux usagers impatientes et maintenir la qualité de la relation soignant-soigné* » (2019, p.49-50). De ce contexte de soins très particulier naissent ainsi des pratiques ad hoc, élaborées au fil du temps, par des équipes généralement confrontées à quatre typologies d'auteurs : délinquants/marginaux, M./Mme tout le monde, personnalité psychiatrique ou encore personnel de santé (DGOS, p.50).

III. Cadre conceptuel

1. La contention aux urgences : du cadre légal aux principes éthique vers l'application pratique

1.1 Législation et règles de bonnes pratiques

- Définition, typologies et cadre légal

Selon la HAS, la contention physique est définie comme « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* » (Anaes, 2000, page 10). L'objectif de la contention est donc de limiter la libre circulation d'une personne présentant un risque. C'est une mesure exceptionnelle qui intervient notamment après l'échec d'une relation d'échange verbal et qui représente une contrainte pour la personne qui la subit.

La contention peut revêtir plusieurs formes au-delà de la forme physique aussi dénommée contention passive : chimique (psychotropes), architecturale (chambre d'isolement, unité fermée, vidéosurveillance) ou encore psychologique via des injonctions répétées (Société Française de Gériatrie et Gérologie, 2018). La contention physique, qui sera l'objet principal de ce mémoire, prend l'aspect le plus souvent en service d'Urgences de sangles ventrales, de sangles de poignets et de sangles de chevilles. Les barrières de lit font également partie des contentions physique. L'article R4311-9 al. 6 du CSP donne la possibilité à l'IDE, dans le cadre de son rôle prescrit, de poser une contention d'immobilisation, sur prescription médicale écrite donc, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. C'est à l'infirmier d'évaluer chaque situation et de solliciter le médecin référent pour permettre la mise en place de ce dispositif de contrainte. Il est indispensable que cette mesure s'appuie sur des arguments cliniques.

Par ailleurs la Loi de modernisation de notre système de santé, dans son article 72, a apporté plusieurs précisions concernant la contention, en particulier sur le fait qu'il s'agisse d'une pratique de dernier recours, visant à prévenir un dommage « *immédiat ou imminent* » et pour une durée limitée. Ces dispositions visent à limiter au maximum les dérives qui pourraient découler de cette pratique. En service d'Ur-

gence notamment, le recours à la contention nécessite d'être circonscrit. Il en résulte un certain nombre de règles de bonnes pratiques

- Règles de bonne pratique HAS et conférence de consensus SFMU

La HAS (ANAES, 2000) a élaboré dix critères d'encadrement à la bonne pratique de la contention physique, tous services confondus. Ces points déterminent les éléments essentiels sur lesquels toute contention doit reposer. En résumé, la contention doit en premier lieu naître d'une décision pluridisciplinaire avec évaluation du rapport bénéfice/risque. Une prescription médicale est systématiquement à la base de cette mesure et doit s'accompagner d'une surveillance rapprochée. Par ailleurs, quand bien même s'agit-il d'une mesure de contrainte, le patient reçoit une information sur les raisons de la mise sous contention avec recherche de son consentement. Le matériel utilisé doit garantir la sécurité du patient et être approprié à la situation. Le confort psychologique de la personne conventionnée doit être entretenue par la proposition d'activités. En outre la dignité et l'intimité du patient doit être préservée. La contention doit pouvoir être levée le plus souvent possible avec reconduction toutes les 24h sur prescription médicale. Enfin une évaluation de l'état de santé du patient est attendue toutes les 24h également (ANAES, 2000, P.19). La Société Française de Médecine d'Urgence propose une recommandation de la pose de contention dans sa 9^e conférence de consensus (SFMU, 2002) :

Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Le patient est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées. Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.

Cette description illustre de manière pragmatique la façon dont se met en place la contention en service d'Urgences en adéquation avec les bonnes pratiques de la HAS. La différence entre les critères de la HAS et l'application pratique est sensible. Elle marque l'écart qui existe entre réalité et théorie, et permet de ressentir la dynamique dans laquelle s'inscrit la pose de contention en service d'Urgences.

1.2 La responsabilité IDE et le paradoxe de la contention

Ou comment contentionner pour mieux délier la relation avec le patient.

- Privation de liberté et discernement du soignant

La contention peut être considérée comme une privation de liberté. Le droit français encadre strictement sa mise en oeuvre. Par ailleurs tout abus de privation de liberté est de l'ordre du pénal. Le soignant doit ainsi faire preuve de discernement au moment de recourir à cette mesure. Contentionner c'est en premier lieu limiter les mouvements. L'article L1111-4 CSP prévoit qu'« aucun acte médical ni aucun traitement

ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». La contention peut donc se poser en exception au principe du consentement libre et éclairé de la personne soignée. La Charte de la personne hospitalisée rappelle en outre le principe par lequel le médecin doit informer le patient des conditions de sa prise en charge. Cette information doit d'être simple, accessible, intelligible et loyale. La frontière est étroite entre cette atteinte à la liberté et une violation de la liberté. Comme le précise Gilles Devers (2014), avocat à la cour de Lyon, « *Toute facilité, toute négligence fait basculer dans l'abus de droit et dans la faute* ». Et lui même d'ajouter que « *la jurisprudence est abondante sur les défauts de surveillance ou de prescription ayant conduit à une altération de l'état de santé de patients* ». Ainsi la responsabilité de l'IDE est majeure dans l'approche de la contention, tant du point de vue de l'avant, du pendant que de l'après. Le discernement requis sera fonction de l'expérience du soignant, de sa sensibilité à la situation rencontrée, de ses capacités relationnelles et de son expertise clinique. Il est important de rappeler que les règles de bonnes pratiques ne sont malgré tout que des recommandations, un guide duquel le médecin pourra s'écarter chaque fois qu'il le jugera utile pour sécuriser l'environnement du patient et des soignants (Péchillon, 2017). Malgré tout, aux Urgences peut-être plus que dans n'importe quel autre service de soins, le soignant appelé à agir vite et dans des situations de crises doit faire preuve de clairvoyance afin de ne pas sortir des cadres légal et déontologique qui entourent sa pratique. Chaque soignant étant différent, la manière dont sera mise en oeuvre la contention sera le résultat d'une combinaison des caractéristiques individuelles des soignants présents. Leur analyse de la situation, leur sensibilité, leurs connaissances de leurs propres droits et devoirs ainsi que leur sens du risque et des responsabilités détermineront la qualité de leur prise en charge.

- Paradoxe de la restauration du lien et principe d'attachement

Néanmoins, certains auteurs soulignent un paradoxe éclairant qui permet d'aborder les situations de mise sous contention, en particulier aux Urgences, sous un autre angle. Le contexte anxigène, parfois violent dans lequel se met en place ces mises sous contention semble à première vue éloigner les soignants de conditions dans lesquelles il est possible d'exercer des actions soignantes en toute bienveillance. Nous l'avons vu, contenir est une forme de privation de liberté qui ne s'exécute par définition pas dans l'apaisement. Pour J. Feudo et M. Heddouche (2008) cependant « *les liens – attaches, sangles – reconstituent de manière autoritaire la relation, en imposant un état de dépendance du patient vis-à-vis du soignant. En effet, la satisfaction des besoins fondamentaux (manger, boire, uriner) nécessite la présence et l'accord du soignant. Cette obligation faite au patient d'être assujéti au bon vouloir du soignant a une dimension thérapeutique puisqu'elle réinscrit le sujet malade dans une situation relationnelle* ». Il y a alors une restauration du lien soignant-soigné par l'intermédiaire même de la contention, de son matériel et de l'approche soignante. Il ne s'agit pas d'une rupture de lien bien au contraire puisque la contention permettrait de rebattre les cartes de la relation en en reposant les bases, certes de manière forcée mais concrète.

Ce paradoxe de la restauration du lien rejoint l'analyse des Drs Bouville et Becker, qui proposent le terme d' « attachement ». Selon eux : « *pour plus de 60 % des patients, l'attachement marque (...) le moment à partir duquel ils se sont sentis en sécurité. Pour certains, l'attachement marque la fin du cauchemar*

dans le sens où quelle que soit la quantité de violence auto ou hétéro-agressive qui les habite, par l'attachement, plus rien ne peut être détruit. » (Marciano, Kieffer, Champsaur, Baldo, 2014). La contention physique, accompagnée d'une thérapie à base de psychotropes, vise le maintien psychique du patient dans des conditions plus favorables à une relation rassurante. À distance de l'anxiété et de l'agitation, un travail sur l'analyse de l'événement viendra renforcer le lien d'attachement et la confiance qui se sont établis. La vision d'une contention punitive ou d'une contention comme solution de facilité, comme cela pourrait être perçue à première vue dans les situations auxquelles les personnels des services d'urgences sont confrontés, est ainsi largement discréditée par ces auteurs. Il s'agit en fait de recréer le lien avec le patient, voire même de le renforcer, pour rendre la prise en charge plus optimale au travers de la contention. En développant une relation d'attachement, la contention permet non seulement au soignant de sortir d'une situation jugée dangereuse pour lui-même et pour le patient, mais également de préparer les conditions dans lesquelles le patient pourra accepter d'être soigné une fois la situation apaisée.

1.3 Contention dans le contexte des urgences

Concrètement qu'en est-il dans les services d'urgences? Nous avons vu quelques chiffres issus de l'Observatoire national des violences en milieu de santé qui rendent compte de la tension qui se manifeste dans ces services. La particularité du contexte des Urgences exige une mise en application adéquate de la contention.

- Guide de bonnes pratiques aux Urgences

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la Société Française des Infirmiers Anesthésistes (SOFIA) ont élaboré un guide de bonne pratique spécifique aux Urgences (2012). En premier lieu, ce guide souligne le fait que la contention physique ne doit pas être une solution de première intention devant les cas d'agitation. Le levier relationnel est d'emblée celui qui doit être utilisé. Chercher à entrer en communication avec le patient agité est aux Urgences une première étape essentielle dans la gestion de situations de crise. La SOFIA et la SFMU recommandent pour leur part d'éviter le plus possible d'avoir recours à la contention. D'une manière plus pragmatique encore, il est souligné que « *l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IOA) doit prévenir sans délai, le médecin urgentiste et plusieurs membres de l'équipe, au minimum cinq personnes. L'agitation doit être considérée comme une urgence absolue, c'est-à-dire, ne pouvant pas être différée* ». Il est impératif d'éviter toute escalade de violence et pour cela plusieurs mesures peuvent être prises : intervenir en nombre suffisant, mais aussi prévoir une mixité des équipes, en particulier en termes d'expériences professionnelles. Les deux sociétés insistent également sur l'importance de pouvoir procéder au « *remplacement de l'interlocuteur qui n'a pas réussi à obtenir un dialogue, par un autre membre du personnel* », toujours dans un souci de prévenir tout débordement à la fois de la part du patient agité mais également de la part du personnel soignant mis en difficulté. À noter que la SOFIA et la SFMU semblent plus favorables à une mesure d'isolement thérapeutique, lorsque cela est possible, qu'à une mise sous conten-

tion physique. Preuve en est que la contention physique, même en phase aiguë dans un service d'agitation parfois extrême, est un acte présentant un certain nombre de risques.

- Contention et sécurité des patients en service ; l'équipe comme levier d'action

Comme nous venons de le voir, la notion d'équipe semble déterminante dans la contention, a fortiori aux Urgences. L'équipe constitue un « socle » (Cordier, 2009), qui ouvrent des portes vers un transfert de savoirs et d'expertise entre personnels soignants. Selon Xyrichis et Ream (2008), cités par Dumas, Douguet et Fahmi (2016), le travail en équipe de soins est un « *processus dynamique impliquant deux professionnels du soin ou plus avec des connaissances complémentaires et des compétences, partageant des objectifs médicaux et de soins communs et exerçant des efforts mentaux et physiques concertés en évaluant et organisant les soins aux patients* ». Cette notion prend tout son sens dans le cadre d'une procédure de contrainte que représente la mise sous contention. Ainsi les ressources de chacun peuvent être mobilisées selon les situations et les gestes adaptés au profil du patient. La prise de décision en service d'Urgences est soumise à des contraintes de temps. Estryn-Béhar et Le Nezet (2006) ajoutent : « *une équipe n'est pas un simple côtoiement hiérarchique de personnes œuvrant dans différentes disciplines pour délivrer des soins aux patients. Une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif* ». L'on comprend qu'il serait impossible d'agir en SAU dès lors que les individualités prendraient le dessus. Toute l'équipe de soins est impliquée dans la prise en charge: aide-soignant(e), infirmier(e), urgentiste, internes et psychiatre, sans oublier les étudiants (ESI, externes). Ajoutons également les personnels de la sécurité dont le rôle est prépondérant dans le désamorçage des situations conflictuelles. La prise en charge de la contention aux Urgences est un véritable travail d'équipe. Néanmoins, il est à noter que les services d'Urgences regroupent des équipes avec des profils particuliers. Généralement jeunes, faisant preuve d'une motivation qui s'est parfois essoufflée chez des soignants plus expérimentés, les équipes que ces soignants composent prennent le risque d'être, comme le montre Peneff (1992, p.102) « *trop soudées* ». Son immersion au sein des services d'Urgences a montré que « *l'intensité de la coopération au niveau du service referme le groupe sur lui-même et détourne des problèmes parallèles et de la recherche de solutions collectives à des revendications générales* ». C'est ainsi qu'il remarque que « *la direction souhaite au contraire la rotation au sein des équipes pour éviter la constitution de blocs trop soudés* ». C'est un constat qu'il est aujourd'hui encore possible de faire s'agissant de certaines directions hospitalières.

2. Pratiques, usages et protocoles : le balisage de l'intervention de l'IDE

2.1 Rappel sur le rôle prescrit IDE

L'ensemble des décisions que tout IDE est amené à prendre est encadré par le CSP. L'IDE est habilité à pratiquer des actes de manière autonome, de sa propre initiative. Ce rôle propre est défini par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 (article R 4311-3 CSP). Il s'agit notamment des « *soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser totalement ou partiellement un manque ou une diminu-*

tion d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ». L'IDE peut également effectuer des actes de soins sur prescription médicale. Ces actes sont précisés dans l'article R 4311-7 CSP et sont réalisables « soit en application d'une prescription médicale (...), soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ». D'une manière générale l'infirmier est habilité à pratiquer trois catégories d'actes médico-délégués :

1. les actes nécessitant une prescription médicale ou un protocole
2. les actes nécessitant une prescription et réalisables à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment
3. les actes réalisés par le médecin auxquels participent l'infirmier

Dans sa pratique, l'infirmier a donc une autonomie limitée, balisée par la prescription médicale directe (immédiate) ou indirecte (protocole). En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer et dirige la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. L'ensemble des actes que l'infirmier est habilité à pratiquer sont listés dans le CSP (art. 4311-5 et s.). Il existe donc un cadre strict de gestes soumis directement à prescription médicale préalable (en dehors du cadre de l'urgence). Ce qui implique donc qu'un médecin ait pu analyser en amont la situation et donner son feu vert au geste infirmier. Se pose ainsi la question de situations qui nécessitent une prise de décision rapide, sur le vif, mais qui sortent cependant du cadre de l'urgence compte tenu de leur caractère récurrent. La pose de contention en SAU appartiendrait à ce cas de figure. Il s'agit d'un évènement fréquent, pour lequel il est difficilement concevable d'envisager une prescription médicale préalable systématique. Car même si un médecin reste présent en permanence dans le service, le degré d'urgence, le flux de patients, la vitesse d'escalade de certaines situations conflictuelles et les risques encourus ne permettent pas toujours de solliciter le médecin pour un temps d'évaluation avant mise sous contention. Les solutions résident alors dans la prescription a posteriori (cas des soins en situations d'urgence) - ce qui n'est peut-être pas la meilleure solution, ou dans la mise en place de protocoles de service.

2.2 Une alternative à la prescription directe : le protocoles de soins

- Définition et cadre légal du protocole

L'article R 4311-8 CSP précise : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers* ».

Un protocole est un document descriptif concernant un ensemble de gestes à effectuer ou de conduites à tenir dans certaines situation de soins. Il s'appuie sur des références reconnues et permet de garantir la fiabilité et la continuité des soins en cas de changement d'équipe. Il fournit un cadre solide à la pratique médico-déleguée et permet de s'adresser à une pluralité de patients, contrairement à la prescription médicale individualisée. Plusieurs types de protocoles existent selon leur nature et leur contexte d'application (protocoles médicaux, infirmiers, d'urgences, etc.).

L'art. 51 de la loi HPST du 21/07/2009 est conçu pour permettre aux professionnels de santé de déployer des protocoles de coopération. Le protocole doit être soumis à l'ARS puis transmis à la HAS pour avis qui, s'il est conforme, permet ensuite au directeur de l'ARS d'autoriser sa mise en application par arrêté. L'article R4311-3 CSP prévoit la participation de l'infirmier à sa création : « *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* ». Néanmoins, les protocoles de soins infirmiers issus de prescriptions médicales devront bien évidemment être élaborés conjointement avec le corps médical et validés par ce dernier. Le médecin signataire délègue ainsi des soins médicaux à l'infirmier, à défaut d'une prescription médicale au sens strict.

Les objectifs visés par la création de protocoles dans les services de soins sont variés. La mise en place ou le maintien de bonnes pratiques en est un des principaux. Le protocole permet en effet d'élaborer de manière structurée une prise en charge optimale, parfois à l'appui d'arbres décisionnels. D'autre part le protocole aide à favoriser le travail en équipe. C'est un outil de gestion qui peut reposer sur la mutualisation de moyens au sein d'une équipe. Le protocole peut être élaboré au sein d'un service, d'un centre hospitalier ou de manière pluriprofessionnelle, avec des objectifs similaires. Selon la Haute Autorité de santé (2012), un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours « *est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluri professionnelle qui reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques* ». Le Protocole de soins d'urgences entre dans le domaine de compétences des IDE, tel que le décrit l'article R4311-7 du CSP. Enfin, précisons que la mise en oeuvre du protocole de coopération nécessite pour les professionnels de santé de se former (formation d'ordre théorique, pratique ou basée sur le partage d'expérience).

- Exemple au CHU de Rennes

Au CHU de Rennes, il n'existe pas au moment de la rédaction de ce mémoire de protocole de mise sous contention pour le service des Urgences. Un protocole de ce type a été élaboré en 2008 pour l'ensemble du CHU intitulé : « *Instruction de travail : bonnes pratiques de la contention physique* » (Annexe VIII). Ce document de portée générale rappelle l'interdiction de la contention physique systématique, l'étude de la balance bénéfique/risque et la prise de décision en équipe. Ce protocole se base essentiellement sur les recommandations de l'ANAES (2000). La Direction Qualité et Relations avec les Usagers a émis en 2016 un document de travail rappelant le cadre juridique de la contention et les grands principes qui entourent sa mise en oeuvre (Annexe IX). Actuellement un groupe de travail est en constitution au sein du CHU afin de mettre en place un protocole de contention spécifique au SAU du CHU de Rennes. Il n'a malheureusement pas été possible de réunir davantage d'informations sur l'avancée de ce groupe de travail. Cependant des documents d'informations ont été édités à l'attention des patients et du public, mais aussi à l'attention du personnel du CHU. Ce dernier, intitulé « *Politique de la contention au CHU de Rennes, mémo pro à destination des professionnels de santé* » (Annexe X) ne constitue par un protocole de soins mais représente une étape vers cet objectif. C'est un document complet qui reprend les éléments clés pour engager une prise de décision éthique et conforme à la réglementation. Pour l'IDE il ne remplace pas la prescription médicale, qui reste obligatoire, mais est un outil d'aide à la prise de décision pour le prescripteur ainsi

que pour le soignant qui oriente le médecin. L'arbre décisionnel que contient ce document suit la ligne directrice suivante : agitation → cause → danger → alternative à la contention → contention en dernier recours. Ainsi, il est souligné avant toute mise sous contention qu'une cause à l'agitation doit être identifiée et un traitement de cette cause instauré. Des actions de désescalade doivent être recherchées. Son annexe 4 développe des « *Objectifs et techniques de désamorçage* » centrés sur l'écoute, l'empathie, et le contrôle de soi.

Mais l'application froide d'un protocole ne donne pas les meilleurs résultats. Le protocole doit s'accommoder du travail en équipe qui reste fondamental dans le jugement éthique. Comme le soulignent M. Dumas, F. Douguet et Y. Fahmi (2016) « *l'échange entre les personnes autour du partage des pratiques de soins favorise la responsabilisation. Les soignants discutent avant d'aller consulter les protocoles. Le doute ou les hésitations sont levés à la consultation des protocoles. Les échanges verbaux et cette proximité physique sont cruciaux. Si les protocoles disent comment on le fait, les échanges avec les médecins apportent des éléments sur le pourquoi. C'est le pourquoi qui apporte du sens, qui donne du sens à ce qui est fait* ».

2.3 Prendre en compte la notion d'usage et de pratique

- Les usages : un partage social issu de la pratique au sein du groupe

Le travail d'équipe est façonné en partie par les usages. « *Un usage correspond à une certaine manière (ensemble de règles) d'utiliser quelque chose (objet matériel ou symbolique). Les usages sont socialement partagés par un groupe de référence et se construisent avec le temps* » (Docq et Daele, 2003). Ce partage social évolue avec le temps et est fonction des caractéristiques de chaque individu composant le groupe. Au-delà des règles strictes de fonctionnement (cadres juridiques, prescriptions et protocoles) auxquelles les soignants ne peuvent échapper, les usages rendent les pratiques plus malléables. Elles les rendent aussi plus aléatoires dans le sens où la combinaison des membres de chaque groupe est unique. Il est ainsi possible de considérer qu'à chaque groupe appartient des usages qui lui sont propres et qui sont le reflet de ses composantes et de son histoire. Par ailleurs l'arrivée d'un nouvel individu au sein du groupe perturbe l'équilibre et redessine les usages tels qu'ils sont à ce moment précis. Par ce qu'il apportera au groupe, l'individu contribuera à modeler les usages existants en les rendant possiblement meilleurs. L'appropriation d'un objet technique (on peut considérer que la pratique des soins infirmiers répond à la même logique) nécessite trois conditions (Bachelet, 2004) :

- Une maîtrise technique et cognitive de l'objet,
- Une intégration aux pratiques quotidiennes de l'utilisateur,
- Des possibilités de détournement et de réinvention

Ces changements de destination de l'objet pour un projet et une fonction différents constituent des évolutions classiques. « *C'est ainsi que les usages évoluent et, à terme, ne correspondent plus tout à fait au projet initial* ». (Bachelet, 2004) Et c'est ainsi également que se construisent les pratiques. En sortant d'un cadre statique les pratiques infirmières s'affinent et se complexifient pour s'ajuster au plus près de la multitude de champs à explorer. La pratique joue comme un déterminant de l'usage : c'est en expérimentant les techniques et en les confrontant les unes aux autres que le groupe pourra en sélectionner les plus appropriées

- Le modèle d'acquisition de compétences

Le modèle d'acquisition de compétences des frères Dreyfus vient renforcer cette notion d'usages et de pratiques. Ils ont démontré que la prise en compte du contexte dans l'apprentissage est une caractéristique de l'intelligence humaine. La pratique tient une place primordiale dans l'acquisition de compétences. Pour cela ils énoncent plusieurs étapes à son achèvement : le novice (peu ou pas d'expérience, vise la réussite plutôt que la compréhension), le débutant avancé (assimilation de règles et de schémas simples), le compétent (choix en fonction d'une petite expérience, prend le contrôle de la situation), l'efficace (actions intuitive, compréhension du contexte général) et enfin l'expert (actions réflexes, n'est plus conscient de ses mécanismes de décision). Cette montée en puissance se fait avec le temps et les échanges au sein de l'équipe. Les membres doivent s'adapter au statut acquis par chacun. Ainsi au novice il faudra confier des tâches facilement exécutables pour favoriser la confiance en soi. Alors que l'expert devra être valorisé par ses compétences dans le domaine d'action dans lequel il excelle (on ne peut pas être expert en tout). P. Benner (2003) complète le modèle des frères Dreyfus en l'appliquant aux soins infirmiers. Les infirmières expertes sont décrites par P. Benner comme des infirmières guidées par leurs perceptions et cela constitue un élément central de leur pratique. L'analyse critique, rationnelle, vient a posteriori sans qu'elle ait une quelconque maîtrise de ce processus. Cela se fait naturellement puisque leur expertise s'est construite par l'expérience de la pratique. La transmission de savoirs de l'infirmière experte est aussi enrichie de cette maîtrise. Lorsqu'elle rend compte d'un événement, cela se fait de manière plus fluide, de manière plus détachée et avec plus de lucidité qu'une infirmière débutante qui pourra plus facilement être envahie par ses émotions. Au sein du groupe cela revêt une importance particulière.

3. Influences et liberté d'action au sein du groupe

3.1 Dynamique de groupe et communauté de pratiques

- Dynamique de groupe et leadership

La dynamique d'un groupe dépend directement des relations, échanges et interactions qui se produisent entre les personnes qui composent le groupe. Elle est soumise à un certain nombre de règles intrinsèques, qui peuvent être implicites ou explicites. Il est généralement considéré que le groupe naît à partir de quatre personnes. De la variété et l'inertie des échanges qui se créent au sein du groupe va naître une dynamique qui lui sera propre. Lewin considère qu'elle sera fonction de nombreux facteurs, parmi lesquels les moyens de communication, les types de leadership, les normes et valeurs collectives, les buts, etc. Il s'est penché en particulier sur la notion de leadership, à partir d'une expérimentation sur des groupes d'enfants au sein d'un centre de loisirs (1944). Selon lui, il en existe trois types : la démocratie, le leadership autoritaire, et le laisser faire, desquels il tire les conclusions suivantes : leadership démocratique et leadership autoritaire présentent des résultats similaires, mais la satisfaction du premier apparaît supérieure à celle du

second. Quant à au leadership permissif, il n'est efficace ni en termes de réalisation ni en termes de bien-être pour ceux qui le vivent. Lewin souligne enfin que toutes les personnes d'un groupe agissent et réagissent les unes par rapport aux autres ou par rapport au groupe. Pour Likert les interactions sont au coeur même de cette dynamique de groupe. Il décrit ainsi le principe des relations intégrées. Cette notion renvoie aux interactions et interrelations qui s'expriment au sein des groupes. La place occupée par les individus au sein du groupe a des conséquences sur l'efficacité du groupe. Ils doivent faire partie de ce collectif et le ressentir comme tel. Se sentir important, utile et nécessaire au groupe est un élément clé de leur efficacité. Likert considère que le management par groupe devrait être appliqué dans la totalité de l'organisation. C'est ainsi que des solutions peuvent être trouvées et mises en application.

Dans son ouvrage sur la dynamique des groupes, Mucchielli (1995, p.14-15) précise que tout groupe possède sept caractéristiques psychologiques fondamentales :

1. *Les interactions ;*
2. *L'existence de buts collectifs communs ;*
3. *L'émergence de normes ou règles de conduite ;*
4. *L'émergence d'une structure informelle de l'ordre de l'affectivité avec répartition de la sympathie et de l'antipathie ;*
5. *L'existence d'émotions et de sentiments collectifs communs ;*
6. *L'existence d'un inconscient collectif ;*
7. *L'établissement d'un équilibre interne et d'un système de relations stables avec l'environnement.*

L'ensemble de ces caractéristiques forment les travail d'équipe qui, s'il s'accorde avec les spécificités individuelles qui composent le groupe, permet la réalisation de tâches efficaces. Sur ce travail en équipe R. Mucchieli (1996, p.35) affirme que « *l'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe, et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel* ». Ainsi, une équipe multidisciplinaire, dotée de compétences variées et nourrie d'expériences diverses est source d'efficacité dans la réalisation de tâches. La résolution de conflits s'en trouve facilitée, en l'absence de toute compétition entre les membres.

La transposition de ces concepts aux services de soins et en particulier aux services d'Urgences prend ici tout son sens. En s'organisant, le groupe va développer une identité propre jusqu'à devenir petit à petit une véritable communauté partageant savoirs et pratiques.

- Communauté de pratiques

Il existe plusieurs communautés de personnes selon les éléments qu'ils partagent ou les logiques dans lesquelles ils s'inscrivent : communauté d'intérêts, d'apprentissage, de pratiques, etc. Nous allons nous intéresser particulièrement à la communauté de pratiques.

Dans son ouvrage *La théorie des communautés de pratique*, E. Wenger (2000), cité par Saïda Habhab-Rave (2010) définit la communauté de pratique comme « *un groupe d'individus qui partagent un*

intérêt, un ensemble de problèmes, ou la passion d'un même sujet et qui approfondissent leur connaissance et leur expertise dans ce domaine en interagissant de manière continue ». Ce sont ces échanges permanents qui enrichissent les compétences en produisant des pratiques sociales nécessaires à l'accomplissement de tâches. Wenger nous apprend que la communauté de pratiques naît d'un but commun entre les individus qui en sont à l'origine et que dès l'instant où le problème est résolu, elle s'évapore sans pour autant effacer les liens qui unissent ses membres. A l'hôpital également ces communautés de pratiques se mettent en place naturellement. Dans les lieux où il existe une forme de compagnonnage, où la transmission de savoir-être et de savoirs-faire joue un rôle majeur, les communautés de pratiques sont présentes. Les échanges ex ante (comment procéder, quelle est le contexte, qui a déjà éprouvé cette situation, etc.) et ex post (retours d'expérience, débriefings à chaud, voire prise en charge psychologique, ...) forment ces communautés. Leur force réside notamment dans un équilibre entre trois dimensions relationnelles: les relations identitaire, affective et fonctionnelle. « *La combinaison de ces trois dimensions caractérise des tensions spécifiques entre participation et réification, dualité qui est au cœur de la négociation de sens, activité fondamentale de la communauté de pratique* » (Dameron, Josserand, 2007). C'est ainsi que la communauté de pratiques peut être freinée ou renforcée. Elle dépend intimement de l'engagement de ses acteurs et des outils qui en ressortent afin de créer une adhésion toujours plus forte à la communauté de pratiques.

Néanmoins, la part de l'individualité dans la communauté n'est pas négligeable. Chaque individu représente une force dans le groupe pouvant générer une tension venant influencer son équilibre.

3.2 L'individu et le groupe : quelle liberté d'initiatives ?

- La prise de décisions

La prise de décision dans le cadre d'une mise sous contention aux Urgences se réalise sous l'influence du groupe. Selon D. Anzieu et J-Y Martin, « *les rapports humains dans les groupes ne peuvent être que des rapports de manipulateur à manipulé, c'est à dire sur un modèle sadomasochiste* » (2000, p.20). De ce constat, quelle peut être la part de liberté laissée aux individus au sein du groupe dans un cadre décisionnel tel que celui-ci ? Dans quelle mesure la nature du leadership doit-il s'imposer dans la prise de décision ? La recherche de consensus passe-t-elle au second plan dans l'urgence ? La contrainte temporelle est un facteur d'influence de la prise de décision au sein du groupe. Des tensions peuvent apparaître à tout moment au sein même du groupe de soignants. K. Lewin (1947) nous apprend dans sa théorie des résistances au changement que la résolution consensuelle des conflits passe par trois niveaux *Unfreezing, Moving, and Freezing* (dé-cristallation, adaptation, re-cristallisation). Il s'agit alors de prendre conscience de la nécessité du changement pour mettre en place de nouvelles pratiques et les installer ensuite dans le temps.

Dans Psychologie des minorités actives, S.Moscovici (1979) considère que « *chaque membre du groupe, indépendamment de son rang, est une source et un récepteur potentiels d'influence ; le changement social autant que le contrôle social constitue un objectif ; les processus d'influence sont liés à la production et résolution de conflits (...)* ». La minorité est donc source d'influence et de changement au sein du groupe.

Chaque individu représente une opportunité d'évolution dans les processus méthodiques ; sa place au sein du groupe est légitimée par son unicité et par ce qu'il peut apporter dans la résolution de conflits. Les situations de tension nécessitant la mise sous contention de patients révèlent les individualités mais elles ne sont productives qu'au sein du groupe. Le soignant qui prend une décision seul, sans concertation ne sera pas entendu. Il sera peut-être même mis de côté. En revanche, celui qui éclairera le groupe par un apport constructif exercera une influence non négligeable sur l'issue de la crise. Bion décrit cela de la manière suivante : « *L'individu est un animal de groupe en conflit à la fois avec le groupe et avec les aspects de sa personnalité qui constituent sa "socialité"* » (Bion, 1965, p.130). Les membres du groupe prennent position au sein du groupe selon des états émotionnels de « dépendance » (envers le leader), « attaque-fuite » (refus du leader) ou « couplage » (idéal du collectif).

- Equilibre des forces au sein du groupe

Prendre des décisions au sein d'un groupe sous-entend d'apporter un changement à l'état présent. Ce sont les forces qui s'opposent dans un groupe qui créent l'équilibre. D. Anzieu et J-Y Martin (1979) empruntent à Le Chatelier (1884) l'énoncé suivant et l'appliquent à la dynamique de groupes : « *toute modification apportée à l'équilibre d'un système entraîne, au sein de celui-ci, l'apparition de phénomènes qui tendent à s'opposer à cette modification et à en annuler les effets* ». Les forces qui s'exercent entre les individus au sein du groupe soutiennent le groupe par un équilibre fragile. Tout désordre venant menacer cet équilibre verra l'émergence de forces contraires visant à rétablir l'équilibre. Les individus développent une résistance au changement qui peut être un atout ou une faiblesse selon le contexte. Il existe donc deux manières d'aborder le changement au sein d'un groupe : soit en augmentant la pression au changement, soit en réduisant les forces d'opposition. La première étant davantage propice à l'échec que la seconde. En situation extrême, le groupe va devoir faire preuve d'harmonie pour s'accorder sur les décisions à prendre.

Notons également l'idée développée par Kurt Lewin en 1948, et citée par P. De Visscher (2006), selon laquelle le groupe est plus que la simple somme des individus qui le composent : « *Il est de nos jours largement reconnu qu'un groupe est plus que, ou plus exactement, différent de la somme de ses membres. Il a sa propre structure, et des relations propres avec d'autres groupes. L'essence du groupe n'est pas la similarité ni la dissimilarité de ses membres, mais leur interdépendance. Chaque groupe peut être caractérisé comme une 'totalité dynamique' ; ceci signifie qu'un changement dans l'état d'une de ses sous-parties change l'état de n'importe quelle autre sous-partie* ». Ainsi le groupe n'est pas une entité figée, linéaire caractérisée par des compétences superposées les unes aux autres. Il s'agit davantage d'une forme complexe de collaboration d'individus aux influences réciproques. L'équilibre ou le changement ont un coût pour le groupe que ce dernier est prêt à payer si l'objectif à atteindre en vaut la peine.

- Pression de conformité, pression à l'uniformité

Pourtant, face au groupe, les individus peuvent être tentés de ou poussés à gommer leurs spécificités. Une pression à l'uniformité peut s'exercer pour le bien du groupe, pour un leader ou par défaut d'affirmation des individus. Sur ce dernier point, la capacité de recul nécessaire à « *l'auto observation* » et à (*la*)

prise de conscience de la place qu'on occupe au sein du groupe » est un exercice délicat qui sera réservée à des individus sûrs de leurs pratiques et de leurs connaissances (Quelin, Privat, 2002). Cela conduit, pour certains individus qui composent le groupe, à adopter des attitudes qui peuvent être contraires à leurs convictions. Ils font preuve d'une forme de sacrifice en adhérant à des pratiques ou des affirmations qu'ils ne cautionnent pas, pour le bien de la communauté. Ceci s'explique par leur propre représentation de la « *valeur du groupe* » qui peut être forte et de la « *confiance sociale* » qui en découle (Drozda-Senkowska, Ric, Muller, 2007). La pression qui s'exerce vers une conformité des individus au sein du groupe s'explique notamment par la désir de comparaison intra groupe et par la volonté de ressemblance aux autres. D'une part parce qu'en cherchant à devenir semblable on équilibre les différences de niveau entre soi et le reste du groupe (généralement en cherchant à s'élever). D'autre part en raison d'un besoin d'autoévaluation qui se réalise d'autant plus aisément que l'on se compare à des individus peu différents de soi (Festinger, 1954). Ainsi donc les individus au sein du groupe sont soumis à une pression qui peut s'avérer contre-productive en termes de créativité puisque la diversité des membres qui la composent n'est pas systématiquement utilisée à bon escient.

IV. Dispositif méthodologique du recueil de données

1. Choix de l'outil

L'entretien est un outil pragmatique et qui laisse peu de place à l'ambiguïté. L'intérêt d'avoir recours à deux entretiens réside dans l'illustration qu'apportent les témoignages des personnes interrogées. Impliquées au quotidien dans les problématiques des services d'Urgences, les deux personnes que j'ai contactées connaissent bien le sujet dont traite ce mémoire et sont une source d'information fiable et actuelle. Lorsque l'on est au coeur de l'événement il est plus facile de rendre compte de faits qui peuvent paraître abstraits voire incompréhensibles à un public extérieur.

J'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs. Une liste de dix questions, identique aux deux entretiens, avait été préparée en amont des rencontres. Cette liste a servi de guide et de fil conducteur au cheminement de ma pensée, afin de mettre les unes sur les autres des briques vers la construction d'une réponse à ma question de départ. J'ai aussi élaboré des questions de relance avec pour objectif d'assister les personnes interrogées dans la formulation de leurs réponse à la question que je posais. Ces relances devaient permettre de mettre leur réflexion en accord avec le schéma que j'avais envisagé pour atteindre les objectifs en lien avec chaque question. Les IDE se sont révélés très intéressés par le sujet et ont répondu aux questions de manière très fluide sans qu'il soit nécessaire de recourir aux relances.

2. Profil des interlocuteurs

Mon choix s'est porté sur deux infirmiers travaillant actuellement en services d'Urgences, et plus particulièrement dans le même service. Ainsi, il n'est pas nécessaire de devoir nuancer certains propos en imaginant que les conditions dans lesquelles les deux personnes interrogées travaillent pourraient être dif-

férentes et non comparables. L'environnement évoqué durant les entretiens est donc le même. Ces IDE occupent par ailleurs tous deux un poste de nuit. Ce choix d'une part pour les raisons qui viennent d'être évoquées (similitude d'environnement de travail) et d'autre part car ce mémoire porte une attention particulière sur la contention en service d'Urgences la nuit. Ce contexte est en soi une particularité notable des situations de crise qui se produisent aux Urgences. Les deux sexes sont représentés dans un souci de parité, mais pas seulement. La sensibilité de chaque sexe peut revêtir un caractère particulier qu'il est intéressant de prendre en compte. L'approche d'une situation de tension nécessitant une mise sous contention n'est sans doute pas la même lorsque l'on est une femme ou un homme. Les réactions de la personne qui est ou va être conventionnée ne le sont probablement pas non plus. Par ailleurs il me semblait intéressant de pouvoir recueillir le témoignage de deux personnes ayant une expérience différente du SAU. Ainsi l'IDE de sexe féminin dispose d'une expérience plus importante que celle de l'IDE masculin qui, sans être un nouvel arrivant de ce SAU, n'est pas tant éloigné de sa date d'entrée dans le service. Enfin il fallait faire appel à la vision de l'IDE de secteur mais aussi à celui ou celle de l'IDE de psychiatrie dont le rôle est pivot dans beaucoup de situations de mise sous contention.

3. Modalités de l'entretien

Chaque entretien s'est déroulé sur une période de quarante minutes environ avec une durée d'échanges de vingt à vingt cinq minutes. Pour être efficace et s'affranchir de discours qui viendraient parasiter le coeur de l'entretien il me semblait utile de ne pas prévoir de durée plus longue. L'objectif n'était pas de noyer le discours mais de cibler des thématiques précises. Un entretien relativement court paraissait donc être une option plus abordable pour eux. Les IDE interrogées n'ont été informés de la question de départ, et donc du sujet du mémoire, qu'à la fin de l'entretien, une fois les questions/réponses terminées. Cela laissait libre cours à leur pensées sans influencer sur les réponses qu'ils m'apportaient. Un des entretiens s'est déroulé à l'IFSI du PFPS de Rennes Pontchaillou, dans le gymnase. Avec les restrictions dues au COVID la disponibilités des lieux et les possibilités de déplacement se sont restreintes. Le second entretien a eu lieu au sein même du SAU de Rennes Pontchaillou, dans une pièce close. Aucune raison particulière pour ce choix de lieu, la solution la plus pratique s'est imposée.

Ces entretiens ont été enregistrées par dictaphone (téléphone portable) pour faciliter leur restitution. En 20 minutes d'échanges beaucoup d'informations ressortent et il est bien entendu impossible de tout retenir sur le moment. Chaque entretien a débuté par un rappel des modalités, à savoir une dizaine de questions posées, des réponses libres pour l'interviewé, et un échange limité en ce qui me concerne afin de pouvoir mettre les deux entretiens en parallèle au moment de la restitution. J'ai rappelé également le caractère anonyme des entretiens. Puis, à l'issue des échanges, j'ai procédé à un rapide débrief afin de les remercier et d'échanger de manière informelle sur le sujet.

4. Objectifs des entretiens

Voir guide d'entretien en Annexe III.

5. Limites du dispositif

Les entretiens se sont déroulés comme espéré. La gestion du temps était la crainte principale mais finalement vingt minutes ont été suffisantes pour obtenir des réponses complètes et ne pas se trouver noyé dans un discours trop dilué. Néanmoins, la restriction posée en matière d'échange pourrait être une difficulté avec des interlocuteurs peu loquaces. Cela n'a pas été le cas et les deux IDE ont réussi à cerner les questions avec facilité. Car entrer dans l'échange réel suppose d'accepter d'aboutir à deux entretiens dont les trames sont différentes. L'analyse qui en découle serait donc inégale.

V. Analyse descriptive et interprétative des entretiens

Présentation IDE 1

Le premier infirmier que j'ai interrogé est un jeune homme diplômé depuis 2017. Il est rapidement entré aux Urgences du CHU de Rennes Pontchaillou et n'en est jamais parti. Après neuf mois de jour il est passé de nuit sans que cela soit un choix particulier.

Présentation IDE 2

La seconde IDE que j'ai rencontrée est une infirmière diplômée depuis 17 ans. A l'origine attirée par l'enseignement elle a choisi de suivre une formation d'infirmière pour pouvoir enseigner par la suite. Après plusieurs premiers postes en psychiatrie elle en a finalement fait une spécialité en n'ayant jamais quitté ce domaine des soins infirmiers. Cela fait neuf ans qu'elle travaille comme IDE de psychiatrie aux Urgences de Rennes.

L'analyse de ces entretiens sera mise en mots en mettant en parallèle les échanges que j'ai eus avec les deux IDE interrogés. Il m'a semblé plus intéressant de ne pas réaliser une analyse commune compte tenu de leurs profils respectifs. Cette diversité, cette différence je souhaitais la retrouver dans leur vision du métier et ainsi pouvoir la retranscrire de manière complémentaire mais séparée.

1. Définir les particularités du travail en équipe au SAU la nuit

IDE 1 : Le sentiment de travail en équipe semble renforcé lors du travail de nuit. La pluridisciplinarité est mise en avant et le partage d'expérience en est une des conséquences. Une impression de valorisation du travail ressort du témoignage. D'autre part il ressort que le travail de nuit implique un fonctionnement très différent par rapport au travail en journée. La liberté semble accrue pour ces équipes qui doivent s'autonomiser, tout en devant composer avec des ressources plus limitées. Il est souligné une forme de débrouillardise. Par ailleurs l'IDE insiste sur la réduction des effectifs IDE durant la nuit, ce qui constitue un élément d'explication à ces observations.

IDE 2 : L'IDE nous présente le travail de nuit au service des Urgences sous un angle peu différent de la journée. Le rythme est identique, peu d'éléments semblent changer. Elle souligne néanmoins le fait que

le personnel est réduit malgré une activité similaire. Par ailleurs, si l'activité ne change pas, le personnel prend peu en compte les particularité de la nuit (lumières, sons). En dépit d'avoir conscience que la nuit ne répond pas aux sens de la même manière que la journée, l'organisation du travail reste dans la continuité de la journée.

2. Définir les profils de patients agités au SAU la nuit et la fréquence de mise sous contention

IDE 1 : La fréquence de patients agités la nuit au SAU est élevée. Il ne s'agit pas de passages isolés ou faibles mais bien de situations qui reviennent très souvent. L'IDE reste prudent quant à une comparaison avec la journée, sans exclure un accroissement de ces passages la nuit. Puisqu'il précise que généralement les patients repartent le matin à peu près stabilisés. Concernant le profil des patients agités la nuit, deux éléments se détachent de la réponse. Leur typologie d'une part, marquée par une instabilité, une agitation certaine et des caractéristiques de décompensation psychiatrique ou d'alcoolisation aigüe. D'autre part l'IDE apporte des précisions sur les contextes favorisants tels que le caractère anxiogène de la nuit, du SAU, le fait d'attendre longtemps sur un brancard, parfois sans explication. Enfin il évoque la façon dont les équipes de nuit doivent gérer ces situations. Il s'agit de situations délicates à appréhender, avec des patients tendus dont la prise en charge va déterminer l'issue des conflits. Une forme d'adaptabilité semble de mise.

IDE 2 : L'IDE dresse un panel de caractéristiques des patients agités. Sans l'exprimer directement se dessinent les traits de patients à profil psychiatrique, alcoolisé, confus. L'expression de l'agitation est variée et d'une intensité explicite. Il ne s'agit pas seulement d'une agitation verbale mais également physique, avec une perturbation de l'environnement du service et l'existence d'un danger réel ou potentiel pour les personnes présentes. Ceci étant marqué par une récurrence forte, presque quotidienne et manifestation plus intense qu'en journée.

3. Déterminer le niveau de formation initiale et/ou continue des soignants

IDE 1 : Sur la nécessité de bénéficier d'une formation, le témoignage est clair. Il est impératif pour l'IDE de recevoir une formation. Or, si une formation en lien avec la mise sous contention existe elle se révèle difficilement accessible : une formation pour l'ensemble du CHU, dont les places sont limitées, encore récente et peu fréquente. Par conséquent, ce constat de défaut de formation pour le personnel (« on est pas formés ») aboutit à un auto apprentissage compte tenu de la fréquence des événements auxquels il faut faire face. L'expérience prend le relais de ce défaut de formation.

IDE 2 : L'absence d'une formation initiale sur la pose de contention est claire. Les propos sont marqués par un lexique de négation, tant sur l'apprentissage technique et théorique que sur le matériel mis à disposition. L'IDE reconnaît en avoir été « décontenancée » et marquée. Aujourd'hui encore, elle avoue pouvoir tirer profit d'une mise à niveau pour elle et ses collègues. Au-delà de cela l'IDE interrogée pointe la séparation des rôles hommes/femmes dans la mise sous contention lorsqu'elle évoque son expérience passée. Les hommes étant plus dans les gestes physiques, les femmes dans le verbal. Conséquence d'un manque de formation? Toutefois rien n'indique que cela est encore d'actualité.

4. Comprendre l'appréhension de la contention par l'IDE

IDE 1 : La description qui est faite de l'approche de la contention est marquée par une forme d'empirisme. L'IDE sépare bien ce qui devrait être (« en théorie ») de ce qui est réellement. En effet, les contentions sont souvent posées après analyse de la situation par les IDE et avant prescription, ce qui sera régularisé a posteriori. Le pragmatisme est le maître-mot face à des événements qui nécessitent une prise de décision immédiate (urgence, menace, violence, gestion difficile) avec anticipation (« si besoin »).

IDE 2 : La mise sous contention est vécue comme un acte de soin à part entière et l'on sent une réflexion éthique de la part de l'IDE interrogée. En premier lieu, elle souligne l'importance d'agir sous prescription et en fait une condition sine qua non. Agir avec empathie est essentiel pour elle puisqu'elle explique accompagner le patient dans cette prise en charge. Ce dernier n'est pas laissé à lui-même dans cette « privation de liberté ». En outre contentionner ne doit pas se faire aveuglément, mais sous condition d'un rapport bénéfice/risque favorable à cet acte de soin. Un traitement visant à apaiser l'agitation sera mis en place. La pratique de la contention a évolué pour l'IDE interrogée. Plus réfléchie, elle se préserve de mettre en place ce geste tant qu'il ne s'agit pas d'une solution de dernier recours. A l'opposé, elle met en lumière une tendance inverse chez les soignants moins expérimentés. Les gestes sont plus « violents », plus rudes, à l'image semble-t-il des situations auxquelles ils font face de plus en plus.

5. Savoir dans quelle mesure les soignants sont associés à l'élaboration d'un protocole de service sur la pose de contention

IDE 1 ; A travers cette question sur l'existence d'un protocole de service, c'est la pertinence ou non de protocoliser la contention et d'y associer les soignants qui est posée. L'IDE a bien conscience qu'il s'agit d'un acte prescrit et qu'à l'heure actuelle une prescription médicale est indispensable pour poser une contention AU SAU de Rennes Pontchaillou. Il nous fait part de ses réticences quant à l'élaboration d'un protocole, même s'il ne s'agit pas d'une opposition ferme. Pour étayer cela il évoque un risque de dérives, notamment la « solution de facilité » que cela pourrait représenter pour les soignants.

IDE 2 : Concernant l'application d'un protocole en cours, la réponse est négative, l'IDE connaissant bien son activité et ses recours auprès du médecin référent (psychiatre en l'occurrence). En revanche, plusieurs éléments de discours relèvent un manque d'information des soignants au sujet d'un projet d'élaboration de protocole. Cette IDE, directement impliquée au quotidien dans la mise sous contention de patients agités, ne semble pas disposer d'informations claires de sa direction quant à la mise en place d'un groupe de travail sur ce thème.

6. Evaluer le degré de remise en question de l'IDE face à la contention

IDE 1 : La pratique de la contention renvoie à une réflexion éthique pour l'IDE interrogée. En revenant sur certaines situations vécues il nous fait part de son analyse et de son point de vue. Utilisant parfois

le « je » parfois le « on » ses réponses nous laissent penser qu'il ne s'agit pas d'une réaction isolée mais plutôt partagée. Néanmoins, ce questionnement semble lié à la place de l'individu dans le groupe lorsqu'il évoque que « la majorité l'emporte » ou souligne la forte présence d'hommes, ainsi que l'effet nombre. Des nuances commencent à ressortir de ses propos, en particulier dans l'idée que chaque situation est différente et que la réflexion éthique individuelle reste sensible à ces spécificités.

IDE 2 : La mise sous contention n'est pas un acte de soin que l'IDE interrogée prend à la légère. Elle reconnaît que chaque soignant, en fonction de sa personnalité et de son expérience, va réagir différemment. La sensibilité de chacun fait que les réactions face aux situations de tension sont différentes. Pour autant, cette IDE est en mesure de prendre le recul nécessaire et de se positionner face à certains collègues dont les méthodes ne sont pas en accord avec ses convictions. S'affirmer au sein du groupe lui semble important dans sa démarche auprès du patient agité, quitte à demander à un collègue de passer la main.

7. Evaluer le degré d'adaptabilité de l'IDE face au groupe et aux situations rencontrées

IDE 1 ; Cette question prend le relai de la précédente, à laquelle l'IDE interrogé avait donc déjà commencé à répondre. La notion d'adaptation est clairement exprimée. Une évaluation préalable de la situation aboutit à une prise en charge mesurée, selon les profils de patients rencontrés, et les conséquences qui pourraient en découler.

IDE 2 : Trois points clés ressortent du point de vue de l'IDE : le temps, l'adaptation aux symptômes et savoir pourquoi on agit. La notion de temps disponible pour le patient résonne particulièrement ici puisque l'IDE intervient en psychiatrie. Dans beaucoup de situations elle souhaite prendre du temps avec les patients, pouvoir les écouter, les apaiser afin d'éviter des mesures de contention. Cette notion est donc à prendre en compte pour s'adapter à la situation. Les symptômes sont également déterminants dans la prise en soin. Certains profils de patients seront susceptibles de pouvoir échapper plus facilement à la contention que d'autres pour lesquels le dialogue sera vain. Enfin, elle rappelle l'importance d'agir en toute conscience. Savoir pourquoi le soignant entreprend telle ou telle démarche auprès du patient, et être en mesure de le lui expliquer est fondamental. Pour le soignant c'est un garde-fou, un repère et un guide dans l'acte de soins.

8. Mesurer l'ouverture aux nouvelles pratiques et la prise en charge du nouvel arrivant au sein du groupe

IDE 1 : Les réponses apportées à cette question sont assez riches. Deux grands thèmes se dégagent. D'une part l'effet groupe que le nouvel arrivant va subir. De là, il lui est conseillé de ne pas calquer ses pratiques de manière automatique sur ses collègues, mais plutôt de prendre le temps. Mais attention à ne pas rester trop à l'écart car une implication de sa part sera attendue. Etre dans l'action sans précipitation. D'autre part, le nouvel arrivant est considéré avec ses fragilités face au groupe et aux situations nouvelles. Il devra savoir tirer bénéfice de ses forces en nourrissant l'échange, en proposant des solutions, afin d'accompagner le groupe vers une remise en question de ses pratiques.

IDE 2 : La dynamique d'équipe est perturbée lors de l'arrivée d'un nouvel arrivant. Savoir remettre en question ses propres pratiques en s'ouvrant à celles des autres est un axe de travail pertinent. Il faut donc pouvoir accueillir le dialogue et la nouveauté. Il faut également savoir accueillir les nouveaux arrivants en les informant des pratiques du service en matière de contention. Un manque de formation peut avoir des conséquences néfastes pour le nouvel arrivant qui sera pris en défaut au sein de l'équipe lors de moments critiques. C'est ce que l'IDE nous explique en illustrant son propos de situations qu'elle a pu rencontrer au sein de son équipe. Les pratiques inadaptées seront signalées par les collègues, parfois d'une manière qui pourra être perçue comme inappropriée voir choquante pour le nouvel arrivant.

VI. Discussion

Le cadre théorique posé, les entretiens réalisés avec des professionnels sensibilisés au sujet principal de ce mémoire, je vais pouvoir exposer mon point de vue sur le sujet. La question de départ était formulée ainsi : **dans quelle mesure l'arrivée d'un nouvel infirmier dans une équipe de SAU de nuit peut-elle impacter l'usage des contentions auprès du patient agité ?** Cette question peut être abordée sous plusieurs angles. Je tenterai donc de l'étayer selon une approche globale à partir des points clés énoncés précédemment (contexte, cadre théorique, entretiens) mais également de mon propre ressenti de futur nouvel arrivant en service de soins.

1. Mieux anticiper, agir, réagir dans un contexte d'urgences (et de nuit)

Le métier d'infirmier est un métier extrêmement encadré, dont le caractère juridique est omniprésent. Il paraît inconcevable pour un IDE de ne pas connaître ses droits et ses obligations. Dès leurs premiers pas à l'IFSI cette notion est imprégnée chez les futurs professionnels et ils devront la garder en tête tout au long de leur pratique sous peine de mettre leur diplôme en jeu. La prise en charge de personnes rend ce métier profondément humain mais aussi impitoyable pour celui qui commet une faute. Agir dans l'urgence renforce ce risque, a fortiori pour un jeune diplômé. Mais pas seulement. Le poids des mauvaises habitudes finit fatalement par peser sur celui ou celle qui ne remet pas en question ses pratiques. Les gestes ou les mots économisés ici ou là au fil des années par facilité se retourneront inéluctablement un jour contre l'IDE qui les a portés. La responsabilité juridique de l'IDE est forte, nous l'avons vu. Il lui appartient par conséquent de ne pas tomber dans ces travers et de rester vigilant aux soins qu'il ou elle apporte, en particulier dans l'urgence.

Agir sous la pression demande aussi une certaine maîtrise de ses propres émotions. Cela passe en premier lieu par une formation adéquate aux situations d'urgences. Savoir se reformer régulièrement aux bonnes pratiques constitue une protection minimale contre l'improvisation. Les témoignages des deux IDE interrogés rendent bien compte de ce que peut être une mise sous contention mal organisée. Cela se traduit par une exacerbation de la tension déjà accumulée, par une mise en danger des personnes présentes et par une prise en soin désincarnée. L'IDE de psychiatrie insiste beaucoup sur le dialogue et les deux IDE sur la notion de dernier recours. Ceci est primordial pour désamorcer le conflit. Les recommandations de la

SFMU et de l'HAS vont dans la logique d'une pose de contention cadrée, organisée et réfléchie. Le contexte de la nuit peut favoriser les erreurs des nouveaux arrivants qui découvrent ce rythme, ce qui rend la formation encore plus indispensable pour ces équipes. La fréquence des situations d'agitation, la fatigue de part et d'autre et la nécessité d'agir dans l'urgence en sont d'autres justifications.

Or, pour les soignants, il est vrai que l'accès à la formation n'est pas toujours aisée. Elle manque même selon les propos des IDE interrogés. Cette formation initiale et continue est fortement souhaitée par les équipes mais n'est-elle pas suffisamment dispensée. Elle est pourtant un élément clé de la remise en question des pratiques professionnelles. Le nouvel arrivant en service d'Urgences doit intégrer toute une organisation propre à ce service qu'il découvre. Cette introduction au sein de l'équipe et de son environnement se fera d'autant mieux si une formation adéquate accompagne l'accueil. Il s'agit là de remettre en question les pratiques établies ou de les renforcer, de les améliorer. Pour palier à ce manque de formation, la réflexion d'équipe peut compenser dans une certaine mesure. Le dialogue, les échanges à chaud doivent permettre de mieux anticiper les conflits et d'appréhender plus efficacement la contention. Le nouvel arrivant est une occasion pour l'équipe non seulement de rappeler l'importance (et le défaut) de la formation. Elle est aussi une opportunité de mettre en place des retours d'expériences ou de manière moins formelle des débriefings lorsque certaines situations ont pu questionner les équipes.

2. Savoir mettre du soin dans sa pratique

L'empathie guide le soignant dans sa pratique. C'est ainsi que parmi le panel de soins qu'il a pour mission d'apporter, il conserve toujours une part d'humanité en s'impliquant auprès des patients. Certaines situations viennent défier cette empathie. Les insultes et menaces, les violences physiques peuvent pousser le soignant à oublier ce qui fait le soin. Néanmoins, la pose de contention reste un soin, quand bien même elle prive le patient de liberté, quand bien même elle s'exerce parfois (souvent) dans une atmosphère tendue et anxiogène. Certains auteurs ont mis en lumière le paradoxe d'une restauration du lien et la notion d'attachement qui vient avec la contention. C'est cela que le nouvel arrivant doit avoir en tête lorsqu'il intègre un SAU pour la simple raison que ces notions lui seront d'une importance capitale. Cela rejoint les témoignages des IDE lorsqu'il évoquaient l'importance de comprendre ce que l'on fait. Expliquer au patient, même dans des situations de mise sous contention, le rassurer, l'accompagner, permet de donner du sens à ce soin et d'apaiser l'agitation. Aucune formation n'est nécessaire pour intégrer cela, le soignant doit l'avoir en lui. Il doit être en mesure de maintenir cette empathie tout au long de sa carrière, qu'il soit nouvel arrivant ou non. C'est un exercice difficile, il faut le reconnaître. Savoir conserver de l'empathie dans un soin qui demande une certaine froideur (mettre des sangles, bloquer les mouvements, contenir chimiquement) relève d'un pragmatisme délicat à mettre en oeuvre.

Un des risques principaux auquel doivent faire face les équipes installées depuis longtemps dans un SAU est celui de la banalisation. La fréquence des agitations nécessitant une mise sous contention peut pousser certains esprits à ne plus envisager ce soin dans toutes ses dimensions. Les compétences acquises par le soignant au fil des mois et des années de pratique tendent à le détacher émotionnellement. Par certains aspects ce phénomène est salutaire et rend compte d'un instinct de survie mental assez sain. Mais la

banalisation du geste n'en est jamais très éloignée. Les différents stades par lesquels le soignant acquiert ses compétences, qui le font passer de novice à expert, doivent éviter dans la mesure du possible cet écueil. C'est aussi un risque pour le nouvel arrivant qui cherchera très probablement à s'identifier aux soignants plus expérimentés du groupe. Le leader, s'il existe, aura une influence certaine sur le nouveau collègue. Quelle est la chance pour le nouvel arrivant de pouvoir se construire dans ce soin si ce dernier est banalisé par l'équipe qu'il intègre ? Comment pourra-t-il mettre au point ses propres usages, sa propre pratique si tout tend à croire que la contention est un soin déshumanisé et déshumanisant ? Sans compter sur l'apparente plus grande liberté qui règne au sein des services de nuit. Moins de cadres de santé, moins de médecin, moins de soignants, parfois moins de matériel...mais pour autant pas moins de règles. Attention donc à un raccourci qui pourrait s'avérer néfaste à la prise en soin.

3. Trouver sa place au sein d'un groupe

Parmi tous les défis que doit relever un nouvel arrivant dans un service, celui de se faire une place au sein du groupe est peut-être le plus difficile. Tellement de facteurs influencent le devenir de l'individu qu'il n'existe pas de schéma prédéfini garantissant une bonne intégration. Qu'ils soient expérimentés ou pas, le nouvel arrivant doit réussir à mettre en avant son savoir-faire et son savoir-être avec justesse. Comme l'ont démontré Lewin et Moscovici, le groupe est une entité complexe et multidimensionnelle. Il n'est pas toujours aisé de se socialiser au sein d'une équipe déjà formée. Néanmoins, une des particularités des SAU est de renfermer des groupes soudés. Face aux situations délicates à affronter, les soignants font preuve de cohésion, ce qui constitue une opportunité pour le nouvel arrivant de s'insérer rapidement dans la dynamique d'équipe. Ma propre expérience de stagiaire infirmier au sein du SAU de Rennes Pontchaillou me l'a confirmé. L'accueil est chaleureux, et très rapidement l'on sent une ouverture. Plutôt que de fermer le groupe, la solidarité déjà constituée attire et absorbe le nouvel arrivant. Je dresse ici un portrait global des SAU mais cette caractéristique ressort également d'autres témoignages dans d'autres SAU et surtout elle est commune avec d'autres collègues de ma promotion qui ont fait l'expérience de ce stage au sein de ces mêmes équipes.

Ne pas copier mais se nourrir des expériences environnantes serait donc une des recettes pour faire évoluer sa pratique. En privilégiant le dialogue, les expériences de chacun se croisent et se comparent. Elles tendent à s'harmoniser en se délestant des éléments inutiles ou contre-productifs et en s'enrichissant des idées innovantes. C'est tout simplement inscrit dans l'ADN des sciences et de la médecine. Le progrès est en partie fait d'empirisme. Je ne suis pas persuadé que l'avenir appartient aux soignants qui se cloisonnent et qui défendent leurs acquis comme une vérité absolue. Au contraire, la jeune génération me paraît démontrer une ouverture d'esprit saine. Ne pas se conformer, élaborer sa propre pratique, réduire la pression et favoriser l'expression sont les lignes qu'elle semble suivre. Tant mieux pour les nouveaux arrivants et les groupes qui les accueillent. Bien que, comme nous l'avons vu au travers des témoignages des deux IDE, dans les SAU les pratiques de contention semblent devenir plus autoritaires (ceci pour diverses raisons), les synergies au sein du groupe ne disparaissent pas, au contraire. Rien n'est figé et la pression à une uniformisation reste toute relative. Il n'est pas rare d'entendre au cours même de stages infirmiers que la méthode

que nous, soignants en construction, apportons suscite l'intérêt. Parfois même est-il possible de se voir consulté sur les recommandations actuelles de telle ou telle pratique.

Pour autant, il ne faudrait pas oublier que le contexte et l'environnement sont déterminants. Toute la bienveillance et l'ouverture du groupe ne suffisent pas systématiquement à faire de la place à une remise en cause des pratiques. Dans le cas du patient agité au SAU, c'est un processus qui pourra s'avérer couteux en temps et en énergie. Il nécessitera de remobiliser des gestes effectués dans l'urgence, presque instinctifs, et d'accepter parfois de faire face à ses propres maladresses.

4. Nouveau regard sur la situation d'appel

Qu'en est-il à ce stade de mon analyse de mon positionnement par rapport à ma situation d'appel ? Après cette introspection et les différentes recherches bibliographiques que j'ai menées, je conserve un regard sceptique sur cet instant. J'ai toujours des difficultés à accepter la méthode avec laquelle j'ai dû composer pour contentionner cette jeune femme. On ne m'a pas demandé à moi, stagiaire infirmier de semestre 4, si j'approuvais ou non cette prise en soin. Mais le groupe a compté sur moi pour la mettre en oeuvre. Je ressens encore une part de culpabilité, une forme de sentiment de complicité d'avoir participé à cette privation de liberté sous une forme qui, je le pense, aurais pu être plus adaptée à la situation. Je n'ai subi ni pression ni autoritarisme mais je n'ai pas non plus été accompagné dans la procédure de mise sous contention. Il fallait agir et vite. Comme si l'obligation de résultats primait sur celle de moyens. Un appel, un danger, une solution. J'ai entendu le signal et, alors membre de cette équipe (même en tant que stagiaire), j'ai accepté les usages (me rendre disponible sur le lieu de l'appel immédiatement), les pratiques (être en deuxième ligne, aller chercher des contentions, maintenir la patiente), le leadership (écouter les consignes de pose des contentions physique et chimique). Le groupe à ce moment ne faisait qu'un, et je faisais partie de cette entité.

Ce sentiment de malaise aurait-il pu ne pas exister si j'avais bénéficié d'une formation ou d'un accompagnement minimal sur la gestion des situations de mise sous contention ? Probablement. Mais au-delà de cela, c'est la méthode dans son ensemble qui m'a questionné. Ma position au sein du groupe est une chose, les intentions du groupe pour gérer la situation en est une autre. C'est le manque de mesure, de gradation, d'adaptation qui à mes yeux ont manqué dans cette situation. Je me trompe peut-être, je n'ai peut-être pas encore le recul nécessaire sur ce métier pour comprendre entièrement le choix qui a été fait par l'équipe en place. Je n'ai pas non plus accédé à la totalité de la situation, à ce qu'il s'est passé avant, comme ce qu'il a pu se passer ensuite. Je suis persuadé qu'une prise en charge adaptée, professionnelle, humaine et bienveillante a été proposée à cette patiente par les soignants qui ont continué de s'occuper d'elle après la pose de contention. Une fois la situation gérée et le calme revenu, j'ai sollicité un des IDE qui était présent pour échanger avec lui sur mon ressenti et recueillir ses impressions. J'ai été rassuré d'entendre que lui non plus n'approuvait pas totalement dans l'absolu la méthode qui avait été employée. Mais son expérience lui accordait la possibilité de prendre davantage de hauteur que moi : pouvions-nous faire autrement sur l'instant ? Avions-nous le matériel et le temps nécessaire ? La patiente ne représentait-elle pas une menace suffisante pour justifier les moyens employés ? N'est-il finalement pas rassurant de pouvoir

faire confiance à ses collègues ? Car il s'agit bien de cela. Ce que j'ai compris à cet instant c'est qu'en tant qu'élément d'une entité (l'équipe) nous n'étions pas à cet instant en position de nous questionner sur le bien fondé de l'intervention. Notre rôle était de porter assistance au groupe afin de circonscrire le danger potentiel. Ce qui a manqué, finalement, est un véritable débriefing qui prenne en compte les points de vue de chacun (nouveaux arrivants y compris), qui aurait pu faire partie d'un CREX, par exemple, dans lequel plusieurs situations différentes auraient été analysées. Avec comme objectif d'aboutir à un arbre décisionnel, une arborescence de situations types nécessitant des prises en charge spécifiques. Avec, en bout de chaîne, une formation dispensée aux équipes en place.

5. Pertinence de la question de départ et question de recherche définitive

Ma question de départ est issue d'une situation d'appel que j'ai vécue. Elle est par conséquent assez précise et cible un contexte bien particulier. L'environnement des Urgences, une situation d'agitation, la nuit, au travers du nouvel arrivant. Mon analyse de cette question de départ a mené ma réflexion vers de multiples champs d'exploration. Tous ces angles ont suscité mon intérêt mais la question de départ, telle que formulée, m'a contraint à ne les aborder que de façon superficielle. Je n'ai pas pu développer chacun de ces axes comme je l'aurais souhaité. En revanche, cela m'a permis d'approfondir ma réflexion sur ce thème qui me tenait à cœur et d'envisager une introspection différente de celle que j'avais envisagée avant la rédaction de ce mémoire. Les recherches que j'ai effectuées ont par certains aspects confirmé plusieurs de mes intentions initiales : dégrossir le thème, l'aborder sous un angle théorique et le confronter à la pratique au travers de témoignages. Mais cette question de départ, par son caractère multifocal, a été un outil qui m'a permis de rendre visible certaines interrogations qui ne m'avaient pas sauté aux yeux d'emblée. Et c'est là qu'un réajustement de ma question de départ intervient.

J'ai été particulièrement saisi par la force du groupe par rapport à l'individu dans les situations de détresse. Le contexte des urgences a cette particularité d'inviter l'individu à embrasser les pratiques du groupe pour le bien de toute l'équipe. Tu me protèges, je te protège. C'est une solidarité qui tient presque du militaire. Mais les situations d'urgences n'existent pas qu'aux Urgences. Tous les services de soins sont susceptibles d'y être confrontés à un moment ou un autre. Les usages, les pratiques, les protocoles, les moyens matériels et humains, tout ceci y tient une place bien définie, et l'on peut imaginer que les équipes ne sont pas toujours formées à gérer ces situations en termes d'organisation (qui fait quoi, à quel moment, comment, ...?). Comment les soignants en tant qu'individus, dans des services plus conventionnels que celui des Urgences, face à des situations qui surviennent moins fréquemment, réagissent au sein de l'équipe ? Ainsi, si je devais redessiner cette question de départ, je me pencherais avec attention sur le groupe et son influence sur l'individu. Lorsque rien n'est protocolisé, cadré ou préparé, quelle est la place du soignant, quelle liberté a-t-il pour se positionner ? Que nous apprend notre métier sur cela ? Ce qui est valable aujourd'hui est-il immuable ? Un soignant doit avoir des convictions et une vision de la prise en soin qui lui appartient. C'est ce qui constitue son intégrité et le différencie du simple exécutant. Nous voyons bien qu'au cœur de toutes ces interrogations se trouve la question même de l'éthique du soignant et de la pression

que le groupe exerce sur lui. Il pourrait alors être légitime de se demander **dans quelle mesure le soignant doit-il se soustraire à l'équipe en remettant en cause son éthique dans l'intérêt du patient ?**

VI. Conclusion

J'ai énormément appris de mon passage aux Urgences. C'est, je pense, le stage le plus riche que j'ai effectué. Tant de personnes se croisent dans ce service, tant de situations particulières sont vécues, que ce service ne peut laisser indifférent. En fait j'ai tout de suite su le soir de la situation d'appel que j'en ferai le sujet de mon mémoire. Beaucoup d'ingrédients étaient réunis pour en faire un champs d'exploration passionnant. Mais rapidement m'est venue la question de l'organisation. Par quel angle aborder ce sujet, par quelles recherches commencer ? J'avoue avoir été un peu déstabilisé. Je ne savais pas quelle part prendrait l'émotionnel dans ma réflexion et si d'ailleurs une part devait lui être attribuée. La mise en mot de ce que j'avais vécu a donc été pour moi un élément libérateur. Je pouvais dès lors pointer les gestes, les mots, les attitudes qui m'avaient le plus frappés. Puis la question de départ m'est apparue assez naturellement.

De là m'est venue l'élaboration d'un cadre conceptuel. Organiser les idées ne m'a pas posé trop de difficultés. Savoir border les recherches a été en revanche un exercice plus délicat. Comme je l'ai évoqué au point précédent, j'ai eu l'impression de passer en revue un cadre théorique qui aurait mérité une recherche bien plus approfondie. Mais c'est aussi le jeu de ce mémoire, qui reste une initiation à la recherche. Il faut savoir composer avec cette contrainte. La formation IDE est très dense et sert aussi de clé au jeune diplômé pour ouvrir de nombreuses portes. L'exploration fine de sujets de recherches viendra avec l'expérience.

Les entrevues que j'ai eu la chance d'effectuer avec les deux IDE ont été une opportunité de me replonger dans le contexte des Urgences. Rares sont les occasions au cours des stages où l'on peut prendre le temps de discuter à tête reposée avec ses collègues. Voir des collègues impliqués dans leurs gestes, intéressés par leur métier, ayant une conception propre de la prise en soin, est un réel plaisir. On ne mesure pas à quelle point cela fait de ce métier un métier unique. Pour avoir eu une vie professionnelle extrêmement différente par ailleurs, j'en suis très conscient. Ce sont ces échanges qui ont relancé ma dynamique dans la rédaction du mémoire. Cela devenait vivant, concret, pratique. Et surtout j'entamais cet échange qui, malgré les formalités dues à l'exercice, m'avait manqué durant mon passage aux urgences. J'obtenais des réponses à des questions qui m'étaient restées en suspens depuis une année. Enfin, cela est venu nourrir l'espace de liberté offert par la partie discussion en fin de mémoire. J'y ai condensé tout ce qui a pu faire écho à mon ressenti personnel durant ces semaines de réflexion. Même si, je le reconnais, ce n'est finalement qu'une introduction à une recherche de fonds. Je conserve la possibilité de reprendre cette démarche là où je l'aurais laissée en fin de troisième année, avec davantage de recul sur ma propre pratique.

VII. Bibliographie

Ouvrages

- Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin (2000), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 12^e édition, p.20
- C. Bachelet (2004), *Usages des TIC dans les organisations, une notion à revisiter ?* Actes du IX^e colloque AIM INT d'Evry.
- Patricia Benner (2003), *De novice à expert, Excellence en soins infirmiers*, Paris, Broché
- Wilfred Bion (1965) *Recherche sur les petits groupes*, Paris, PUF, p. 130
- Marie Cordier (2009), *L'organisation du travail à l'hôpital : évolution récentes*, DREES, Etudes et résultats, n°709.
- Josiane Feudo, Malika Heddouche (2008), *Vous avez dit contention ? , Conflits et conflictualité dans le soin psychique*, Erès, Paris, pages 163 à 165
- Serge Moscovici (1979), *Psychologie des minorités actives*, Paris, PUF, 3^e édition, p.82, version numérisée consultable à l'adresse : http://classiques.uqac.ca/contemporains/moscovici_serger/psycho_minorites_activites/psycho_minorites_activites.pdf
- Roger Mucchielli (1995), *La dynamique des groupes*, Paris, ESF Editions, pp 14-15.
- Roger Mucchielli (1996), *Le travail en équipe*, Paris, ESF Editions, p 35.
- Jean Peneff (1992), *L'hôpital en urgence, Etude par l'observation participante*, Paris, Métailié, P. 183 et p. 102

Articles

- Stéphanie Dameron, Emmanuel Josserand (2007), Le développement d'une communauté de pratique, une analyse relationnelle, *Revue française de gestion* 2007/5 (n° 174), p.131 à 148
- Gilles Devers (2014), Contention et responsabilité, *Objectifs soins* N°223
- Ewa Drozda-Senkowska, François Ric, Dominique Muller (2007), Groupe et décisions collectives, *Inflexions* 2007/1 (N° 5), p. 213 à 229
- Pierre De Visscher (2006), Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2006/2 (Numéro 70), p.53 à 61
- Marc Dumas, Florence Douguet, Youssef Fahmi (2016), Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?, *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise* 2016/1 (n° 20), p. 45 à 67
- Madeleine Estryng-Behar, Olivier Le Nezet (2006), Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière, *Soins Cadres*, n° 2, p. 2-14.
- Sandrine Gaubert (2019), Quand le patient devient impatient au service d'accueil des urgences, *Revue de l'infirmière* n°249
- Saïda Habhab-Rave (2010), Le rôle des communautés de pratique dans le processus de gestion des connaissances dans les entreprises innovantes : une étude de cas par comparaison intersites, *La Revue des Sciences de Gestion*, 2010/1 (n°241), p. 43 à 54

- Vincent Marciano, Anne-Sophie Kieffer, Carole Champsaur, Élisabeth Baldo, Contenance et contentions aux urgences : considérations pratiques et éthiques, *Pratiques en santé mentale* 2014/4 (60e année), p. 25 à 30, consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2014-4-page-25.htm#no5>
- Eric Péchillon (2017), Isolement, contention : entre recommandations et instructions, *Santé Mentale* N°218
- Dominique Quelin, Pierre Privat (2002), Penser le groupe, *Enfances & Psy* 2002/3 (no19), p.8 à 21

Textes législatifs

- Code de la Santé publique, consultable sur le site de Légifrance à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2021-04-07/

Rapports

- *Violence en santé* (2020), ONVS, consulté à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019.pdf
- *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé* (2000), ANAES, consulté à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
- *L'agitation en urgence (petit enfant excepté)*, Conférence de Consensus, 2002, SFMU, consulté à l'adresse : https://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm/l-agitation-en-urgence-petit-enfant-excepte/con_id/120
- *La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en oeuvre* (2012), SOFIA, consulté à l'adresse : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_contention_physique_au_service_des_urgences-Indications_et_principes_de_mise_en_oeuvre.pdf
- *La contention et la liberté d'aller et venir...* (2018), Société Française de Gériatrie et Gérontologie, consulté à l'adresse : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Mooc5_Contention_22dia_16.pdf

Page web

- Haute Autorité de Santé (2012), *Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours*, consulté à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

ANNEXES

Annexe I : Situation d'appel N°2

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Tableaux d'analyse IDE 1

Annexe IV : Tableaux d'analyse IDE 2

Annexe V : Retranscription entretien IDE 1

Annexe VI : Retranscription entretien IDE 2

Annexe VII : Instruction de travail : bonnes pratiques de la contention physique

Annexe VIII : Document de travail rappelant le cadre juridique de la contention et les grands principes qui entourent sa mise en oeuvre

Annexe IX : Politique de la contention au CHU de Rennes, mémo pro à destination des professionnels de santé

Annexe I : Situation d'appel N°2

Affecté ce soir là à l'IAO je suis chargé avec l'infirmier et l'aide-soignante d'accueil et d'orientation de recevoir les patients qui se présentent spontanément ou qui sont amenés par les pompiers, les forces de l'ordre ou le SAMU. Il est environ minuit lorsque les pompiers arrivent accompagnés d'un homme âgé d'une cinquantaine d'années, de forte corpulence M. C, et qu'ils présentent comme étant en état d'ébriété. Ils l'ont trouvé errant sur la voie publique, calme mais tenant des propos peu cohérents. Il présente une plaie superficielle au front. Les pompiers soupçonnant un éventuel traumatisme crânien ont décidé de l'adresser aux Urgences.

Je récupère les transmissions que me font les pompiers et j'accueille ce patient en salle d'examen de l'IAO. Je me charge d'installer un brancard et j'invite le patient à s'asseoir dessus. Je commence par lui prendre les constantes. A l'interrogatoire, il me semble effectivement désorienté et tient des propos peu en accord avec la réalité. Il n'est pas entièrement confus mais me dit qu'« il n'est pas là pour ça », me dit qu'il est schizophrène. Mon premier réflexe est de vérifier par sécurité que la porte du box d'examen est bien ouverte. Je lui demande s'il prend des traitements habituellement et quels sont-ils, et s'il les a pris aujourd'hui. Il ne répond pas à ces questions et cherche à se lever. Je parviens toutefois à le faire souffler dans l'éthylotest et constatant l'alcoolémie positive j'essaie de comprendre pourquoi il a bu ce soir et ce qu'il faisait dans la rue. Ses réponses sont un mélange de phrases mystiques et de propos de plus en plus agressifs. Je termine finalement d'enregistrer les informations pour l'ouverture de son dossier et je rejoins l'infirmier d'accueil et d'orientation avec qui je travaille ce soir. Après l'avoir informé de la situation il me confirme que je peux accompagner M. C en secteurs de soins.

S'agissant d'une personne alcoolisée ayant subi un traumatisme crânien, je redirige le patient en secteur long. Néanmoins j'informe l'infirmière de psychiatrie de ce patient qui se présente comme schizophrène pour une éventuelle prise en charge psychiatrique. Ce sera à elle d'en juger la pertinence. Elle me remercie et me signale qu'elle passera le voir d'ici quelques minutes pour constater son état et voir si une hospitalisation en soins psychiatriques est à envisager. Puis je retourne à l'IAO. C'est un soir chargé à l'accueil et se succèdent de nombreux patients venant consulter la plupart du temps pour des douleurs abdominales, des détresse respiratoires, des traumatismes ou des plaies bénins. Et parmi ces patients, le nombre de patients OH que nous amènent les pompiers et les forces de l'ordre croît petit à petit. La tension à l'IAO monte parfois, sans jamais atteindre un seuil qui ne soit pas gérable et ce sont les soignants qui se chargent de modérer les propos et les actes que ces patients alcoolisés ont envers les personnes qui attendent à l'accueil et nous, personnel du CHU.

Puis j'entends des voix qui s'élèvent venant des secteurs de soins (qui se situent à quelques mètres derrière l'IAO). Et l'alarme qui retentit « *Urgence, module B* ». N'étant pas en soins je me hâte de rejoindre le secteur long et je constate deux soignants en train d'immobiliser M. C sur son brancard. C'est un homme de corpulence assez forte bien que d'un certain âge (72 ans). Le maîtriser n'est donc pas chose aisée. Je

mets aussitôt des gants et à la demande d'un de ces deux infirmiers je pars chercher un des brancards prêt pour contention (des brancards sont installés dans les couloirs avec contentions installées, le tout recouvert d'un drap). Je vérifie que les contentions sont bien en place et j'apporte le brancard. Lorsque j'arrive dans le module en question, une petite dizaine de soignants sont sur place et les agents de sécurité du CHU sont en train d'arriver. L'homme est maîtrisé mais il est évident que cette situation l'angoisse et accentue son agitation. D'un signe de tête nous nous mettons d'accord pour installer M. C contre sa volonté sur le brancard de contention. Tout cela s'effectue avec une certaine violence. Plusieurs soignants dont moi-même prenons alors notre aimant et attachons M. C par les contentions au niveau du torse puis des jambes et des mains. Les agents de sécurité le maintiennent avec vigueur pendant ce temps. Une fois la situation maîtrisée et tout risque de débordement écarté, je retourne à l'IAO poursuivre les entrées de patients.

Une fois les contentions en place l'infirmière de psychiatrie lui administrera 50mg de Loxapac par voie intra-musculaire afin de calmer son agitation.

Annexe II : Guide d'entretien

Questions principales / questions de relance	Objectifs
<p>Parlez-moi de votre parcours professionnel Depuis combien de temps exercez-vous aux Urgences ? Combien de temps dans ce SAU ? Est-ce un choix (dont la nuit) ? Autres services auparavant ?</p>	Connaître le parcours professionnel de l'IDE
<p>Quelle est selon vous la particularité du travail au SAU la nuit notamment concernant le travail en équipe ? Nombre de personnel ? Typologie des patients ? Relation IDE/médecin ? Moindre disponibilité de la cadre de nuit ?</p>	Définir les particularités du travail en équipe au SAU la nuit
<p>A quelle fréquence êtes-vous confronté à des patients agités nécessitant une contention ? Quel est le profil de ces patients ? Pensez-vous que cette fréquence diffère en journée ? La typologie des patients agités est-elle spécifique à la nuit ? Partagez-vous cette définition du « patient agité » avec vos collègues ?</p>	Définir les profils de patients agités au SAU la nuit et la fréquence de mise sous contention
<p>Comment avez-vous appris à poser des contentions au SAU (formation, empirique, expérience antérieure, ...) ? As-tu été formé sur la PEC des patients agités ? Formation initiale ? Formation interne ? Formation régulièrement MAJ ?</p>	Déterminer le niveau de formation initiale et/ou continue des soignants
<p>Si vous deviez m'expliquer la pose de contention au SAU que me diriez-vous ? Quelle place faites-vous à l'usage / la pratique dans la prise de décision initiale ? Dans la mise en oeuvre ? Vos propres pratiques (ou celles de vos collègues) ont-elles évolué depuis votre arrivée dans le service ?</p>	Comprendre l'appréhension de la contention par l'IDE
<p>Connaissez-vous l'existence d'un protocole de service sur la contention ? Si oui êtes-vous associé à son élaboration ? De quelle manière ?</p>	Savoir dans quelle mesure les soignants sont associés à l'élaboration d'un protocole de service sur la pose de contention
<p>La pratique des contentions vous questionne-t-elle ? Pourquoi ? A quel niveau ? Avez-vous déjà remis en question votre propre éthique pour adhérer au groupe ? Vous est-il arrivé d'intervenir contre votre gré mais dans l'intérêt de l'équipe ? Avez-vous été confronté au refus d'intervention d'un collègue pour des raisons morales/éthique ?</p>	Evaluer le degré de remise en question de l'IDE face à la contention

<p>Adaptez-vous votre pratique en fonction de la situation ? Si oui dans quelle mesure ? Quels éléments prenez-vous en compte (sexe, âge, pathologie, ...)? Pensez-vous avoir suffisamment le temps de réagir ? Quelle répercussion concrète cela a-t-il dans la mise en oeuvre de la contention ?</p>	<p>Evaluer le degré d'adaptabilité de l'IDE face au groupe et aux situations rencontrées</p>
<p>Qu'attendez-vous d'un nouvel IDE lorsqu'il arrive au SAU en terme de dynamique d'équipe et en particulier dans les situations de mise sous contention ?</p>	<p>Mesurer l'ouverture aux nouvelles pratiques et la prise en charge qui nouvel arrivant au sein du groupe</p>
<p>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p>	

Annexe III : Tableaux d'analyse IDE 1

Objectif : définir les particularités du travail en équipe au SAU la nuit		
Catégories	Thèmes	Items
Pluridisciplinarité	Travail en équipe	<ul style="list-style-type: none"> - énormément en binômes infirmier/aide soignant - quasiment en systématique ensemble - à chaque fois qu'on va voir le patient on est ensemble - on est vraiment une équipe - «gilets rouges" , personnes qui répondent au téléphone, ASH, équipes de psychiatrie - (De jour) binômes infirmiers et en binômes aides-soignant.
	Partage d'expérience	<ul style="list-style-type: none"> - d'échanger énormément avec eux - notre avis est bien pris en considération - complémentarité entre les deux professions.
Effectif réduit		<ul style="list-style-type: none"> - (Équipes IDE) moins nombreuses - équipes (IDE de jour) plus nombreuses
Fonctionnement différent	Autonomie renforcée	<ul style="list-style-type: none"> - pas travailler exactement comme de jour, impossible - Sur plein de choses on est vraiment une équipe à part entière - on a plein de points de vue différents - un peu plus libres.
	Ressources limitées	<ul style="list-style-type: none"> on a moins de ressources plein de choses qu'on a pas nous débrouiller par nous-mêmes

Objectif : définir les profils de patients agités au SAU la nuit et la fréquence de mise sous contention		
Catégories	Thèmes	Items
Fréquence	La nuit	<ul style="list-style-type: none"> - très très souvent - fréquence c'est très aléatoire - quand même énormément.
	La nuit par rapport au jour	<ul style="list-style-type: none"> - plus fréquent de nuit que de jour, je ne sais pas - de jour il y en a aussi ces somme ça - ce qui fait qu'ils sont plus ou moins stabilisés.
Profil	Typologie	<ul style="list-style-type: none"> - juste différent - de nuit généralement on les accueille en phase aiguë, - patients alcoolisés, il y a les patients qui viennent pour un état de mal psychiatrique, as forcément conscience de ce qui se passe ou de ce qu'ils sont en train de faire. - tendance à s'énerver - peut commencer à s'agiter aussi

	Contexte favorisant	<ul style="list-style-type: none"> - nuit est déjà anxiogène - des contextes sociaux, culturels - qui attend sans trop comprendre pourquoi - c'est très anxiogène aussi - attend seul 12 heures - contextes favorisant l'agitation voire la contention
Gestion	Forte agitation	<ul style="list-style-type: none"> - en phase aiguë - plein délire ou très énervés - quelque chose qui ne tourne pas rond non plus - arrivent généralement de nuit en étant agité et ils repartent de jour - ça peut être plus compliqué
	Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> - pas toujours évident à gérer - dépendre de comment on prend en charge le patient. - contention, si ça commence à devenir un peu trop limite. - un patient de GIR 1 on ne va pas pouvoir communiquer avec lui comme avec un patient de GIR 5

Objectif : déterminer le niveau de formation initiale et/ou continue des soignants		
Catégories	Thèmes	Items
Formation continue ou initiale	Existence d'une formation	<ul style="list-style-type: none"> - formation "Agressivité et violence » - formation pour tout le CHU - que deux formations par an - il y a des personnes qui ont réussi à faire - mis en place cette année donc
	Nécessité d'être formé	<ul style="list-style-type: none"> - c'est important qu'on soit formé - il faut qu'on soit formés
Etat actuel de l'apprentissage	Défaut de formation actuelle	<ul style="list-style-type: none"> - on est pas du tout formés - peu de places - à moins d'arriver aux Urgences c'est tout simplement pas possible - un service n'est pas prioritaire par rapport à un autre - très peu de places - on n'est pas formés - ça n'est pas encore au point - tout le monde n'a pas pu y passer
	Apprentissage sur le tard	<ul style="list-style-type: none"> - apprend un peu sur le tard - on comprend très vite comment ça se passe - on en fait tellement souvent

Objectif : Comprendre l'appréhension de la contention par l'IDE		
Catégories	Thèmes	Items
La théorie		<ul style="list-style-type: none"> - En théorie - Censé avoir - Je dis bien en théorie - Mais en théorie - Censé être prescrit

La pratique		<ul style="list-style-type: none"> - on va les mettre en place - mis a posteriori - dans ces cas là on ne réfléchit pas trop - Parfois on a le temps de le voir venir - on met la contention directement.
Pragmatisme		<ul style="list-style-type: none"> - quand ça commence à nous menacer - cadre de l'urgence - des fois on est limite à se faire t per dessus - prescrire en si besoin - c'est ingérable

Objectif : savoir dans quelle mesure les soignants sont associés à l'élaboration d'un protocole de service sur la pose de contention

Catégories	Thèmes	Items
La contention est un acte prescrit		<ul style="list-style-type: none"> - c'est censé être sous prescription médicale - qu'à travers la prescription médicale - il nous faut une prescription
Faut-il protocoliser ?		<ul style="list-style-type: none"> - Je ne pense pas que ça serait forcément très bien de le protocoliser - qu'il ne faut pas le protocoliser.
Risques du protocole de contention		<ul style="list-style-type: none"> - Il ne faut pas qu'il y ait de l'abus. - c'est pas mal d'avoir plusieurs points de vue - mettre une contention ça peut être une solution de facilité - protocoliser c'est une risque à ce qu'il y ait des dérives.

Objectif : Evaluer le degré de remise en question de l'IDE face à la contention

Catégories	Thèmes	Items
Avoir une réflexion éthique		<ul style="list-style-type: none"> - Oui oui ça arrive plusieurs fois - je ne pense pas que c'était une situation où il fallait l'attacher - ça nous dérange - Essayer d'apaiser avant. - On se questionne dans ces cas-là un peu moins
Réagir face au groupe		<ul style="list-style-type: none"> - généralement quand on contentionne ce ne sont que des hommes qui y vont - contexte où il y a toujours du monde autour - c'est la majorité qui l'emporte
Prendre en compte chaque cas de figure		<ul style="list-style-type: none"> - Dans une situation comme ça - Dans certains cas comme ça - c'est des gens avec qui ça peut forcément déranger de contentionner - Parfois il faudrait penser davantage à v - Ce n'est pas toujours

Objectif : Evaluer le degré d'adaptabilité de l'IDE face au groupe et aux situations rencontrées

Catégories	Thèmes	Items
------------	--------	-------

S'adapter à la situation		<ul style="list-style-type: none"> - On essaye d'adapter - On retarde - on y va assez vite - on se retrouve avec un effet en cascade
Différents profils de patients		<ul style="list-style-type: none"> - ce sont des personnes qui - les personnes âgées, confuses - ces patients - quelqu'un qui - qui a cherché à - qui va

Objectif : Mesurer l'ouverture aux nouvelles pratiques et la prise en charge qui nouvel arrivant au sein du groupe

Catégories	Thèmes	Items
L'effet groupe	Ne pas copier	<ul style="list-style-type: none"> - Il ne faut pas qu'il fasse comme les autres - il doit avoir du recul - ne faut pas de précipiter - ni qu'il aille trop vite - Il ne faut pas non plus qu'il soit trop dans l'action
	S'impliquer	<ul style="list-style-type: none"> - ne faut non plus trop se mettre en retrait - Il ne faut pas qu'il soit en retrait - Qu'il demande conseil aux autres je trouve ça assez pertinent. - Il ne faut pas qu'il soit dans l'inaction
Le nouvel arrivant	Fragilité du nouvel arrivant	<ul style="list-style-type: none"> - avoir peur - pourrait peut-être se retrouver endoctriné - il vient d'arriver
	Forces du nouvel arrivant	<ul style="list-style-type: none"> - signaler des choses - on va se dire qu'il n'a peut être pas tort - on va réévaluer - un échange - lui va apporter son côté "ah ouais j'aurais bien fait comme ça, autrement »

Annexe IV : Tableaux d'analyse IDE 2

Objectif : Définir les particularités du travail en équipe au SAU la nuit		
Catégories	Thèmes	Items
Différence dans le travail	Rythme identique	<ul style="list-style-type: none"> - pas beaucoup de différence - l'activité est la même - mêmes circonstances - toujours aussi fort - est le même, ça ne change pas - Mes collègues de jour ça n'arrête pas - tu es très sollicitée - je ne vois pas la différence.
	Personnel réduit	<ul style="list-style-type: none"> - quand même moins de personnes - plus de médecins, de cadre (de jour)
Faire face à la réalité	Non prise en compte du rythme nyctéméral	<ul style="list-style-type: none"> - lumières ne s'éteignent pas - On ne baisse pas la voix - on n'est pas très bon - ça parle aussi fort - Les lumières ne sont pas éteintes - on ne fait pas attention
	Particularité objectives de la nuit	<ul style="list-style-type: none"> - rythme est différent - La nuit il y a une autre dimension

Objectif : Définir les profils de patients agités au SAU la nuit et la fréquence de mise sous contention		
Catégories	Thèmes	Items
Profil de patients	Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> - pas d'accord - opposé à sa présence - refus de soin - déni de ses troubles - sous l'emprise de l'alcool - souvent sous l'emprise de l'alcool
	Manifestation de l'agitation	<ul style="list-style-type: none"> - à tous niveaux - verbale ou physique - gens qui essaient de partir, qui ouvrent des portes - bousculent un peu - insultes - l'agitation passive - tendue - des cris, toute l'agitation qui va avec
Fréquence		<ul style="list-style-type: none"> - Quasiment tous les jours - Quasiment tous les jours ou je travaille - plus fréquent qu'en journée oui

Objectif : Déterminer le niveau de formation initiale et/ou continue des soignants		
Catégories	Thèmes	Items
Formation	Absence de formation	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai pas appris - Et voilà comment j'ai appris - on n'a pas le matériel approprié - pas eu de formation sur la contention
	Conséquences pour le personnel	<ul style="list-style-type: none"> - très mauvaise expérience de ma toute première contention - Ca m'a décontenancée - on se rend compte qu'on ne contentionne pas tous de la même manière - je ne peux pas dire que je sache bien les mettre - on ne sait pas faire en fait
Rôle H/F		<ul style="list-style-type: none"> - En général nous les femmes on était plus spectatrices - nous nous étions plus dans la verbalisation - on se mettait en recul - souvent les gars qui y allaient et qui mettaient les contentions - souvent les gars qui y allaient et qui mettaient les contentions

Objectif : Savoir dans quelle mesure les soignants sont associés à l'élaboration d'un protocole de service sur la pose de contention		
Catégories	Thèmes	Items
Pas de protocole		<ul style="list-style-type: none"> - Non, je crois qu'il n'y en a pas - pas vraiment de protocole - Chacun fait un peu à sa guise - rien n'est fait pour le moment
Information de l'équipe		<ul style="list-style-type: none"> - beaucoup de bruits de couloir - je crois qu'il - On nous dit que - Ils sont en train d'y réfléchir - ce sont des bruits de couloir

Objectif : Comprendre l'appréhension de la contention par l'IDE		
Catégories	Thèmes	Items
Assurer une mise sous contention respectueuse	Respecter la prescription	<ul style="list-style-type: none"> - aval d'un médecin - tant que je n'ai pas l'accord d'un médecin je ne pose pas - Je m'assure d'avoir un accord médical
	Agir avec empathie	<ul style="list-style-type: none"> - une privation de liberté - apporter du soin à la contention - expliquer - pour l'apaiser - l'explique toujours - jamais je les piège - Je leur dis que c'est pour leur bien

	Agir dans l'intérêt du patient	<ul style="list-style-type: none"> - toujours évaluer le bénéfice de la contention - intérêt - pourra être réévalué à distance. - contention = sédation - traitement - critères de gravité, d'inquiétude - en quoi on est légitime
Evolution des pratiques	Pour l'IDE interrogée une pratique plus réfléchie	<ul style="list-style-type: none"> - Je contentionne moins facilement - au début quand je suis arrivée je contentionnais plus - plus attentive au bénéfice - très peu de temps dans ma réflexion de travail - je passe plus de temps à discuter
	Pour les équipes actuelles une pratique plus spontanée	<ul style="list-style-type: none"> - les contentions sont plus musclées - Très très violent - se font de manière agressives - On renvoie l'agressivité - sont assez musclées

Objectif : Evaluer le degré de remise en question de l'IDE face à la contention		
Catégories	Thèmes	Items
Recul sur le fonctionnement de chaque soignant		<ul style="list-style-type: none"> - Nous n'avons pas tous le même seuil de tolérance - certains collègues - Nous avons tous un seuil de tolérance différent - D'autres vont essayer de négocier - c'est en fonction de toi au moment venu aussi. - propre à chacun, certains vont contenir très facilement
Recul sur le fonctionnement de chaque soignant		<ul style="list-style-type: none"> - je peux demander à quelqu'un de sortir - la personne qui me met en difficulté - (Je dis) "Tu sors » - J'y vais parce que - je n'étais d'accord avec un de mes collègues et je lui ai dit de s'en aller - où je peux dire stop, cela ne rentre pas dans ma façon de faire

Objectif : Evaluer le degré d'adaptabilité de l'IDE face au groupe et aux situations rencontrées		
Catégories	Thèmes	Items
Savoir prendre le temps		<ul style="list-style-type: none"> - je le prends même si je ne l'ai pas - forcément prendre le temps et oui j'adapte - prendre le temps - Les collègues ont peut-être un peu moins le temps - Avec une personne alcoolisée j'avoue que je suis pas très patiente

La prise en soin dépend des symptômes		<ul style="list-style-type: none"> - Tu adaptes ta pratique à la pathologie et à la symptomatologie de la personne - Tu sais que tu vas créer du lien et tu peux passer outre la contention - c'est aussi en fonction de ce que ça te renvoie à toi - Si c'est un enfant - Tout ce qui est - Tout ce qui est délire de persécution et tout ça - Donc oui j'adapte vraiment mes réflexions à chaque fois
Agir en toute conscience		<ul style="list-style-type: none"> - Je ne rentre pas dans la pièce sans savoir pourquoi - sans savoir pourquoi on contentionne - j'ai demandé "mais pourquoi on l'attache ?? » - que nous devons comprendre ce qui lui arrivait - Je leur dis tout le temps "c'est moi, je t'appelle parce que - je n'aime pas contenir sans comprendre pourquoi. C'est vraiment important

Objectif : Mesurer l'ouverture aux nouvelles pratiques et la prise en charge du nouvel arrivant au sein du groupe

Catégories	Thèmes	Items
S'ouvrir aux pratiques différentes		<ul style="list-style-type: none"> - c'est aussi notre rôle d'être attentif aux nouvelles pratiques - Oui je suis ouverte aux pratiques, à la réflexion - oui je suis ouverte au dialogue - prendre le temps de mettre en commun ce que chacun peut apporter - pour améliorer
Former et informer les nouveaux arrivants		<ul style="list-style-type: none"> - il faut aussi faire attention à bien leur expliquer - il faut objectiver ce que tu fais - sur ces point là que ça manque de dialogue - les nouveaux arrivants, s'ils ne savent pas alors ils vont rencontrer le même souci - pour quelqu'un qui vient d'un autre hôpital, qui a une autre façon de travailler ça peut être un peu pareil
Savoir signaler les pratiques inadaptées		<ul style="list-style-type: none"> - je peux être choquée d'une prise en charge de quelqu'un - Peut être que moi aussi j'ai parfois des pratiques qui ne correspondent pas - il avait même fait un EI - ils m'avaient mise en difficulté - Ma collègue qui est arrivée s'est faite engueulée

Annexe V : Retranscription entretien IDE 1

Question 1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Je suis un infirmier diplômé depuis 2017, j'ai travaillé pendant un petit moment en cardiologie, je suis allé assez rapidement aux Urgences, j'ai quitté les Urgences pour faire les services de remplacement sur tout l'hôpital donc j'ai tourné dans énormément de services à l'hôpital sans y rester très longtemps et je suis retourné aux Urgences. Donc aux Urgences ça fait bientôt trois ans. Je n'ai fait que les services des Urgences de Rennes de Pontchaillou et ça doit faire trois ans et demi tout assemblé que je dois être aux Urgences de Rennes. J'ai commencé de jour les Urgences et là je suis actuellement de nuit donc j'ai du faire à peu près neuf mois de jour et le reste de nuit. Et ce n'est pas particulièrement un choix, après le travail de nuit a quand même un côté intéressant, les deux sont un peu différents c'est très intéressant de travailler sur les deux cotés.

Question 2 : Quelle est selon vous la particularité du travail au SAU la nuit notamment concernant le travail en équipe ?

Déjà de nuit les équipes sont moins nombreuses, ce qui fait qu'on ne peut pas travailler exactement comme de jour, c'est tout simplement impossible. On travaille énormément en binômes infirmier/aide soignant, on est quasiment en systématique ensemble pour voir les patients pas pour tout ce qui est prise de sang etc mais tout ce qui est changes, constantes, à chaque fois qu'on va voir le patient on est ensemble. On travaille aussi très fortement avec les médecins. On a des équipes où on a quand même tout le temps des médecins donc qui nous permet d'échanger énormément avec eux et notre avis est bien pris en considération. Sur plein de choses on est vraiment une équipe à part entière et on a plein de personnel aussi à côté, on a les "gilets rouges" comme on les appelle, toutes les personnes qui répondent au téléphone aussi pour rassurer les familles, il y a les ASH qui viennent nous aider pour servir les repas, on a les équipes de psychiatrie on a quand même un psychiatre et un infirmier psychiatrie en continu aux Urgences. Donc on est vraiment une équipe très nombreuse, on a plein de points de vue différents avec des parcours différents. Après de nuit pourquoi travailler de nuit, ce qui rend la nuit intéressante, on est entre guillemets un peu plus libres. Ça veut dire que comme on a moins de ressources, par exemple on a pas tout ce qui est consultation ophtalmo ou dentaire, il y a plein de choses qu'on a pas et qui du coup nous obligent à nous débrouiller par nous-mêmes. Je pense que de nuit et de jour de toutes façons on a les mêmes types de patients, pas forcément dans les mêmes conditions, ça se regroupe. Pour avoir travaillé de jour, on travaille beaucoup moins en binômes AS-Infirmier de jour que de nuit, mais je tiens à préciser que c'est mon point de vue. Comme ce sont des équipes plus nombreuses, ils sont plus en binômes infirmiers et en binômes aides-soignant. Alors que nous on travaille plutôt en complémentarité entre les deux professions.

Question 3 : A quelle fréquence êtes-vous confronté à des patients agités nécessitant une contention ?

Quel est le profil de ces patients ?

On en a très très souvent, après la fréquence c'est très aléatoire surtout là avec le COVID. Comme les gens sortent comme nous sommes plus confinés ça a eu un peu d'impact. Après on en a quand même

énormément. C'est pas toujours évident à gérer d'ailleurs. Mais plus fréquent de nuit que de jour, je ne sais pas, c'est juste différent. Dans le sens où de nuit généralement on les accueille en phase aiguë, quand ils sont en plein délire ou très énervés etc. Parce que le contexte de la nuit est déjà anxiogène, la nuit les gens ne sont pas censés être éveillés. Il y a ce côté où quand on vient de nuit c'est qu'il y a généralement quelque chose qui ne tourne pas rond non plus. Alors de jour il y en a aussi ces somme ça qui arrivent en phase aiguë mais ils arrivent généralement de nuit en étant agité et ils repartent de jour, ce qui fait qu'ils sont plus ou moins stabilisés.

Pour ce qui est de leur profil, il y a les patients alcoolisés, il y a les patients qui viennent pour un état de mal psychiatrique. Après on ne va pas faire de généralités mais il y a des contextes sociaux, culturels qui font que ça peut être plus compliqué. Ça va aussi dépendre de comment on prend en charge le patient. Un patient qui attend sans trop comprendre pourquoi il attend ou ce qu'on lui fait, c'est très anxiogène aussi. Donc il peut avoir tendance à s'énerver ou un patient qui attend seul 12 heures sur son lit d'hospitalisation et qui en a marre d'attendre peut commencer à s'agiter aussi. Il y a quand même plusieurs contextes favorisant l'agitation voire la contention, si ça commence à devenir un peu trop limite. Après il y a aussi tout ce qui est personnes âgées ou des personnes qui n'ont pas forcément conscience de ce qui se passe ou de ce qu'ils sont en train de faire. Typiquement un patient de GIR 1 on ne va pas pouvoir communiquer avec lui comme avec un patient de GIR 5, c'est quelqu'un qui ne va pas comprendre ce qu'il se passe.

Question 4 : Comment avez-vous appris à poser des contentions au SAU (formation, empirique, expérience antérieure, ...) ?

Alors pour la contention (rire), on est pas du tout formés. On apprend un peu sur le tard. L'avantage des Urgences pour apprendre sur le tard c'est qu'on en fait tellement souvent qu'au bout d'un moment on comprend très vite comment ça se passe, comment ça se fait. Après en théorie on a la possibilité d'avoir la formation "Agressivité et violence" mais il y a tellement peu de places que de toutes façons on ne peut pas tous y passer à moins d'arriver aux Urgences c'est tout simplement pas possible comme ça dépend de tout le CHU. C'est une formation pour l'ensemble du CHU. Je parle du cas du CHU de Rennes, je ne sais pas comment ça se passe dans les autres hôpitaux. Dans le cadre du CHU de Rennes c'est une formation pour tout le CHU. Donc un service n'est pas prioritaire par rapport à un autre. Il y a très peu de places je crois qu'il n'y a que deux formations par an, ce qui fait qu'on n'est pas formés. Là aux Urgences je sais qu'il y a des personnes qui ont réussi à faire sur une journée de formation sur plusieurs thèmes, qui ont réussi à parler de la contention, à l'évoquer, comme on la mettait un peu plus etc. Mais voilà ça a été mis en place cette année donc ça n'est pas encore au point de toutes façons et tout le monde n'a pas pu y passer. Donc ils commencent à le faire parce que c'est vrai qu'on n'en fait tellement souvent qu'il faut qu'on soit formés pour les faire correctement. Comme c'est quelque chose d'invasif, je pense que c'est important qu'on soit formé. C'est ça, après ceux qui restent aux Urgences, comprennent très vite, au bout de deux mois on a compris comment mettre la contention. Faut pas être un génie pour les mettre mais bon il faut quand même les mettre correctement aussi bien pour notre sécurité que pour la sécurité du patient. Si c'est mal mis le patient peut se détacher et si c'est un cas d'agressivité ça peut nous retomber dessus, ce qui est déjà arrivé. Le patient peut ne pas être pas bien installé parce qu'il est sur le brancard et alors là c'est pareil c'est

un danger pour lui-même. Donc c'est important quand même de savoir les mettre même si malheureusement on est obligé d'apprendre sur le tard. On se fie un peu à des personnes qui ont plus d'expérience que nous, notamment les infirmières psy qui maîtrisent ça parce que généralement elles ont fait d'autres services à côté, de psychiatrie. Les collègues qui sont arrivés avant nous. Donc voilà après ça se fait tranquillement, quitte à redemander après parce que la situation de contention c'est tellement quelque chose qu'on fait dans l'urgence la plupart du temps. C'est pas sur le moment qu'on va expliquer « ok tu fais ça comme ci ou comme ça ».

Question 5 : Si vous deviez m'expliquer la pose de contention au SAU que me diriez-vous ?

En théorie on est censé avoir une prescription pour les contentions. Je dis bien en théorie parce que chez nous quand ça commence à nous menacer, quand c'est trop limite pour nous, on va les mettre en place. Il y a le cadre de l'urgence donc. Mais en théorie c'est quand même mis a posteriori en parlant au médecin de la situation. Mais sur des personnes agitées ça peut arriver que des fois on est limite à se faire ta per dessus etc. donc dans ces cas là on ne réfléchit pas trop et on commence à contensionner pour se protéger. Mais en théorie c'est censé être prescrit. Parfois on a le temps de le voir venir donc on demande au médecin de le prescrire en si besoin en expliquant que ça comment à chauffer mais bon il arrive que des fois ils soient agités et c'est ingérable et on met la contention directement.

Question 6 : Connaissez-vous l'existence d'un protocole de service sur la contention ?

Normalement, je dis bien normalement, je ne suis pas sûr de moi mais il me semble que nous n'avons pas de protocole parce que justement encore une fois c'est censé être sous prescription médicale. C'est un des actes qui ne peut passer normalement qu'à travers la prescription médicale. Hormis les barrières. On est le seul service où on a le droit de mettre les barrières sous protocole. Donc en gros c'est nous qui choisissons quand on met les barrières ou pas. Quand on parle par contre de contention ventrale ou chimique, dans ces cas là il nous faut une prescription. Donc il n'y a que les barrières pour lesquelles on peut passer outre aux Urgences de Rennes mais c'est spécifique car c'est un protocole aux Urgences de Rennes. Je ne pense pas que ça serait forcément très bien de le protocoliser. Il ne faut pas qu'il y ait de l'abus. Pour la contention je pense que c'est pas mal d'avoir plusieurs points de vue. Parce qu'il ne faut pas que l'on entre dans l'abus. Parfois aux Urgences on a tellement de monde, on court dans tous les sens, que mettre une contention ça peut être une solution de facilité. Alors que là on est plus ou moins bloqué parce que on ne peut pas faire ça comme solution de facilité. On a une communication entre collègues parce que de toutes façons on ne va pas être tout seul à contensionner quelqu'un. L'avantage c'est que si on demande l'avis du médecin, il va dire "oui mais là voilà on a tel truc qui nous permet pas de faire de contention etc.". Alors que protocoliser c'est une risque à ce qu'il y ait des dérives. Selon moi. Donc je pense qu'il ne faut pas le protocoliser.

Question 7 : La pratique des contentions vous questionne-t-elle ? Pourquoi ? A quel niveau ?

Oui oui ça arrive plusieurs fois, de toutes façons c'est la majorité qui l'emporte comme sur la plupart des situations où ça nous interpelle. Typiquement on a eu la situation d'une femme qu'on a du contensionner et qui venait pour suspicion de viol. Alors comme par hasard on venait de la contensionner et elle

était très agitée. Il faut le reconnaître elle était très agitée. Mais dans une situation comme ça je ne pense pas que c'était une situation où il fallait l'attacher justement. Si c'était réellement le cas, je dis bien si car j'en ai pas eu la fin de l'histoire. C'est quand même compliqué d'attacher quelqu'un qui s'est fait déjà maintenir et violer, surtout que généralement quand on contentionne ce ne sont que des hommes qui y vont, ce sont rarement des femmes. Dans certains cas comme ça, ça nous dérange. Ou alors chez une personne comme je disais qui est confuse, qui ne comprend pas ce qui se passe donc qui tape parce qu'elle ne comprend pas, c'est des gens avec qui ça peut forcément déranger de contentionner. La contention chimique est quand même beaucoup moins traumatisante. Parfois il faudrait penser davantage à essayer d'apaiser avant. Ce n'est pas toujours évident surtout que l'on est dans un contexte où il y a toujours du monde autour, il y a plein de patients, donc ce sont des contextes anxio-gènes, qui peuvent faire monter encore plus l'agressivité. Ce n'est pas toujours évident de surveiller ces patients et par conséquent ça questionne forcément. On se dit que l'on contentionne parce que ça nous arrange et nous avons l'autorisation du médecin pour le faire mais c'est vrai que ce sont des situations où l'on préférerait éviter de contentionner. Dans le cas de menaces physiques en revanche, il y a moins de scrupules je dirais, même si ça fait un peu barbare, mais c'est de la protection. On se questionne dans ces cas-là un peu moins. De toutes façons on a vécu des situations aux Urgences de telle agressivité où ça a été vraiment loin et trop loin. On commence en fait à énormément se méfier. C'est à double tranchant parce que la méfiance ça nous protège par contre pour le patient s'il n'a rien prévu de faire c'est à double tranchant. L'expérience fait qu'on fait plus attention, même à ses collègues au moindre bruit quand on entend ses collègues. On écoute tout en fait et les patients entre guillemet on les voit venir. On sait plus ou moins lesquels vont finir par poser problème, que ce soit volontaire ou non volontaire. Mais généralement on les voit venir. On n'a plus la même appréhension qu'au début ou on se dit bon ça va passer tout seul. Il y a des fois on se rend compte que parler ça va être très vite limité. Chez certains ce n'est pas entendable en fait. On a beau essayer de communiquer ça ne passe pas.

Question 8 : Adaptez-vous votre pratique en fonction de la situation ? Si oui dans quelle mesure ?

On essaye d'adapter. homme/femme je trouve que cela ne change pas forcément grand chose. Parce que généralement ceux qui doivent y aller ce sont des personnes qui sont un peu plus fortes dans le service pour maintenir assez rapidement. Comme je disais généralement ce sont des hommes que l'on envoie. On retarde chez les personnes âgées, confuses, parce que ces patients ne sont pas conscients de ce qu'ils font, ils ne voient pas les choses de la même façon. Alors que quelqu'un qui est conscient et qui a cherché à nous taper, à nous insulter, qui va mettre le bazar avec les autres patients, ce qui arrive souvent, on y va assez vite. Un patient peut avoir tendance à s'énerver et ça énerve les autres, ce qui fait que l'on se retrouve avec un effet en cascade.

Question 9 : Qu'attendez-vous d'un nouvel IDE lorsqu'il arrive au SAU en terme de dynamique d'équipe et en particulier dans les situations de mise sous contention ?

Il ne faut pas qu'il fasse comme les autres puisque comme il vient d'arriver il doit avoir du recul. On peut avoir peur, ça peut arriver, surtout au début, de ce qui se passe autour de nous. Donc il ne faut pas de précipiter, mais il ne faut non plus trop se mettre en retrait. Quelqu'un qui n'est pas du service va arriver et pourrait peut-être se retrouver endoctriné dans des pratiques qui ne sont pas toujours bénéfiques. Ça nous

donne donc aussi du recul sur notre pratique car il va peut être signaler des choses sur lesquelles on va se dire qu'il n'a peut être pas tort et que l'on va réévaluer. Il ne faut pas qu'il soit en retrait, ni qu'il aille trop vite. Qu'il demande conseil aux autres je trouve ça assez pertinent. Si c'est un échange c'est quelque chose qui peut être assez intéressant Carr nous avons l'expérience de ce qui nous arrive et pourquoi et comment nous faisons les choses mais lui va apporter son côté "ah ouais j'aurais bien fait comme ça, autrement". Ca va nous permettre d'établir un comparaison. Il ne faut pas qu'il soit dans l'inaction mais il ne faut pas non plus qu'il soit trop dans l'action.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je tiens à préciser quand même que lorsqu'on parle de contention physique il y a une contention chimique derrière pour détendre le patient. C'est quelque chose que je n'ai pas évoqué plus que ça car dans ma tête ça va de pair forcément. On fait soit des contentions chimiques isolées, soit des contentions physiques mais accompagnées de contention chimiques généralement.

Annexe VI : Retranscription entretien IDE 2

Question 1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

J'ai eu mon Bac, ensuite j'ai eu mon concours d'infirmière à Fougères. Je voulais être enseignante moi à la base, et je voulais enseigner à l'IFSI. Donc j'ai fait mes études de tous ans plutôt pour être après cadre de santé pour pouvoir après travailler à l'IFSI. Au bout ds trois ans j'ai eu un poste là où j'ai passé mon dernier stage, en géronto-psychiatrie aux Marronniers de Fougères et ils m'ont gardée en tant qu'AS au début en attendant d'avoir mon résultat de diplôme et une fois que j'ai eu mon diplôme je suis restée infirmière et j'ai pu penser à être cadre.

Ça fait 17 ans que je suis infirmière et je n'ai fait que de la psychiatrie, tout ce que je ne voulais pas faire. Et ça va faire ma neuvième année aux Urgences, ici dans ce SAU de nuit. Ce n'était pas un choix. J'ai commencé en géronto-psychiatrie à Fougères. J'ai travaillé longtemps environ cinq ou six ans là-bas, je m'y plaisais beaucoup, c'était hyper moteur j'ai appris plein de choses parce que c'était de la gériatrie et il y a tous les médicaments des patients chroniques, tu as vraiment le temps de voir les gens, l'évolution, c'était vraiment intéressant. J'aimais bien. Après j'ai fait un petit peu d'intra hospitalier à Rennes en Pavillon entrant et j'ai eu un poste en pédopsychiatrie à Fougères dans une association privée pour des enfants malentendants. J'y faisais que de l'hôpital de jour. Enfants malentendants avec des troubles autistiques, donc c'était riche, intéressant mais je ne m'épanouissais pas donc j'ai redemandé à retourner à Guillaume Régnier sur ma disponibilité et ils m'ont proposé un poste de pool et les Urgences faisaient partie du pool à cette époque là. Donc je suis venue comme ça remplacer aux Urgences de jour et puis après ils m'ont proposé un poste de nuit. J'avais plus ou moins laissé entendre que la nuit me plaisait moyennement. C'était sur un court-terme et plus le court-terme s'est transformé en long-terme. A ce moment c'était mon choix.

Question 2 : Quelle est selon vous la particularité du travail au SAU la nuit notamment concernant le travail en équipe ?

Je trouve qu'il n'y pas beaucoup de différence le jour et la nuit. J'ai l'impression que l'activité est la même, je me dis souvent les lumières ne s'éteignent pas, on ne baisse pas la voix, on travaille dans les mêmes circonstances, le téléphone sonne toujours aussi fort. Le flux de travail est le même, ça ne change pas en comparaison d'un autre service. J'en parlais hier soir avec des collègues, je trouve qu'on n'est pas très bon dans le prendre soin dans le contexte de nuit car le rythme est différent. Mais ici jour ou nuit ça parle aussi fort, les lumières ne sont pas éteintes, on ne fait pas attention au rythme de nuit des gens même à l'UH on ne fait pas trop attention. Concernant le personnel il y a quand même moins de personnes. J'ai fait un peu de jours en remplacement, il y a plus de médecins, de cadres, les gens dans les unités t'appellent aussi pour te poser des questions. La nuit il y a une autre dimension. On est ici que pour les urgences psychiatriques à mon niveau. Je ne suis pas trop sollicitée au téléphone sauf pour ceux qui sont vraiment aux Urgences. Mes collègues de jour ça n'arrête pas. On peut t'appeler de la dermato, de la cancéro, un peu de partout, tu es très sollicitée. Autrement je ne vois pas la différence.

Question 3 : A quelle fréquence êtes-vous confronté à des patients agités nécessitant une contention ?

Quel est le profil de ces patients ?

C'est un patient qui n'est pas d'accord pour être là, qui est opposé à sa présence aux Urgences. Qui est dans le refus de soin, dans le déni de ses troubles. L'agitation est à tous niveaux, elle peut être verbale ou physique. Il y a des gens qui essaient de partir, qui ouvrent des portes, qui bousculent un peu, d'autre qui sont plus dans les insultes et puis il y a de l'agitation passive. Hier soir j'avais une jeune fille qui m'a dit "je ne veux pas mais je vais rester quand même". Il n'empêche qu'elle te démontre quand même qu'elle ne veut pas. Je sentais qu'elle était un peu tendue mais elle s'est quand même laissée faire. Il y a aussi des cris, toute l'agitation qui va avec. On y est confrontée quasiment tous les jours. Quasiment tous les jours ou je travaille. Apparemment c'est plus fréquent qu'en journée oui. Les patients qui arrivent la nuit agités sont souvent sous l'emprise de l'alcool, en journée ils ont dégrisé quand ils sont vus par l'équipe. Mais nous, la majorité des agitations la nuit c'est sous l'emprise de l'alcool.

Question 4 : Comment avez-vous appris à poser des contentions au SAU (formation, empirique, expérience antérieure, ...) ?

J'ai pas appris et j'en garde une très mauvaise expérience de ma toute première contention aux Urgences puisque je venais de Guillaume Régnier. Là-bas nous avons des PTI où on tire sur une ficelle et des gars de l'équipe d'Urgence se déplacent et viennent nous aider. En général nous les femmes on était plus spectatrices et on se mettait en recul. c'était souvent les gars qui y allaient et qui mettaient les contentions, nous nous étions plus dans la verbalisation, dans la proposition du soin, on anticipait un peu les choses mais on ne s'occupait pas trop des contentions. Ma tout première contention c'était dans les anciennes Urgences en bas. J'appelle les gars de la sécurité et j'attendais qu'ils arrivent et quand ils sont arrivés ils m'ont regardée. Ca m'a décontenancée car en fait eux ne touchent pas aux contentions, ils touchent aux patient seulement. Et voilà comment j'ai appris à mettre les contentions et je ne peux pas dire que je sache bien les mettre parce que toutes les nuits où on contention du monde on se rend compte qu'on ne contentione pas tous de la même manière. Que l'on n'a pas le matériel approprié, et que l'on ne sait pas faire en fait. Nous n'avons pas eu de formation sur la contention.

Question 5 : Connaissez-vous l'existence d'un protocole de service sur la contention ?

Non je crois qu'il n'y en a pas. Ils sont en train d'y réfléchir mais il y a beaucoup de bruits de couloir depuis un certain temps. On nous dit que tout ce qui tient à la contention relève de la psychiatrie. Si quelqu'un arrive à 3h du matin agité mais qui ne relève en rien du tout de pathologies psychiatriques, apparemment maintenant je devrais réveiller le psychiatre pour que lui indique la contention. Ca ce sont des bruits de couloir, rien n'est fait pour le moment. Donc il n'y a pas vraiment de protocole. Chacun fait un peu à sa guise.

Question 6 : Si vous deviez m'expliquer la pose de contention au SAU que me diriez-vous ?

Moi la pose de contention je ne la fais jamais sans l'aval d'un médecin. C'est à dire qu'en fait je m'en fiche comme l'autre fois le patient était agité, les policiers n'étaient pas contents mais je leur ai dit que tant que je n'ai pas l'accord d'un médecin je ne pose pas la contention. Je me déplace dans les secteurs en

expliquant pourquoi la personne arrive et si l'on peut contentionner. Quand c'est quelque chose qui relève de la psychiatrie on les garde parfois car ils sont à 1g d'alcool et on se dit qu'il devraient être vus le lendemain. Quand c'est un peu tendancieux quand c'est quelqu'un comme toi et moi qui n'a pas de troubles, qui n'est pas délirant ou de se mettre en danger et qui est juste opposé à être présent ici car un tiers à appelé en pleine nuit car il avait laissé entendre au téléphone qu'il n'avait pas le moral, dans ce cadre la contention est une privation de liberté. Je me dis à un moment ou un autre tu es attaché à un brancard, à l'affut de tout le monde. Donc j'appelle la personne qui a appelé les secours pour savoir s'il y a fait des critères de gravité, d'inquiétude les jours précédents. Est-ce que le lendemain après la contention on ira vers une contrainte pour cette personne ou non. Si on ne va pas vers la contrainte je revois pas en quoi on est légitime de contenir quelqu'un. Il faut toujours évaluer le bénéfice de la contention, à quoi ça sert ? Est-ce que c'est juste pour le garder comme un chien en laisse, alors il n'y a aucun intérêt, il faut apporter du soin à la contention. Il faut lui expliquer que c'est sur un court terme, que c'est pour l'apaiser le temps que le traitement fasse effet et qu'il pourra être réévalué à distance. Je m'assure d'avoir un accord médical et si vraiment c'est tendancieux j'appelle quelqu'un de l'entourage, je l'explique toujours au patient, jamais je les piège. Je leur dis que c'est pour leur bien, que c'est important. Et contention = sédation. Je ne contentionne pas s'il n'y a pas de traitement. Je contentionne moins facilement. Avant c'était très facile. Je trouvais qu'au début quand je suis arrivée je contentionnais plus. Maintenant, à mon niveau, je ne vais pas négocier mais je vais être plus attentive au bénéfice que nous allons en retirer. C'est ce que je disais tout à l'heure concernant les gens que l'on contentionne alors que le lendemain ils peuvent ressortir sur leur deux jambes. Ça, ça fait très peu de temps dans ma réflexion de travail. J'ai appelé et la personne de contact m'a dit "moi je n'ai pas envie qu'elle soit sous la contrainte, j'étais juste inquiet ce soir". Donc je passe plus de temps à discuter avec les gens. Je n'ai pas contentionné, je suis resté assis je ne sais pas combien de temps avec la jeune fille jusqu'à ce qu'elle dégrise, en face de mon bureau, elle a passé un bout de nuit avec moi.

Je trouve que les contentions sont plus musclées, je trouve ça très très violent, vraiment. Beaucoup plus depuis un certain temps. Il y a de nouveaux arrivants et je trouve que les contentions se font de manière agressives en fait. On renvoie l'agressivité que les gens nous envoient parce qu'on est très agressés tu vois. Nous sommes tellement agressés maintenant aux Urgences pour tout et n'importe quoi. Les gens ne sont jamais contents, ils viennent et n'ont pas le droit aux visites donc ils demandent des renseignements, ils sont irrités. Comme nous nous sentons agressés, les contentions, je trouve, sont assez musclées.

Question 7 : La pratique des contentions vous questionne-t-elle ? Pourquoi ? A quel niveau ?

C'est ça, ça me questionne oui car je trouve que chacun fait à sa sauce. Nous n'avons pas tous le même seuil de tolérance. Ne serait-ce que par rapport au verbal. Parfois quand nous demandons aux gens de se déshabiller et qu'ils refusent, certains collègues ne vont pas prendre le temps de chercher à comprendre. Nous avons tous un seuil de tolérance différent. C'est vrai que la mise sous contention est propre à chacun, certains vont contenir très facilement en se disant "c'est bon, on l'attache comme ça on a la paix". D'autres vont essayer de négocier. C'est pas très protocolaire et en même temps ce n'est pas un symptôme comme une hyperthermie où tu sais que tu fais tes hémocs à 38,7°. Une agitation c'est en fonction de toi au moment venu aussi. Certains jours tu es plus disponible que d'autres, parfois tu as pu être fragilisé par une

situation d'agressivité quelques jours auparavant et tu es plus angoissée et donc tu le reportes un peu plus. Lorsque tu es dans l'inquiétude tu vas plus vite contenir. Quand je trouve que les situations sont trop agressives, je peux demander à quelqu'un de sortir. Je dis à la personne qui me met en difficulté sur la contention "Tu sors". Quand je contentionne il y a souvent des troubles psychiatriques en lien. Je ne m'occupe pas des agités alcoolisés à 3 grammes qui nous insultent. J'y vais parce que je veux donner un coup de main et que ça ne me dérange pas. Comme l'autre fois nous avons eu un monsieur de 70 ans qui était délirant et c'était très très musclé. Le motif d'admission était idée suicidaires. J'accueille le monsieur à l'IAO, il était un peu agité, je voyais bien que je le persécutais un peu dans mon discours. Pas connu de la psychiatrie et je vois qu'il était passé deux jours avant aux Urgences pour une crise d'épilepsie. On sait que le post-critique peut être un peu long et ça peut créer des éléments de persécution et de délire. Dans la nuit il s'est agité, il a violenté une de nos internes, il l'a mise contre le mur donc forcément cela justifie qu'on protège l'interne et le monsieur. c'était très musclé et je n'étais d'accord avec un de mes collègues et je lui ai dit de s'en aller. Parce que ça montait crescendo. Donc ça peut être dans ce sens là, où je peux dire stop, cela ne rentre pas dans ma façon de faire, on déshumanise les gens, c'est irrespectueux, on leur parle mal. Ou alors c'est l'inverse c'est très soudé nous sommes tous ensemble parce qu'on sait qu'à un moment il faut aussi que ça fonctionne bien et que l'on travaille tous ensemble pour se protéger parce que la contention c'est aussi pour nous. On protège le patient et nous aussi.

Question 8 : Adaptez-vous votre pratique en fonction de la situation ? Si oui dans quelle mesure ?

J'ai du temps, je le prends même si je ne l'ai pas. J'estime que s'il faut en arriver là c'est qu'il faut forcément prendre le temps et oui j'adapte. Avec une personne alcoolisée j'avoue que je suis pas très patiente. Parce que je sais que ça ne sert rien c'est frontal. Quelqu'un qui est à 3 grammes tu as beau lui prouver par A + B, ça ne sert à rien. Tout ce qui est jeunes un peu borderlines qui vont se mettre en danger je prends parce que je sais qu'il faut beaucoup les mater. Tu adaptes ta pratique à la pathologie et à la symptomatologie de la personne. Il faut un peu les doudouner, prendre le temps, les gratifier, leur dire "oh la la vous avez un super sac, oh la la vous écoutez quoi comme musique avec votre téléphone ?" Tu sais que tu vas créer du lien et tu peux passer outre la contention. C'est triste en fait mais c'est aussi en fonction de ce que ça te renvoie à toi. Si c'est un enfant qui a l'âge de mon enfant, je vais être un peu plus vigilante parce que je me dis c'est dommage d'attacher un gamin de seize ans. Tout ce qui est délire de persécution et tout ça, ça ne sert à rien, c'est pareil. Je me dis de toutes façons c'est vraiment pour le protéger, c'est même pas pour me protéger pour le coup. Il est tellement mal que si tu ne le contiens pas c'est horrible pour eux, c'est une double maltraitance. Donc oui j'adapte vraiment mes réflexions à chaque fois que je prends quelqu'un en charge. Je ne rentre pas dans la pièce sans savoir pourquoi je contentionne. Je ne vais pas donner un coup de main, même si on a appuyé sur le PTI sans savoir pourquoi on contentionne. Pour le monsieur de 70 ans j'ai demandé "mais pourquoi on l'attache ??". Et on m'a dit "il a tapé l'interne etc." donc je me suis dit ok. Mais j'ai expliqué au monsieur en lui demandant d'essayer de se poser, que nous devions comprendre ce qui lui arrivait. Moi c'est mon rôle en fait, je suis toute seule, je ne fais que de la psychiatrie, je suis là pour l'apaisement. Les collègues ont peut-être un peu moins le temps. Mais par contre quand j'appelle la sécurité, jamais je leur dis "c'est moi j'ai besoin de vous". Je leur dis tout le temps "c'est moi, je t'appelle parce que j'ai une dame d'une quarantaine d'année, on va lui dire avec le médecin psy-

chiatre qu'on va la mettre sous contrainte à Guillaume Régnier, je pense qu'elle va être tendue, vous restez un peu en retrait par contre". Mais bien sur que quand tu es sur le qui vive et que tu es en train de contenir quelqu'un il faut y aller. Tu ne vas pas dire à tes collègues "alors attends je vais t'expliquer, etc.". Lorsqu'on nous dit faites attention, fracture de la hanche par exemple bien entendu on une tient compte. Mais à mon niveau je n'aime pas contenir sans comprendre pourquoi. C'est vraiment important.

Question 9 : Qu'attendez-vous d'un nouvel IDE lorsqu'il arrive au SAU en terme de dynamique d'équipe et en particulier dans les situations de mise sous contention ?

En fait c'est aussi notre rôle d'être attentif aux nouvelles pratiques. Certains étudiants arrivent et sont effrayés. Les Urgences c'est effrayant quand même, c'est une usine, ça va dans tous les sens, ça bouge beaucoup, les médecins sollicitent énormément. Il faut faire attentions aux nouveaux arrivants, mais il faut aussi faire attention à bien leur expliquer ce qu'on fait, pourquoi on le fait. C'est toujours pareil, il faut objectiver ce que tu fais. La contention c'est pareil. Oui je suis ouverte aux pratiques, à la réflexion. Parfois je peux être choquée d'une prise en charge de quelqu'un sur une contention mais on ne m'a jamais renvoyé que moi je pouvais être choquante. Peut être que moi aussi j'ai parfois des pratiques qui ne correspondent pas. Le personnel de sécurité lors de ma première contention m'avait dit "mais c'est quoi tes pratiques, qu'est ce que tu fais ??", il avait même fait un EI. Parce que moi j'attendais, je leur demandais de faire, je leur demandais aussi ce qu'ils faisaient, je m'étais fâchée, ils m'avaient mise en difficulté. Et ils m'avaient répondu que non, eux ne touchaient pas aux patients et que c'était comme ça. C'est peut-être sur ces point là que ça manque de dialogue. Et les nouveaux arrivants, s'ils ne savent pas alors ils vont rencontrer le même souci. Ma collègue qui est arrivée s'est faite engueulée la semaine dernière parce qu'à Guillaume Régnier on a une autre pratique qu'aux Urgences. Donc pour quelqu'un qui vient d'un autre hôpital, qui a une autre façon de travailler ça peut être un peu pareil. Mais oui je suis ouverte au dialogue du contraire et il faut prendre le temps de mettre en commun ce que chacun peut apporter pour améliorer. D'ailleurs c'est pour ça que maintenant les contentions sont différentes. Avant on devait poser des contentions et que maintenant on veut que ce soit un peu plus "psychiatrisé". Je ne sais pas trop si c'est le terme, que ce soit un peu plus légiféré et que l'on ne puisse pas poser de contention sans que ce soit inscrit sur le dossier. Parce qu'à un moment on pouvait contenir et de moins en moins j'ai l'impression que les médecins soient d'accord pour qu'on contentienne dès l'IAO sans qu'il y ait un consentement de quelqu'un. Ce qui est plutôt sensé.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Ce qu'il faut retenir, et je l'avais appris à l'école, contention = sédation. Et je trouve qu'on ne le fait pas assez. On peut contentionner quelqu'un et le laisser crier pendant plusieurs heures jusqu'à temps qu'on soit tous épuisés et qu'on se décide à lui donner quelque chose. C'est inhumain de contenir quelqu'un sans le sédaté. Toutes les chambres d'isolement sont accompagnées d'une sédation appropriée. C'est une façon de protéger quelqu'un pendant que le soin fait effet. On leur dit en général que dès que le traitement aura fait effet on lèvera les contentions. Et qui dit contention dit tout ou rien. Pieds, mains, ventre. On ne met pas que la moitié, jamais. Ca c'est compliqué. Le sens me disent souvent, allez il est calme je ne mettrais bien qu'un pied ou un ventre. Moi je dis, contention : on met tout. Et il vaut mieux revenir par étapes et

enlever, que de ne pas tout mettre et de revenir ensuite. C'est une double agression. Après c'est avec le recul et la pratique qu'on voit ça. C'est l'expérience qui parle. Combien de fois à l'IAO on négocie et on le sent que c'est une patate chaude, on va le pousser en B et en B c'est le Bronx il y en a 20 de chaque côté et tu sais que le mec va faire suer tout le monde et personne n'a voulu se mouiller à l'IAO de le contenir et on va le contenir que par la ventrale...Tant pis, il vaut mieux prendre le temps une bonne fois pour toutes de bien organiser les choses et de bien sécuriser et de donner un traitement. Ça se saurait si on pouvait soigner les gens en les contenant. La contention n'a jamais soigné personne. Quelqu'un de délirant, si tu l'attaches sans rien lui donner, il est toujours aussi délirant une fois que tu lui enlèves la contention. Quelqu'un d'alcoolisé, certes, une fois que l'alcoométrie est diminué ok. Mais je trouve qu'on n'a pas de légitimité d'attacher quelqu'un d'alcoolisé. C'est une privation de liberté, les gens font ce qu'ils veulent. Tant qu'ils n'en nous agressent pas. Souvent on attache les gens non pas parce qu'ils nous ont agressé mais parce qu'ils veulent partir. Et on se dit que l'hôpital est responsable donc bon. Ça a un peu changé depuis quelques mois j'ai l'impression parce que maintenant quand les gens veulent partir on les laisse partir. Pour certains. Parce qu'on va au conflit, ça ne sert à rien. C'est toujours la question de ce à quoi cela nous sert de le contenir. On se rend compte qu'à 9h au petit matin on le fait souffler il est à 0,5 grammes, au revoir Monsieur rentrez chez vous. C'était quoi l'intérêt de le garder toute la nuit ? Dans ces cas-là c'est du dégrisement. Autant appeler la police et c'est une autre forme de prise en charge. Voilà.

	
Entité émettrice	
instruction de travail : Bonnes pratiques de la contention physique	
Codification du document : IT	Rédacteur(s) : Viviane Chantelou, cadre supérieur de santé Marie-France Courtais, cadre de santé
Date d'application : 31/01/08	Approbateur(s) Micheline Michel, praticien hospitalier responsable d'UF SLD 3ème La Tauvrais Christine Roquais, Cadre supérieur de santé Groupe projet de l'EPP références 41 et 42
N° de version du document : 1	Gestionnaire : Catherine Régnier, cadre de santé, RDQ
Destinataires du document : Médecins de gériatrie : Equipes soignantes d'USLD	
Modifications depuis la version précédente :	

But et objet

Respecter les bonnes pratiques et améliorer la qualité de la prise en charge de la personne âgée
Réduire les contentions physiques en proposant des alternatives

Exigences à appliquer

Recommandations ANAES :
Guide publié « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » en octobre 2000

Responsabilités

Le médecin prescripteur et équipe soignante

Définitions**La contention physique passive :**

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

Actions et méthodes**Limites :**

Le recours à la contention physique doit être exceptionnel, compte tenu des risques qu'elle entraîne. La recherche d'alternatives à cette pratique doit toujours être encouragée.

La contention systématique doit être interdite

La mise en place de barrières à la demande de la personne âgée ne peut être assimilée à une contention et ne nécessite pas de prescription médicale

Pour tous les patients à l'entrée :

- Recueil des données concernant les habitudes de vie
- Utilisation de la contention auparavant et complications éventuelles
- Avis de la personne âgée et/ou de sa famille concernant la contention et informations concernant sa pratique dans le service.

Mesures préalables à la mise en place d'une contention :

- Recherche d'une raison médicale, environnementale au trouble rendant nécessaire la contention.
- Echec des alternatives à la contention.
- Appréciation du bénéfice / risque de la contention.

Décision de mise en place d'une contention :

- Doit être prise en équipe.
- Tracée sur la fiche de « mise en place d'une contention » dans le dossier de soin par l'I.D.E ou le médecin.
- Validée par la prescription médicale sur la fiche « mise en place d'une contention ».
- Information du patient et de la famille de la décision de contention.
- Il est possible de mettre en place une contention si l'équipe soignante la juge nécessaire avant la prescription médicale (cf classeur « conduites à tenir » pour mise en place d'une contention en urgence par l'infirmière).

Mesures associées à la contention :Générale :

- La contention doit être levée le plus souvent possible (pendant les repas, les visites, les activités récréatives, etc...)

Barrières de lit :

- Maintenir le lit en position basse 24H sur 24 (sauf pendant les soins)

Contention au fauteuil :

- Mettre le fauteuil là où le patient le souhaite
- Eviter la position assise prolongée source de fatigue et de mal de dos

La surveillance de la contention :

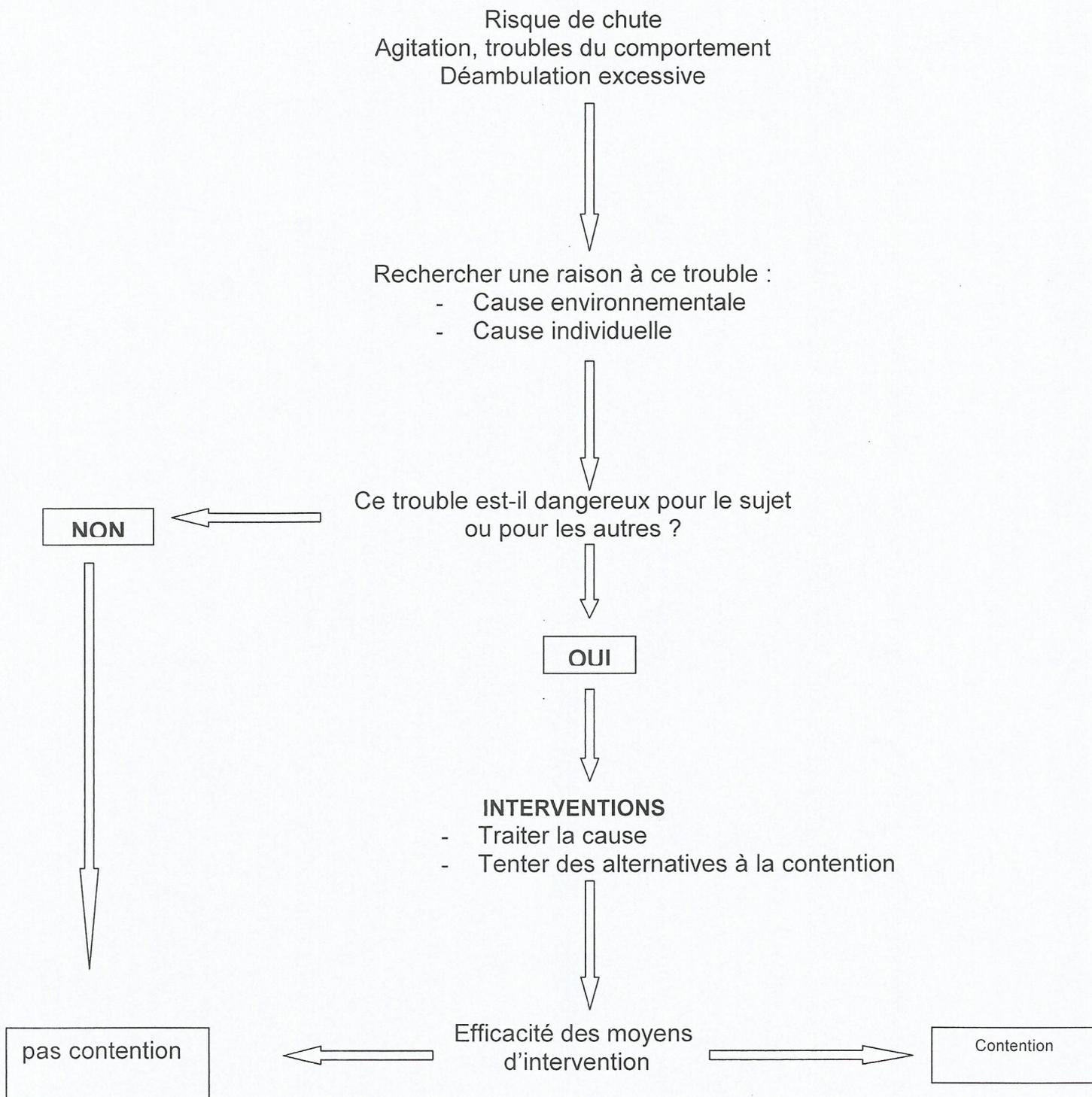
- Tracée sur le diagramme de soin par les A.S ou les I.D.E. : ajouter le critère « surveillance de la contention » chez tout patient en situation de contention (ajout manuscrit)
- Elle est réalisée une fois par équipe.
- En cas de complication de la contention, l'item « surveillance de la contention » du diagramme de soin est coché et entouré, ce qui active une transmission ciblée dans le dossier de soin (ces complications sont listées au verso de la fiche « mise en place d'une contention »).

Réévaluation de la prescription :

- Tous les 3 mois maximum, en présence de l'équipe soignante, organisée par l'équipe référente pour la contention.
- Plus rapidement en cas de problèmes aigus susceptibles de s'améliorer.

- Comprend la réévaluation du rapport bénéfice / risque et la discussion de solutions alternatives à la contention.

Arbre décisionnel (ANAES, octobre 2000)



Documentations et renvois

Prescription de mise en place de contention sur le recto

Critères de surveillance des risques en rapport avec la contention physique au verso

Enregistrements

La prescription de la mise en place de contention est archivée dans le dossier patient

La surveillance est notée sur le diagramme de soins



Contention

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016
- Décret 2005-840 et 2005-07-20 du 26 juillet 2005
- Articles du code de la santé publique : L 3222-5-1, L 5144-3, R 4311.7, R 4321-7, R 4351-2
- Rapport 2000 ANAES
- Instruction de travail – protocoles de soins /prises en charge spécifiques/prévenir et prendre en charge les chutes/ »bonnes pratiques de la contentkon physique »

Qu'entend-on par contention ?

La contention est considérée comme un acte de soins

La contention est de nature à priver la personne contentionnée de ses droits fondamentaux

Il s'agit de limiter les capacités de mobilisation de tout ou 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.

Quelles sont les types de contention ?

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

La contention chimique « psychotropes » : contention à partir de moyens sédatifs

La contention architecturale : enfermement de la personne, digicode d'accès, bracelet de géolocalisation, bracelet anti fugue, caméra de surveillance (ces 4 derniers exemples peuvent aussi être utilisés, a contrario, comme des moyens alternatifs à la contention)

La contention psychologique : injonctions collectives et répétées à la personne

Quel est l'objectif de la contention ?

La pose d'une contention doit répondre à un intérêt de sécurité du patient et/ou de son entourage lorsqu'il existe un danger pour le patient ou pour l'entourage.

Le recours à la contention doit rester exceptionnel et relever d'une urgence médicale

Qui décide de la contention, qui la prescrit ?

La contention étant un acte de soin médical, la décision de la prescrire revient au médecin, éclairé dans sa prise de décision par l'avis de l'équipe soignante. Elle ne doit être prescrite qu'après évaluation des risques de chutes, de déambulation, de fugue, d'agitation, de sécurité pour le patient et/ou son entourage. La pose d'une contention sans prescription peut être sanctionnée

Le patient et sa famille doivent être informés par le médecin des raisons, du but, des moyens ou matériels utilisés, de la durée prévisible de la contention, de la surveillance . Ces éléments doivent être consignés S'agissant d'un acte de soins, le patient doit également y consentir.

La contention est posée par des professionnels habilités (IDE – kinésithérapeute pour la réalisation de certains actes) dans le respect de l'instruction de travail disponible sous intranet – protocoles de soins – prises en charge spécifiques – prévenir et prendre en charge les chutes « bonnes pratiques de la contention physique »

La contention n'est pas sans risque

La contention n'est pas un acte anodin.

La contention physique passive peut, par exemple, avoir des répercussions physiques, psychologiques et social du fait de la restriction du pouvoir d'auto détermination de la personne, de pertes fonctionnelles et de l'augmentation de son degré de dépendance (sentiment de mise à l'écart, agitation, résignation, perte de dignité, sentiment d'emprisonnement...)

Elle peut aussi présenter des risques de chute, de confusion, d'agitation, de colère, d'inconfort, de douleur, de perte d'autonomie, de blessures liées à la pose de la contention.



MÉMO PRO

À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU CHU



POLITIQUE DE LA CONTENTION AU CHU DE RENNES

CHU DE RENNES

SOMMAIRE

● Préambule (Éthique).....	P. 3
● Définition et types de contention.....	P. 4
● Une politique de la contention : quels objectifs ?.....	P. 5
● Modalités pratiques.....	P. 6
● Traçabilité des alternatives	
● Indications	
● Information du patient et/ou de la famille	
● Prescription	
● Surveillance	
● Formation.....	P. 10
● Annexe 1 : la contention est un acte qui porte atteinte à la dignité.....	P. 11
● Annexe 2 : références réglementaires et législatives.....	P. 12
● Annexe 3 : guide de bonnes pratiques professionnelles.....	P. 14
● Annexe 4 : objectifs et techniques de désamorçage selon les recommandations figurant dans "L'Expert Consensus Guidelines on the treatment of Behavioral Emergencies de 2005 (Royaume-Uni)".....	P. 16
● Annexe 5 : analyse bénéfique/risque : arbre d'aide à la décision.....	P. 19
● Annexe 6 : flyers patients/famille.....	P. 20
● Annexe 7 : dispositifs médicaux de contention mécanique au CHU de Rennes.....	P. 22
● Annexe 8 : prescription DxCare - traçabilité.....	P. 27
● Annexe 9 : fiche formation.....	P. 28



PRÉAMBULE (ÉTHIQUE)

L'éthique du soin nous rappelle que le soin ne se résume pas à des compétences techniques, mais engage une attention qui s'authentifie par le respect des personnes.

Au niveau d'une politique institutionnelle de contention, cette éthique se traduit par une vigilance particulière au caractère d'exception de la privation de liberté qu'est la contention.

Réfléchissant à la pertinence des indications de la contention, nous rappelons qu'il ne s'agit pas d'un acte anodin et que toute décision doit être précédée d'une réflexion qui cherche toujours prioritairement le bien de la personne et qui n'admet qu'en dernier recours la pratique de la contention. Nous voulons garder une vive conscience que la contention est une forme de réduction ou de privation de la liberté et qu'elle ne saurait être voulue pour elle-même, mais uniquement comme un moyen exceptionnel et temporaire.

Dans le dilemme entre protection, sécurité et liberté, en tant que professionnels de santé du CHU de Rennes, nous souhaitons porter une attention particulière à la liberté des personnes en contexte de réflexion sur la contention : à la fois d'un point de vue pragmatique (sachant les effets délétères que peuvent aussi provoquer les différentes formes de contention) et d'un point de vue éthique, par respect de leur dignité (en veillant à l'information, au respect de l'intimité...).

Rappelons également que la pose de la contention est assimilable à un acte de restriction de liberté (voir annexe 1) et donc susceptible de poursuites juridiques si elle n'est pas médicalement justifiée car elle est contraire au principe du respect et de la dignité de la personne. Par ailleurs, aucune étude ne permet d'évaluer précisément le rapport bénéfique/risque direct de la contention. Une telle étude paraît d'ailleurs irréalisable sur un plan éthique. Les études ont porté en général sur les risques uniquement (avec une augmentation du risque de chute grave, d'agitation...), ou sur des séries de cas, notamment en matériovigilance.

Ce document, issu du travail d'un groupe pluri-professionnel du CHU de Rennes, trace les lignes directrices et les informations cliniques pratiques permettant la mise en œuvre d'une politique institutionnelle visant à limiter le recours à la contention. Il a vocation à nourrir le projet médico-soignant de l'établissement et plus largement du groupement hospitalier de territoire (GHT), notamment en articulation avec la gestion de la réduction du risque de chute, du risque de confusion ou du risque cutané. Par extension, ce document pourra même influencer la politique d'achat (par exemple de lits surbaissés et autres dispositifs visant à éviter l'usage de contention), mais aussi le projet de reconstruction et les enjeux architecturaux qui lui sont liés. Les usagers ont été associés à la finalisation et à l'approbation de cette politique qui a reçu également l'aval des différentes instances représentatives des professionnels¹.

(1) Présentation en commission des usagers en septembre 2018.

SELON LE DOCUMENT D'OCTOBRE 2000 DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ² : "LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE":

“ La contention physique³, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. ”

Champ d'application

Le CHU de Rennes n'étant pas un établissement public de santé mentale, le cadre spécifique de la psychiatrie ne s'y applique que ponctuellement (avant une orientation vers un de ces établissements). L'usage de la contention par les forces de l'ordre ou en pré-hospitalier ne rentre dans le cadre de cette politique que si le patient reste dans l'établissement et que la contention devient une mesure médicale. L'usage d'une contention en vue de la réalisation d'un examen complémentaire ou d'un geste diagnostique ou thérapeutique ne fait pas l'objet de ce document. Il est toutefois rappelé que cette situation doit rester exceptionnelle, être clairement documentée dans le dossier médical et soignant et lorsque la situation de contention se prolonge plus de quelques minutes, elle doit être prescrite (cas d'une transfusion par exemple).

Plusieurs types de contentions sont classiquement décrits :

- **La contention mécanique ou physique** (encore dite passive) : la mise en place de dispositifs spécifiques (ceinture ventrale, contention de poignet, de cheville, barrières de lit...). **C'est celle qui fait l'objet principal de ce document.** Il arrive que la contention utilise des moyens non spécifiques (draps, adaptables...), **ces moyens non spécifiques sont proscrits car dangereux.** Enfin, on classe dans la contention physique les techniques pour maintenir une personne dans une position dans le cadre de situations de violence (maintien d'une personne au sol par des soignants...);
- **La contention chimique** : l'ensemble des traitements chimiques qui peuvent être délivrés à une personne pour contrôler son comportement (principalement les médicaments à visée sédatives, quelle que soit la classe thérapeutique...). L'attention doit être portée sur le fait que la réduction de l'usage de la contention

mécanique n'entraîne pas par compensation une augmentation du recours à la contention chimique. **Les médecins sont invités à prendre tout conseil auprès des spécialistes compétents (psychiatres, gériatres, urgentistes...) afin de juger de la pertinence de ce type de prescription⁴ ;**

- **La contention environnementale** : l'ensemble des moyens architecturaux qui permettent de limiter l'espace géographique dans lequel une personne peut se déplacer. Par exemple la chambre d'isolement en service de psychiatrie mais également les services fermés, les chambres fermant à clé. **Ces moyens ne seront pas détaillés dans ce document mais il est rappelé qu'il est interdit d'enfermer une personne dans une pièce du CHU** (la décision d'admission en service dit "fermé" est une décision de nature juridique et comporte un risque important, par exemple en cas d'incendie) ;
- **Les injonctions collectives**, répétées et adressées à la personne en vue de réduire sa libre mobilité (" Restez assis " ; " Restez au lit " ; " Revenez dans votre chambre "...) peuvent être qualifiées de contention "verbales" et parfois dans certains documents de contention "psychologique" bien que ce terme ne fasse pas consensus. **Ce type de conseils, lorsqu'ils sont appropriés, doivent être donnés accompagnés d'une explication et ce même en cas de troubles cognitifs.**

UNE POLITIQUE DE LA CONTENTION : QUELS OBJECTIFS ?

Trois objectifs prioritaires sont poursuivis :

- Diminuer le recours à la contention ;
- Améliorer la pertinence des décisions de contention ;
- Adapter au mieux le moyen de contention à la situation.

La contention physique passive ne s'applique que quand toutes les alternatives possibles ont été envisagées en équipe pluridisciplinaire. Elle doit être la moins contraignante et la moins stigmatisante possible de façon à préserver la dignité du patient. Elle doit aussi être la plus adaptée au patient et à son environnement. La contention ne doit pas être utilisée pour sécuriser moralement les soignants ou l'entourage du patient dans le but de les protéger de leurs propres inquiétudes. Cela ne doit en aucun cas être une réponse agressive à un comportement agressif. Quand la situation le permet, le consentement de la personne doit être recherché.

Les approches alternatives pour diminuer le recours à une contention physique doivent être recherchées avant d'envisager une contention. Souvent empiriques et fondées principalement sur le "bon sens soignant", elles sont nombreuses. Elles se regroupent en cinq grandes catégories :

(2) Dernier document de la Haute Autorité de Santé en date sur ce thème.

(3) L'étymologie du mot contention vient du latin "contentio" qui signifie : tension, effort, action de tendre ou d'être tendu mais aussi lutte, rivalité, conflit.

(4) Pour rappel : l'anxiolyse des patients angoissés, moyen de prévention des agitations, est un traitement adapté, une source d'apaisement pour le patient et non une contention chimique.

- **L'approche médicale et soignante** : revoir le traitement et les associations médicamenteuses, dépister et traiter les déficits sensoriels, évaluer les problèmes physiques et socio-psychologiques latents, soulager la douleur...
- **L'adaptation de l'environnement dans lequel vit le patient** : augmenter l'éclairage de la chambre, maintenir une ambiance calme, mettre le lit en position basse, bloquer ou enlever les roulettes du mobilier, mettre à disposition des aides à la marche...
- **L'approche rééducative pour favoriser l'autonomie** : fournir les aides techniques qui permettront au patient de faire les choses lui-même, adapter les chaussures, les lunettes, les appareils auditifs...
- **L'approche occupationnelle pour favoriser** : les activités de groupe (chants, lectures, jeux de société...), promenades à pied ou en fauteuil, exercices physiques sous forme ludique, gymnastique douce...
- **L'approche socio-psychologique** : encourager les liens sociaux, les visites, stimuler l'autonomie du quotidien, encourager la détention d'objets personnels.

Les textes réglementaires et législatifs (annexe 2) et professionnels (annexe 3) s'accordent à faire de cette pratique une exception en tout milieu de soins. C'est un acte thérapeutique médicalement prescrit, destiné à assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants, qui doit toujours rester une mesure d'exception et temporaire.



MODALITÉS PRATIQUES

La contention physique ne doit être considérée qu'après avoir recherché activement et traité une cause médicale modifiable responsable, surtout en cas d'agitation et/ou de confusion (recommandations annexe 4). L'ensemble de la démarche peut se résumer selon le schéma de l'annexe 5.

Traçabilité des alternatives

Différentes mesures sont à prioriser avant de mettre en place une contention :

- **Une approche relationnelle** basée sur :
 - une communication positive ;
 - la mise en place d'une alliance thérapeutique ;
 - l'établissement d'une relation de confiance ;
 - l'adaptation du niveau de complexité des messages à la possibilité de compréhension de la personne ;
 - l'adaptation du niveau de tolérance de l'institution ou des services aux comportements inhabituels mais non dangereux des patients.

- **Une approche environnementale** basée sur :

- un environnement stable et calme (chambre individuelle, respect du cycle éveil/sommeil, lits abaissables...) ;
- des stimulations sensorielles adaptées aux besoins du patient (lunettes, appareils auditifs), avec des repères temporels (horloge, calendrier...) et un environnement familial (photos, objets personnels, visites...)...

Seuls les patients ne répondant pas à l'approche relationnelle et environnementale peuvent nécessiter une prise en charge par la contention pour restaurer la sécurité de l'environnement des soins du patient. On doit pouvoir trouver trace dans le dossier médico-soignant des tentatives d'approches relationnelles et environnementales avant la prescription de contention.

Indications

Seule une situation de risque peut justifier le recours à la contention. Ce risque doit être documenté et identifié dans le dossier. Il peut s'agir de :

- **risques de chute** qui peuvent provenir :
 - d'un comportement moteur aberrant (déambulation sans objectif avec épuisement) ;
 - d'une agitation ;
 - d'une anomalie du tonus musculaire postural.
- **risques liés à l'agressivité** qui peut provenir :
 - d'une situation pathologique psychiatrique caractérisée ;
 - d'une pathologie neurodégénérative ou syndrome démentiel caractérisé ;
 - d'une imprégnation par une substance psychoactive, connue ou supposée.

NB : l'agressivité en dehors de ces situations ne peut en aucun cas justifier du recours à la contention. La contention est parfois utilisée à tort en évoquant le manque de personnel dans les services lorsque le patient est déambulant.

Information du patient et/ou de la famille

Le patient et/ou ses proches devront être informés de la nécessité d'une contention pour que la décision soit prise avec leur consentement. Cette information sera délivrée par le médecin et/ou l'IDE prenant en charge le patient. La participation des proches est sollicitée lorsque le patient n'est pas en capacité de décider pour lui-même, en privilégiant la personne de confiance, si elle est connue, et en impliquant le tuteur lorsqu'il existe.

DEVRONT ÊTRE EXPLIQUÉS :

- les raisons et les buts de la contention ;
- les moyens ou matériels utilisés ;
- le fait que la mesure est transitoire, la plus courte possible et réévaluée quotidiennement ;
- la surveillance.

Ces explications sont réitérées autant que de besoin, tant auprès de la personne que de ses proches.

A contrario, il est important d'expliquer aux familles les raisons et buts poursuivis qui amènent une équipe à ne pas avoir recours à la contention. Leur présence à certains moments de la journée peut en effet permettre de limiter la durée et les risques de la contention et, en conséquence, améliorer le confort de vie.

La traçabilité de l'information donnée au patient et/ou ses proches dans le dossier patient est importante. Pourront être consignés les commentaires, les questionnements abordés au cours de l'échange. L'information sera tracée dans le "questionnaire" de surveillance paramédicale.

Si l'arrêt de la contention est décidé, il doit être expliqué à la personne et à ses proches :

- sur les changements de comportement qui rendent possible l'arrêt de la contention ;
- sur les conséquences délétères de la contention qui justifient l'arrêt de cette mesure.

Un flyer explicatif existe à destination des patients et de leur famille (annexe 6).

Prescription

La prescription est de la responsabilité du médecin mais relève d'un processus interdisciplinaire impliquant l'ensemble de l'équipe (cadres de santé, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, kinésithérapeutes, psychologues...). Cette réflexion est menée par au moins 2 personnes dont un médecin. L'argumentation et l'évaluation initiale sont tracés.

Le choix du matériel de contention va tenir compte de la situation précise du patient et sera toujours individualisé. Ce choix peut être aidé par le document fourni en annexe 7.

Cette prescription doit toujours être d'une durée la plus courte possible (durée limitée à 24h imposant systématiquement une réévaluation de l'indication et tenant compte des possibles complications d'une telle contention). Dans l'hypothèse de l'urgence (avant l'arrivée d'un médecin, par exemple dans la première demi-heure) et en l'absence de médecin, sur protocole défini par le chef de service, cette prescription peut être faite a posteriori et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin et ce sans attendre une durée excédant 3 heures.

Les éléments suivants sont à **inscrire dans le dossier patient** lors de la prescription d'une contention physique :

- L'identité du prescripteur ;
- Les raisons médicales de la prescription ;
- Le jour et l'heure de la prescription ;
- Les modalités prescrites de la contention physique (matériel de contention, conditions, période, durée) ;
- La preuve d'une information des raisons de la prescription de la contention au patient et/ou à sa famille (en privilégiant la personne dite "de confiance") en cas d'incapacité physique ou psychique du patient à recevoir l'information, en cas d'impossibilité immédiate, l'information doit être réalisée au plus tôt (traçabilité dans les transmissions) ;

- La surveillance de la contention, (Voir ci-dessous) ;
- La contention est reconduite, si nécessaire, après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24h ;

Surveillance

La prescription doit nécessairement, et ce dès le premier jour, comprendre des mesures de surveillance. Les points suivants doivent être surveillés, avec une traçabilité dans le dossier, pendant toute la durée de la contention. La fréquence peut être prescrite en même temps que la contention ou par des protocoles de service (annexe 8).

Le rythme de cette surveillance (balance bénéfices/risques) : il est préconisé un délai maximum correspondant à un rythme d'une fois par équipe dans les cas de maladies neurodégénératives et de 3h pour les situations aiguës, voire toutes les 30 mn si kit grand agité (brancard 5 point d'attaches).

Les paramètres physiques - surveillance de l'existence ou non de symptômes concernant :

- La fonction respiratoire ;
- L'état cutané au niveau des points d'attaches et des points d'appui ;
- L'hydratation ;
- La continence ;
- L'usage approprié et l'installation correcte du matériel.

Complications traumatiques (zone d'attache) :

- Contusions, hématomes, brûlures, escarres...

Complication de décubitus :

- Escarres ;
- Maladie veineuse thromboembolique ;
- Troubles de la continence urinaire et/ou fécale (incontinence, globe urinaire, constipation, fécalome) et infection urinaire ;
- Troubles de l'alimentation et de l'hydratation (amaigrissement, déshydratation) ;
- Troubles musculo-squelettiques (amyotrophie, ostéoporose, raideur articulaire) ;
- Fausses routes, pneumopathie d'inhalation ou aggravation de reflux gastro-œsophagien ;
- Confusion ;
- Complications liées au matériel ;
- Risque d'étouffement, asphyxie par strangulation pouvant conduire au décès du patient.

Complications psychologiques :

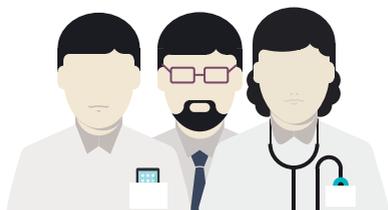
- Sentiment d'humiliation, colère, angoisse, dépression, agitation, régression psychomotrice.

En cas de complication constatée, l'infirmier(e) mentionnera une transmission ciblée dans le dossier patient. La surveillance sera favorisée par la mise en œuvre d'un questionnaire type dans DxCare.

FORMATION

Il convient d'**organiser la formation des professionnels** sur les orientations données à la politique de contention pour qu'ils intègrent le sens de ce soin dans toutes ses dimensions, mènent une démarche réflexive pertinente et mettent en œuvre les bonnes pratiques.

Cette formation décline les orientations de la charte (annexe 9), en veillant à les individualiser à chaque contexte particulier de soin. Un support e-learning est également constitué et intégré dans les formations obligatoires pour tous les soignants.



ANNEXE 1 : LA CONTENTION EST UN ACTE QUI PORTE ATTEINTE À LA DIGNITÉ

La déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 précise en son article premier " tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ".

Selon la Conférence de consensus de l'HAS " Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité " de novembre 2004 : " La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Dans une démocratie qui assure à ses citoyens les droits fondamentaux des personnes, tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit... La restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est rarement la conséquence de l'indifférence ou du manque d'humanité des personnels soignants. Le plus souvent, elle résulte des contraintes abordées ci-dessous. En pratique, la problématique est de réussir à concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité. L'ajustement continu à ces impératifs a pour but de permettre au personnel soignant d'assumer sa responsabilité de garantir la sécurité sanitaire des personnes et de respecter leur liberté. "

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme les droits fondamentaux de la personne. Elle reconnaît aux patients et aux professionnels de santé un rôle citoyen avec des droits, des responsabilités et des devoirs.

La question de l'information de la personne et de ses proches, et celle du consentement sont centrales et essentielles.

Le décret 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale rappelle au médecin qu'il exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le médecin doit au malade une information loyale, claire et appropriée à son état. Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés (et maintenant : sans consulter la personne de confiance ou sans prendre en considération les directives anticipées rédigées par le patient).

Article 36 du code de déontologie médicale : le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

La charte de la personne hospitalisée qui fixe les droits et les devoirs des patients et des établissements de santé. Elle précise aussi qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne qui doit être traitée avec égards dans le respect de sa vie privée, de son intimité et de ses croyances.

ANNEXE 2 : RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES ET LÉGISLATIVES

- **La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :** l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours ;
- **La circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (circulaire Veil) :** en dehors des soins sans consentement, le recours à l'isolement ou à la contention pour des personnes en soins psychiatriques libres doit être limité.

Les textes professionnels

- La mise en œuvre d'une contention, quelle qu'en soit la forme (contention physique, chimique, isolement ou enfermement dans une chambre), doit en principe faire l'objet d'une prescription médicale écrite, datée et signée par le praticien, rédigée à l'issue d'un examen médical du malade (art. R4127-76 et R.5132-3 CSP) ;
- Toutefois, en cas d'urgence, les infirmier(e)s sont habilités à mettre en place des mesures de contention ou d'isolement, en application d'un protocole écrit qualitatif et quantitatif, daté et signé par un médecin (art. R.4311-7 CSP) ;
- **Article R 4311.7 fixant les actes réalisables par les IDE :** l'infirmier(e) est habilité à pratiquer la pose de bandages de contention soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative, quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif, quantitatif et préalablement établi, daté, signé par un médecin ;
- En l'absence de médecin, l'infirmier(e) est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier(e) accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé remis au médecin et annexé au dossier du patient ;
- En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre de protocole, l'infirmier(e) décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir le médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état ;
- **Article R4321-7 fixant les actes réalisables par les masseurs-kinésithérapeutes :** réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures. Bien que le mot "contention" soit ici utilisé, l'application d'une telle prescription sort du champ de ce document dans la mesure où l'intentionnalité de limitation de mobilité nécessaire selon les définitions retenues plus haut n'est pas présente ;
- **Article R4351-2-1 fixant les actes réalisables par les manipulateurs en électroradiologie (MER) :** confection des moyens de contention et des caches personnalisés. Bien que le mot "contention" soit ici utilisé, la confection des moyens de contention et des caches personnalisés sort du champ de ce

document dans la mesure où cela nécessite le plein accord et la participation du patient, ce qui n'est pas le cas des situations de contention selon les définitions retenues plus haut. Le MER n'est pas plus autorisé à appliquer un moyen de contention que n'importe quel autre professionnel de santé en l'absence du consentement de la personne. Dans ce cas, les règles du présent document s'imposent, notamment la prescription médicale de la contention.



ANNEXE 3 : GUIDE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- Jury de la 9^e conférence de consensus de la Société francophone de médecine d'urgence en 2002 : la contention est une mesure de dernier recours, qui doit rester exceptionnelle et temporaire en étant associée à d'autres prises en charge thérapeutiques. Cette mesure fait suite à un échec de toutes les prises en charge relationnelles. La mise en danger du patient doit toujours être évaluée. Toute contention nécessite une prescription médicale et exige une traçabilité continue.
- Référentiel de pratique pour la contention physique, ANAES 2000 :
 - **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 ;
- En outre, le document de l'ANAES demande :
 - Un document d'information des familles et des professionnels de santé ;
 - Un exemple de fiche de recueil spécifique à chaque épisode de contention ;
 - Une grille d'évaluation de la pratique pour la mise en place d'une contention ;

- Le patient doit bénéficier de 2 visites médicales/24h.
- Critères pour conduire une politique de réduction de la contention – RIFVEH (Réseau Internet francophone vulnérabilités et handicaps) – www.rifveh.org/RIFVEH/documentation/contention.html
 - **Critère 1** : une politique de l'établissement ou du service concernant l'usage de la contention physique est traduite dans un document accessible aux soignants, aux patients/résidents et à leurs proches ;
 - **Critère 2** : le taux d'utilisation de la contention est mesuré, enregistré et analysé ;
 - **Critère 3** : le recueil et l'analyse des incidents et accidents liés à la contention donnent lieu à des plans d'action préventifs ;
 - **Critère 4** : des actions d'information sur les dangers de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes ;
 - **Critère 5** : des actions de formation sur l'usage approprié de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes ;
 - **Critère 6** : des actions de formation sur les différents outils d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées sont réalisées auprès des équipes soignantes ;
 - **Critère 7** : des formations sur les alternatives à la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes ;
 - **Critère 8** : l'utilisation d'alternatives à la contention est encouragée et facilitée. L'évaluation de ces méthodes est organisée ;
 - **Critère 9** : dans les cas de reconduction de la mesure de contention sans issue satisfaisante pour la personne âgée, l'établissement est en mesure de prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le thème de la contention (médecin, infirmier(e), psychologue) dans le but d'aider les équipes à clarifier les avantages et inconvénients de la contention et à trouver des alternatives.





ANNEXE 4 : OBJECTIFS ET TECHNIQUES DE DÉSAMORÇAGE

SELON LES RECOMMANDATIONS FIGURANT DANS "L'EXPERT CONSENSUS GUIDELINES ON THE TREATMENT OF BEHAVIORAL EMERGENCIES DE 2005 (ROYAUME-UNI)"⁵

Objectifs

- Rediriger le patient vers un espace personnel plus calme ;
- Éviter l'escalade ou la progression vers un état agressif ;
- Désamorcer la situation avant que le patient ne perde le contrôle ;
- Identifier et réduire l'agent stressant pour le patient le plus rapidement possible ;
- Présenter au patient des alternatives à l'agression ;
- Assurer la sécurité du patient et des autres ;
- Réduire les sentiments de peur, d'inadéquation et de désespoir du patient ;
- Montrer un comportement calme ;
- Repérer l'anxiété.

Éléments d'interventions efficaces

- Identifier précocement le stade précédant l'attaque (échelles comportementales) ;
- Maintenir l'autonomie et la dignité du patient ;
- Être vigilant au ton employé et à son langage non verbal ;
- Observer et examiner le patient afin d'évaluer le succès des interventions ;
- Proposer des choix adaptés aux patients ;
- Comprendre que la confrontation physique n'est qu'un dernier recours.

Techniques générales

- Approcher le patient avec prudence et éviter de le faire sursauter ;
- Déplacer le patient vers une zone calme et visible du personnel ;
- Proposer de quoi se restaurer au patient ;
- Éviter la provocation et la confrontation (c'est-à-dire langage hostile, conflit direct, menace, mépris du patient, contact visuel prolongé ou intense, se tenir debout face à un patient assis ou debout, croiser les bras contre la poitrine) ;
- Autoriser un espace personnel vaste au patient (visualiser un périmètre d'environ

1 à 2 mètres) ; orienter son corps dans un angle de 45° par rapport au patient ; demander la permission avant d'entrer dans la chambre du patient ;

- Être en miroir par rapport au patient (s'asseoir s'il est assis, être debout s'il est debout, marcher s'il marche) ;
- Utiliser une expression du visage et un langage corporel neutre ;
- Parler de façon calme et respectueuse ;
- Utiliser un langage simple et des phrases courtes ;
- Être honnête et précis ;
- Éviter les promesses ;
- Montrer de l'empathie ;
- Indiquer clairement que le patient doit garder le contrôle, et que les professionnels peuvent l'aider à y parvenir ;
- Rassurer le patient en lui indiquant qu'aucun mal ne lui sera fait ;
- Réorienter la conversation sur des sujets moins délicats.

Engager le patient

- Écouter attentivement avec un contact visuel suffisant et non menaçant ;
- Paraphraser les affirmations du patient ;
- Montrer au patient qu'il est compris ;
- Utiliser des questions ouvertes ;
- Essayer de connaître les sentiments et l'état mental du patient, et déterminer s'il a des pensées violentes ;
- Essayer d'identifier les sources de l'agitation et du stress du patient (c'est-à-dire les effets secondaires du médicament, les stimuli internes, les conflits interpersonnels).

Établir des limites

- Ne jamais exprimer une colère ou une hostilité manifeste envers le patient ;
- Faire savoir au patient que son comportement est effrayant pour vous et les autres ;
- Identifier clairement les comportements inacceptables qui doivent être changés ainsi que les conséquences qui en découleront s'ils persistent ; proposer un choix de conséquences au patient (par exemple : retourner dans sa chambre pour se calmer ou aller en isolement) ;
- Proposer plusieurs options d'activités raisonnables au patient au moment d'établir des limites.

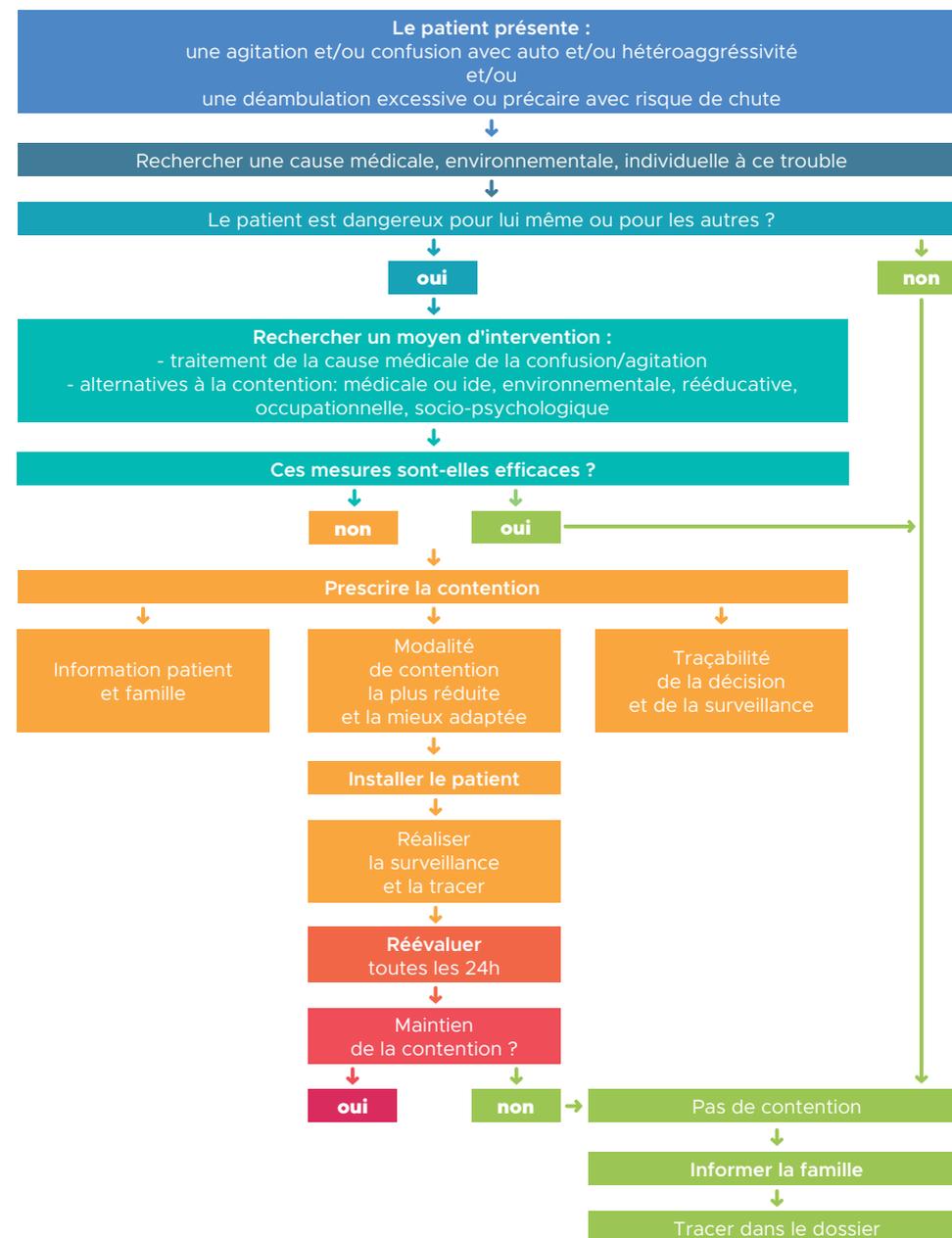
(5) Le groupe de travail du CHU de Rennes attire l'attention, en plus de ces recommandations, sur l'importance de repérer et de traiter l'anxiété à la fois en mesure préventive et curative, en alternative à la contention.

Assurer sa propre sécurité

- Observer le patient de près afin d'identifier l'escalade de l'agitation et de la tension ;
- Retirer les objets dangereux de la pièce et les éloigner de soi ;
- S'assurer que l'on a accès à une issue de secours ;
- Approcher le patient par l'avant ou le côté (jamais par l'arrière) ;
- Ne jamais tourner le dos au patient.



ANNEXE 5 : ANALYSE BÉNÉFICE/RISQUE > ARBRE D'AIDE À LA DÉCISION





INFORMATIONS PATIENT & FAMILLE LA CONTENTION PHYSIQUE

Le CHU de Rennes a entrepris une réflexion pluridisciplinaire sur l'utilisation de la contention physique.

Trois objectifs prioritaires sont poursuivis :

- diminuer le recours à la contention ;
- améliorer la pertinence des décisions de contention ;
- adapter au mieux le moyen de contention à la situation.

L'usage de cette pratique peut soulever certaines questions, ce document est destiné à vous informer.



Définition

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

HAS 2000

Pourquoi proposer une contention physique ?

L'indication d'une contention physique peut être retenue, lorsque toute autre alternative s'avère insuffisante, dans les situations suivantes entraînant un risque pour la sécurité du patient ou de ses proches :

- Risque de chute dans le cadre de déambulation avec épuisement ou de troubles du tonus neuromusculaire ;
- Agressivité dans le cadre de maladies psychiatriques, neurodégénératives ou de prise de substances psycho-affectives.

La mise en place de la contention vise à :

- Éviter un risque de blessure ;
- Assurer la continuité des soins ;
- Protéger l'entourage : famille, autre patient, soignants...

La mise en place d'une contention physique n'est pas systématique

Toute contention pouvant présenter des risques :

- Angoisse et majoration de l'agitation ;
- Troubles vésicaux et intestinaux ;
- Blessures parfois graves (plaies, étouffements...);
- Désadaptation à la marche et perte d'autonomie en particulier chez les personnes âgées.

L'usage de la contention physique demeure exceptionnel et de dernier recours. Avant toute décision, l'équipe médico-soignante va rechercher les alternatives possibles et mesurer les bénéfices/risques.

Une décision de recours soumise à des règles strictes

La mise en place d'une contention physique nécessite une prescription médicale.

Le choix du type de contention est adapté à chaque situation :

- Barrières de lit ;
- Dispositifs de maintien au lit ;
- Ceintures ventrales, attaches pieds ou poignets...

Une surveillance pluri-quotidienne est réalisée par l'équipe soignante afin de s'assurer de la sécurité de l'installation et de l'absence de complication ou de risque de blessure. L'indication est réévaluée en réunion pluridisciplinaire et reconduite ou non toutes les 24 heures. Le patient et ses proches en sont informés.

L'ensemble des informations est consigné dans le dossier médical.

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

N'hésitez pas à solliciter l'équipe médico-soignante : elle est à votre disposition pour vous transmettre toutes les explications et informations dont vous avez besoin.



ANNEXE 7 : DISPOSITIFS MÉDICAUX DE CONTENTION MÉCANIQUE AU CHU DE RENNES - BON USAGE ET FICHES PRATIQUES

Maintien au lit

CEINTURE VENTRALE

Ceinture en Trévira CS®, matériau synthétique traité non feu, fermeture à verrouillage magnétique, avec sangles latérales permettant de limiter la mobilité latérale du patient et donc le risque de basculement sur le côté, avec sangles de maintien pelvien limitant le risque de glissement vers le bas et donc de compression du thorax par la ceinture.

La fermeture par verrouillage magnétique nécessite une clé aimantée pour s'ouvrir.

**NE PAS OUBLIER
DE METTRE
LES BARRIÈRES DE LIT !
À FIXER SUR LA PARTIE
MOBILE DU LIT**



Sangles latérales

Ceinture

Maintien pelvien

© TSC - The Surgical Company

Références et tailles disponibles au CHU

(FOURNISSEUR 2015-2018 : ADHESIA)

Référence e-order	Référence fournisseur	Taille	Tour de taille	Code couleur	Conditionnement
213969	BCF4101S-SE	S	50 à 75 cm	Bleu marine	<ul style="list-style-type: none"> • 1 attache-taille • 5 fermetures de sécurité (réf. BCF4400) • 1 clé magnétique (réf. BCF4500)
213970	BCF4101M-SE	M	70 à 110 cm	Vert	
213971	BCF4101L-SE	L	105 à 145 cm	Gris	
213972	BCF4101XL-SE	XL	120 à 162 cm	Bleu ciel	

ATTACHE-POIGNET À VERROUILLAGE MAGNÉTIQUE

Sangle en Trévira CS®, matériau synthétique traité non feu, fermeture à verrouillage magnétique, à fixer sur la partie mobile du lit ou du brancard.

→ Pour patients très agités

La fermeture par verrouillage magnétique nécessite une clé aimantée pour s'ouvrir.



© TSC - The Surgical Company

ATTACHE-POIGNET ET ATTACHE-CHEVILLE SÉCURISÉES

Références et tailles disponibles au CHU

(FOURNISSEUR 2015-2018 : ADHESIA)

Poignet

Référence e-order	Référence fournisseur	Taille	Conditionnement
213973	BCF4200S-SE	S-8 à 18 cm	Paire
213974	BCF4200M-SE	M-12 à 22 cm	Paire
213975	BCF4200L-SE	L-17 à 27 cm	Paire
213976	BCF4200XL-SE	XL-23 à 34 cm	Paire

Cheville

Référence e-order	Référence fournisseur	Taille	Conditionnement
213977	BCF4300S-SE	S-11 à 22 cm	Paire
213978	BCF4300M-SE	M-19 à 28 cm	Paire
213979	BCF4300L-SE	L-25 à 35 cm	Paire
213980	BCF4300XL-SE	XL-31 à 43 cm	Paire

ATTACHE-POIGNET STANDARD AVEC CLIPS

→ Pour patients confus

Éviter que le patient se déperfuse, touche à ses pansements...



© TSC - The Surgical Company

Références et tailles disponibles au CHU

(FOURNISSEUR 2015-2018 : ADHESIA)

Référence e-order	Référence fournisseur	Taille	Longueur		Conditionnement
			Attache	Sangle	
72762	APE311	XS-Poignet enfant	21 cm	100 cm	La paire
70590	APE321	S-Poignet adulte ou cheville enfant	26 cm		
72763	APE331	M-Poignet adulte fort ou cheville adulte	30 cm		
72764	APE341	L-Cheville adulte fort	35 cm		

Maintien au fauteuil

CEINTURE PELVIENNE

Vérifier que le patient ne puisse pas accéder au système de fermeture



Bien positionner le patient au fond du siège, zone lombaire contre le dossier

Maintien pelvien

© TSC - The Surgical Company

Références et tailles disponibles au CHU

(FOURNISSEUR 2015-2018 : ADHESIA)

Référence e-order	Référence fournisseur	Modèle	Taille	Conditionnement
80837	CPC1	S	50 à 75 cm	La pièce
73904	CPC2	M	70 à 95 cm	
74612	CPC3	L	90 à 120 cm	

Bon usage des matériels de contention

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

(Source : Afssaps - "Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique" - 2011.)

- **Respecter l'indication prévue** par le fabricant dans la notice d'utilisation ou la fiche technique : les dispositifs de maintien postural pour les patients à faible tonus ne doivent pas être utilisés pour contenir un patient agité ;

- Choisir une taille adaptée au patient : ni trop serrée, ni trop lâche ;
- Surveiller régulièrement le positionnement des contentions, du patient et l'intégrité des téguments.

RECOMMANDATIONS DE BON USAGE : CEINTURE ABDOMINALE

- Les ceintures de contention abdominale doivent être utilisées avec :
 - des sangles de maintien pelvien (passage entre les jambes), pour éviter le glissement du patient vers le bas ;
 - des sangles latérales de sécurité pour éviter la latéralisation du patient agité.
- Utiliser des barrières de lit entières en position haute, dont le système d'accrochage et le système de verrouillage ne sont pas accessibles au patient ;
- En cas d'utilisation de demi-barrières, placez un dispositif adapté et validé par le fabricant pour combler l'espace entre les demi-barrières. Fixé, ce dispositif ne doit pas pouvoir être retiré par le patient ;
- Sur un lit à hauteur variable, la contention est fixée aux parties mobiles qui bougent avec le malade. La contention au lit standard est fixée au sommier ;
- En cas d'utilisation d'un matelas thérapeutique à air motorisé pour la prévention des escarres, veillez à ce que le patient ne soit pas compressé par les oscillations du matelas ;
- Surélever toujours le buste du patient sauf en cas de contre-indication médicale ;
- Régler toujours le niveau du lit dans sa position la plus basse après les soins.

RECOMMANDATIONS DE BON USAGE : CEINTURE PELVIENNE

- Respecter l'indication du dispositif, donnée par le fabricant dans la notice d'utilisation (patient agité, patient à faible tonus musculaire et/ou patient confus) ;
- Placer et fixer la ceinture pelvienne de sorte que le patient soit assis au fond de son siège, la zone lombaire contre le dossier du fauteuil ;
- Vérifier que le patient agité ne puisse pas accéder et manipuler les systèmes de fermeture ;
- Incliner le siège ou le dossier en arrière chez les patients présentant un faible tonus musculaire tout en laissant la tête surélevée pour éviter les risques d'inhalation ;
- Régler correctement les palettes repose-pieds du fauteuil (hauteur, inclinaison, profondeur) de manière à éviter le glissement du patient vers l'avant ;
- Utiliser si besoin des dispositifs complémentaires tels que des coussins dont le matériau limite le glissement, des cale-troncs, culots d'abduction mis entre les cuisses, des assises personnalisées. Le positionnement du patient peut aussi être sécurisé grâce à l'utilisation d'un fauteuil adapté à sa morphologie et à ses pathologies : siège modulaire évolutif, siège coquille, corset-siège.

ANNEXE 8 : PRESCRIPTION DXCARE - TRAÇABILITÉ

Questionnaire de prescription

Questionnaire de réalisation



ANNEXE 9 : FICHE FORMATION

 Délégation à la Formation continue	Fiche descriptive de formation Mettre en œuvre la politique de contention adulte CPT 249		
Référents	Cons. F° : M. J. TIMONNIER Assist. F° : F. JEULAND	Chef(s) projet : Mme COULAUD, Directrice des Soins	Commanditaire(s) : La Direction des Soins Date : octobre 2018 Mise à jour le 03/06/2020
Contexte de la décision de formation	<p>Le CHU de Rennes a mis en place un groupe de travail pluri-professionnel pour établir les lignes directrices et les informations cliniques pratiques permettant la mise en œuvre d'une politique institutionnelle visant à limiter le recours à la contention. Le groupe s'est appuyé sur la loi du 04 mars 2002 relative aux droits du patient et sur les recommandations de l'ANAES (en 2000). Au niveau d'une politique institutionnelle de contention, cette éthique se traduit par une vigilance particulière au caractère d'exception de la privation de liberté qu'est la contention. La politique de contention va nourrir le projet médico-soignant de l'établissement et plus largement du groupement hospitalier de territoire (GHT), notamment en articulation avec la gestion de la réduction du risque de chute, du risque de confusion ou du risque cutané. Les usagers ont été associés à la finalisation et à l'approbation de cette politique qui a reçu l'aval des différentes instances représentatives des professionnels.</p> <p>Un espace « contention » sera créé sur intranet pour mettre en ligne le Mémo « La politique de contention au CHU de Rennes », comprenant la législation, une grille d'analyse bénéfique/risque (arbre d'aide à la décision), un guide des bonnes pratiques etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - les protocoles contention - les descriptifs du matériel à disposition des professionnels <p>Un module de formation en e-learning sera également mis à disposition des professionnels du CHU.</p>		
Objectif(s) opérationnel(s)	<p>Le CHU de Rennes souhaite sensibiliser ses professionnels autour de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une réflexion interprofessionnelle sur la pertinence de la contention ; - la réduction des contentions en proposant d'autres alternatives ; - mais aussi autour des « Bonnes Pratiques de la contention » lorsque celle-ci s'avère inévitable. 		
Objectifs pédagogiques globaux évaluables	<p>Permettre aux professionnels de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • connaître : <ul style="list-style-type: none"> - les principes éthiques autour de la contention, - la définition de la contention et les différents types de contention, - la législation autour de la contention, - les alternatives à la contention, - la politique de contention au CHU de Rennes, • pouvoir : <ul style="list-style-type: none"> - engager une réflexion éthique en équipe pluri professionnelle, - mesurer les bénéfices/risques liés à la pratique de la contention (arbre d'aide à la décision), - adapter les moyens de contention à la situation du patient, - prendre en compte la prescription médicale et tracer dans le dossier patient la contention (pose et levée), - informer le patient et sa famille, - surveiller l'intégrité du matériel de contention (à chaque intervention auprès du patient) et l'intégrité tissulaire du patient. • savoir : <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser le matériel de contention - utiliser l'espace intranet dédié 		

Thèmes traités	<ul style="list-style-type: none"> • les facteurs prédisposant à la contention • les bénéfices et les risques de la contention • le cadre légal de la contention, les normes juridiques de la prescription médicale, l'information et le consentement du patient et de sa famille • l'intérêt des protocoles de bonnes pratiques autour de la contention • les différents types et moyens de contention : physiques, architecturaux, relationnels... • la réflexion éthique et pluriprofessionnelle autour de la contention et les enjeux en termes de bientraitance • Les impacts psychologiques de la contention sur le patient et son entourage et sur les soignants • l'évaluation pluriprofessionnelle de la contention <p>Les alternatives à la contention</p>
Modalités pédagogiques	Mixte : présentiel et support e-learning en accès libre
Si matériels ou supports pédagogiques spécifiques	Matériel de contention
Intervenant(s)	Formateurs internes : <ul style="list-style-type: none"> - des cadres de santé : Mme MARTY ou Mme CHENEVIÈRE pour les apports théoriques - puis une IDE et une AS en binôme pour la partie pratique
Population concernée	Les professionnels AS et IDE des secteurs adultes
Pré-requis d'accès à la formation	/
Dispositif d'évaluation des apprentissages	Autoévaluation en début obligatoire (quizz) et en fin de formation obligatoire (quizz).
Dispositif d'évaluation de la formation	Evaluation de la satisfaction des participants (questionnaire, échanges à chaud) Evaluation de la satisfaction des formateurs (questionnaire, échanges à chaud) Ateliers de formateurs
Calendrier	2 groupes en 2021
Lieu Durée Horaires	Salles de formation de la Délégation à la Formation Continue 1 jour 9h – 17h
Modalités d'accès à la formation	Formation : Volontariat <input checked="" type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Réglementaire <input type="checkbox"/> Formation : Sur temps de travail (%) <input checked="" type="checkbox"/> Hors- temps de travail <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> Prérequis :
Modalités d'inscription	Sur fiche individuelle de formation <input type="checkbox"/> Sur GESFORM Intranet <input checked="" type="checkbox"/> Sur convocation individuelle <input type="checkbox"/>
Ouverture et clôture de la formation	Chef de Projet <input type="checkbox"/> Conseiller en Formation <input checked="" type="checkbox"/> Intervenant <input checked="" type="checkbox"/>

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES



2 rue Henri Le Guilloux • 35033 Rennes cedex 9