

**EVALUATION DES EFFETS D'UNE
FORMATION SPECIFIQUE LIEE A LA
CONTENTION PHYSIQUE DESTINEE AU
PERSONNEL SOIGNANT TRAVAILLANT EN
PSYCHIATRIE AU SEIN DU SECTEUR A D'ISoSL
LIEGE**

Mémoire présenté par **Cindy Muniken**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Gestion des institutions de soins
Année académique 2020 - 2021

**EVALUATION DES EFFETS D'UNE
FORMATION SPECIFIQUE LIEE A LA
CONTENTION PHYSIQUE DESTINEE AU
PERSONNEL SOIGNANT TRAVAILLANT EN
PSYCHIATRIE AU SEIN DU SECTEUR A D'ISoSL
LIEGE**

Mémoire présenté par **Cindy Muniken**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Gestion des institutions de soins

Année académique 2020 - 2021

Promoteur : Sabrina EDREI

Co-promoteur : Docteur Maud LEBAS

Remerciements

Par ces remerciements, je voulais mettre quelques personnes à l'honneur, sans qui ce mémoire n'aurait sans doute jamais vu le jour.

Mon plus grand soutien vient de mon mentor, mon chef de salle, monsieur Hervé Bertrand. Il a été mon pilier depuis le début de cette aventure pour le Master en Sciences de la Santé Publique. Tout d'abord, grâce aux adaptations d'horaires qu'il a su gérer d'une main de maître durant mes trois années de cours. Ensuite, pour son aide et son travail d'expert tout au long de cette étude. Il a toujours été de bons conseils, du début du projet jusqu'à son aboutissement. Je tiens à lui adresser toute ma gratitude.

Merci aussi à mes deux promotrices, madame Sabrina Edrei et docteur Maud Lebas, pour leur aide et leurs conseils, tant d'un point de vue théorique que pratique.

J'ai également fait la connaissance d'une personne d'une gentillesse et d'une disponibilité sans faille, monsieur Eric Defo. Il a été une aide précieuse pour les analyses statistiques de cette étude.

Je remercie bien sûr mes collègues qui ont répondu présent à mes sollicitations que ce soit pour servir de cobaye lors de pré-tests ou pour participer à cette formation.

Merci à mon correcteur orthographique, mon papa, toujours disponible malgré ses problèmes de santé.

Et évidemment, un tout grand merci à mes amis et à ma famille, qui ont été d'un soutien immense durant toutes les épreuves de la vie traversées pendant ces années d'études.

Table des matières

I. Préambule	1
II. Introduction	2
2.1. Contexte et problématique	2
2.2. Bref historique de la contention physique	3
2.3. La loi de mise sous protection des malades mentaux.....	4
2.4. Les recommandations	5
2.5. Les risques de la contention	6
2.6. Les attentes	7
2.7. La formation en milieu professionnel	8
2.8. E-learning.....	10
2.9. Lien avec la finalité gestion des institutions de soins.....	11
3. Objectif et hypothèses	12
4. Matériel et méthode	12
4.1. Type d'étude.....	12
4.2. Population étudiée	13
4.3. Echantillonnage	14
4.4. Critères d'inclusion	14
4.5. Critères d'exclusion	14
4.6. Paramètres étudiés et outils de collecte des données.....	14
4.7. Pré-test de l'outil de collecte des données	16
4.8. Organisation et planification de la collecte des données	16
4.9. Outils de traitement des données et plan d'analyse.....	18
4.10. Contrôles de qualité	20
4.11. Composition de l'équipe de recherche	20
4.12. Origine du financement.....	21
4.13. Aspects réglementaires	21
5. Résultats	22
5.1. Description de l'échantillon.....	22
5.2. Analyse de l'effet d'un <i>e-learning</i> sur les connaissances des agents.....	23
5.3. Calcul des gains bruts et des gains relatifs moyens	27
5.4. Analyse des résultats de l'échelle de Likert.....	27
5.5. Analyse des questionnaires de satisfaction	28

6. Discussion	29
6.1. Analyse des résultats	29
6.2. Confrontation des résultats avec la littérature.....	30
6.3. Influence des données socio-démographiques.....	31
6.4. Biais et limites de l'étude.....	31
6.5. Les perspectives.....	32
7. Conclusion	34
8. Bibliographie.....	35
9. Annexes	41

Résumé

Introduction : La contention physique est une pratique qui n'est ni rare ni récente dans le milieu de la psychiatrie. Les premiers écrits relatant de telles pratiques remontent d'ailleurs à l'Antiquité. Cette méthode de protection de la personne malade mentale peut s'avérer dangereuse, tant pour le patient que pour le personnel de soins si elle est mal utilisée. Les soignants sont en première ligne et sont donc les acteurs principaux vers une amélioration de la qualité des soins psychiatriques.

Objectif de l'étude : Evaluer les effets d'une formation spécifique liée à la contention physique sur les connaissances et les compétences du personnel de soins au sein du groupe ISoSL secteur A santé mentale de Liège.

Matériel et méthode : Une étude pré-expérimentale quantitative sur base d'un raisonnement déductif a été menée entre janvier et mai 2021 auprès du personnel soignant nouvellement engagé au sein de l'institution précitée. Une formation en *e-learning* a été mise en place. Afin de pouvoir évaluer les effets et de suivre les éventuelles progressions des agents à différents temps, cette étude s'est inspirée du modèle de Kirkpatrick. Différents scores ont été calculés et comparés afin de voir les gains potentiels sur le savoir, savoir-faire et savoir-être des participants.

Résultats : Au terme de la collecte des données, des statistiques univariées ont démontré que les participants avaient significativement amélioré leurs différents résultats. Le score global de réussite était nettement amélioré lors de la phase 2 correspondant à la phase de post-formation directe. Par contre, les résultats étaient stables entre la phase 2 et la phase 3 qui était la phase post-formation à 2 mois. Une analyse multivariée a montré une différence significative liée à la fonction de la personne.

Conclusion : Les résultats obtenus lors de cette étude montrent des effets positifs quant à l'efficacité d'une telle formation. En effets, les connaissances théoriques sur la contention physique en milieu psychiatrique ont été significativement améliorées. Ces acquis pourront servir lors de la mise en pratique de telles situations sur le terrain.

Mots-clés : contention physique, psychiatrie, formation des soignants, e-learning

Abstract

Introduction : Physical restraint is a practice that is neither rare nor recent in the world of psychiatry. The first writings relating to such practices date back to Antiquity. This method of protecting the mentally ill person can be dangerous, both for the patient and for the healthcare staff if it is misused. Caregivers are on the front line and are therefore the main players in improving the quality of psychiatric care.

Objective of the study : To assess the effects of specific training related to physical restraint on the knowledge and skills of healthcare staff within the ISoSL group sector A mental health in Liège.

Material and method : A pre-experimental quantitative study based on deductive reasoning was carried out between January and May 2021 among nursing staff newly hired within the aforementioned institution. E-learning training has been set up. In order to be able to evaluate the effects and to follow the possible progressions of the agents at different times, this study was inspired by Kirkpatrick's model. Different scores were calculated and compared in order to see the potential gains on the knowledge, skills and attitudes of the participants.

Results : At the end of the data collection, univariate statistics showed that the participants had significantly improved their various results. The overall success score was clearly improved during phase 2, corresponding to the direct post-training phase. On the other hand, the results were stable between phase 2 and phase 3 which was the post-training phase at 2 months. A multivariate analysis showed a significant difference related to the function of the person.

Conclusion: The results obtained during this study show positive effects on the effectiveness of such training. In fact, theoretical knowledge on restraint physical in psychiatric settings were significantly improved. These skills can be used when putting such situations into practice in the field.

Keywords: physical restraint, psychiatry, training of caregivers, e-learning

Liste des abréviations

ISoSL : Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège

SPF : Service Public Fédéral

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

RH : Ressources Humaines

EMRI : Equipe Mobile de Remplacement Immédiat

CAMP : Contrôle Agressivité par la Maîtrise Physique

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Liste des figures

Figure 1 : Modèle d'évaluation de Kirkpatrick 9

Figure 2 : Flow chart de l'étude..... 17

Figure 3 : Analyse des résultats du score global des participants 24

Figure 4 : Analyse des résultats de l'échelle de Likert 28

Figure 5 : Analyse réponses question 1 du questionnaire de satisfaction..... 28

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description de l'échantillon..... 23

Tableau 2 : Description des résultats significatifs 26

Tableau 3 : Description des résultats de l'analyse multivariée..... 26

I. Préambule

En tant qu'infirmière travaillant en hôpital psychiatrique depuis plus de 7 ans, le sujet de la contention physique des personnes malades mentales me touche de près et m'interpelle régulièrement.

J'ai été attirée par la psychiatrie lors de mon bachelier en soins infirmiers et ce, dès le stage effectué lors de ma dernière année d'études. Ce domaine fort stigmatisé par la population en général me poussait à me poser énormément de questions, tant par rapport à la prise en charge des personnes malades mentales, qu'à l'image que la psychiatrie renvoie au monde extérieur.

C'est tout naturellement, lorsque la question du mémoire à réaliser dans ce cursus de Master en Sciences de la Santé publique s'est posée, que je me suis tournée vers un sujet en lien avec la psychiatrie.

Une problématique me tenait particulièrement à cœur. Il s'agissait de la prise en charge lors des interventions plus complexes avec nos patients, mais surtout lors de la contention physique quand celle-ci s'avère nécessaire.

Au fil des années de pratique et de ma propre expérience, j'ai pu constater les difficultés rencontrées sur le terrain par le personnel soignant lors de ces procédures techniques spécifiques.

Mes premières lectures d'investigation m'ont confortée dans l'intérêt de cette problématique.

Par ce travail de recherche, nous voulions créer un outil permettant aux agents de se former et ainsi d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Malheureusement, cette étude avait été pensée avant la crise sanitaire de la Covid-19. Toute l'organisation et la méthodologie ont dû être remaniées vu les restrictions imposées pour lutter contre ce virus. A la base, une formation en présentiel par petits groupes avait été pensée. Elle devait être réalisée en plusieurs temps distincts. C'est ce qui aurait certainement permis de pouvoir analyser la pertinence de ce genre de formation sur le personnel soignant. Durant l'élaboration de ce travail, les formations de ce genre étaient toujours proscrites, ce qui ne nous a pas permis de mener notre projet à bien, tel que nous l'avions imaginé.

Il a donc fallu s'adapter rapidement au contexte actuel tout en gardant notre sujet d'étude car il nous tenait à cœur.

II. Introduction

2.1. Contexte et problématique

Les hôpitaux psychiatriques sont décrits par le SPF Santé Publique comme des hôpitaux qui se consacrent exclusivement à l'offre de soins aux patients nécessitant des soins psychiatriques. Ils mentionnent également que les hôpitaux généraux peuvent aussi assurer la prise en charge de ce type de patients au sein d'un service psychiatrique hospitalier.

Ces services offrent des soins psychiatriques urgents et non urgents mais assurent aussi le traitement intensif de patients présentant des troubles du comportement et de l'agressivité. L'agrément de ces hôpitaux se fait sur base de normes générales et spécifiques inscrites dans la Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins coordonnés du 10 juillet 2008 et dans l'Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 5 novembre 1987, déterminant notamment les modalités d'agrément de ceux-ci. Cet Arrêté a été modifié le 6 janvier 1992.

Le site du SPF Santé publique rappelle que ces services sont tenus de respecter la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

En ce qui concerne la Wallonie, aucune approche qualitative spécifique n'a été développée même si celle-ci reste compétente pour l'élaboration de normes complémentaires en ce y compris des normes de qualité.

Le travail d'inspection repose uniquement à ce jour sur l'évaluation d'indicateurs d'organisation avec notamment les normes en matière de personnel. L'évaluation d'indicateurs de processus se fait par exemple grâce aux inspecteurs qui vérifient si les registres de mise en isolement sont bien utilisés et complétés (1)(2).

Dans la littérature, nous avons pu constater que l'utilisation de l'isolement et de la contention physique n'est ni une pratique récente ni une pratique rare dans l'histoire de la psychiatrie. Les médecins y ont souvent eu recours à défaut de pouvoir utiliser d'autres alternatives ou d'autres moyens thérapeutiques (3)(4)(5)(6).

Une revue intégrative publiée en 2018 pointe du doigt les lacunes du personnel soignant du secteur de la santé mentale en milieu hospitalier. Les connaissances et les expériences de contention ont été analysées dans plusieurs études reprises dans cette revue (4).

2.2. Bref historique de la contention physique

Les premiers écrits traitant de l'intérêt de la contention physique dans la prise en charge des malades mentaux sont retrouvés dès l'Antiquité.

Aulus Cornelius Celsus (25 av. J.C. – 50 après J.C.), qui était un érudit, naturaliste et médecin romain, appelé aussi « l'Hippocrate latin » préconisait ce genre de mesures dans un but d'apprendre au malade à réprimer sa « folie »(7). Il disait entre-autre, qu'il fallait attacher ceux qui étaient plus agités afin de les mettre hors d'état de se nuire à eux-mêmes ou de nuire à autrui (8). Pendant bien longtemps, l'enfermement et la contention étaient utilisés afin de faire face à la « folie » et de cacher ces malades car cette pathologie était perçue comme incurable (9). Au Moyen Âge par contre, la contention était principalement utilisée de manière protectrice. Le malade était souvent sous la responsabilité de ses proches et était maintenu enchaîné au domicile (10). A cette époque, une conception mystique était de rigueur et la notion de soin peu présente. Ces croyances condamnaient le fou à subir ces symptômes envoyés par Dieu afin d'éprouver sa foi (11)(12). C'est également à cette période que vont voir le jour et que vont se développer les premiers établissements de soins hospitaliers, et ce à l'initiative des évêques puis des ordres monastiques. Ces structures accueillent tout aussi bien les voyageurs, les pauvres, les orphelins, les malades que les fous (13). A la Renaissance, la religion qui était jusque-là fort présente dans la gestion des malades mentaux fait place aux pouvoirs publics pour leur prise en charge (13)(14). Michel Foucault (philosophe français né en 1926) parle alors de « grand enfermement » pour cette époque. Il s'agissait de l'internement massif des malades mentaux, mais ceux-ci étaient mélangés avec les prisonniers et les indigents (15). L'isolement et la contention ne seront plus utilisés pour maintenir à domicile mais pour emprisonner et exclure ces personnes malades mentales. Ces personnes sont à cette période, jugées comme responsable de leur déraison et non plus comme répondant à une injonction divine. Elles doivent être enfermées afin d'assurer l'ordre social (16). Après lecture de ces différents livres et articles retraçant l'histoire de la psychiatrie, nous pouvons constater que la place des malades mentaux change à travers les siècles. Elle est influencée par la société et la signification qu'elle donne à la folie. L'aide et le traitement accordés à ces personnes n'étaient pas toujours d'ordre médical. Il aura fallu attendre fort longtemps avant de considérer la psychiatrie telle que nous la connaissons actuellement. Grâce à ces explorations, nous faisons le constat que dans la société occidentale, la politique

et la législation cherchent à minimiser ce type d'interventions restrictives, qu'il s'agisse de l'isolement du patient ou de la contention physique (4). Cependant, différentes études suggèrent que le recours à de telles pratiques continue de susciter des inquiétudes chez les soignants quand elles doivent être utilisées (4)(17). Pour exemple, dans une étude épidémiologique descriptive transversale française parue en 2013, les sentiments des soignants ont été identifiés lors de la contention d'un patient. Les principaux thèmes qui en ressortent sont de la culpabilité, une identification au patient avec un vécu d'exclusion, de l'impuissance ou encore un sentiment d'échec (18). Au cours de ma pratique professionnelle dans le milieu de la psychiatrie, j'ai pu constater que le personnel soignant parle souvent de la peur que cela suscite chez eux et du stress que cela engendre lors de chaque intervention. Ils l'expliquent régulièrement par le manque de pratique en la matière ainsi que par les craintes d'éventuelles poursuites à leur encontre. Dans le but de mieux comprendre comment il est possible d'arriver à ce genre de mesure de restriction, il est utile de se replonger du côté des lois afin de voir ce qu'il est possible ou non de faire légalement quand un patient présentant des troubles psychiatriques nécessite ce genre de contention physique. Il se peut qu'il soit dangereux pour lui-même ou pour autrui, dès lors le droit permet, sous certaines conditions, d'assurer la protection du malade mental et de la société en obligeant cette personne malade à recevoir des soins contre son gré (19)(20)(21).

2.3. La loi de mise sous protection des malades mentaux

En Belgique, depuis le 26 juin 1990, il existe une loi qui fixe des règles strictes afin d'encadrer cette obligation de soins tout en respectant les droits de la personne. Cette loi prévoit qu'un juge de paix puisse ordonner une obligation de soins psychiatriques en vertu de trois critères cumulatifs :

- La personne doit souffrir d'une maladie mentale
- La personne doit se trouver dans un état tel qu'elle représente un danger grave pour elle-même ou pour autrui
- Il n'existe aucune autre alternative pour la soigner que de recourir à des soins contraints La mesure est alors prononcée pour 40 jours mais elle peut faire l'objet d'une prolongation. Il s'agit alors d'un maintien et sa durée ne peut excéder les 2 ans (19). Cette loi était utile et a été bien accueillie par le milieu psychiatrique car elle a permis de mettre des balises là où il

n'en existait toujours pas. C'est assez édifiant et interpellant de se rendre compte que cette loi n'existe que depuis trente ans. Concernant les mesures de contention et d'isolement du patient, la loi est claire. Dans l'arrêté royal du 18 juin 1990, il est indiqué que ces mesures ne peuvent être appliquées que pour prévenir les lésions corporelles chez le patient ou chez autrui (21). Quoi qu'il en soit, la contention ne doit pas entraîner de blessures ou de dommages à l'encontre du patient. Elle doit également être mise en œuvre dans le respect des droits de l'homme et de la dignité humaine (5).

2.4. Les recommandations

Aucune directive sur la contention des patients psychiatriques n'est actuellement disponible. Cependant, il existe des recommandations qui préconisent de ne l'utiliser que dans des cas exceptionnels et qui conseillent aux médecins d'utiliser d'abord les alternatives moins restrictives. De nombreuses sources y font référence (4)(5)(6)(21)(22)(23)(24)(25)(26)(27). Ces recommandations sont mises en avant dans plusieurs documents qui orientent le personnel soignant du secteur de la psychiatrie.

Pour la Belgique, un groupe de travail sur la contention et l'isolement faisant partie de la Commission Technique de l'art infirmier a rendu un rapport sur ce sujet en octobre 2007. Y sont notamment repris les points importants de la Loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne malade mentale, de l'Arrêté royal du 18 juin 1990 relatif à la liste d'actes des praticiens de l'art infirmier ainsi que de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (21). En ce qui concerne l'Europe, il existe Le « LIVRE BLANC » du Conseil de l'Europe sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique. Il s'agit d'un groupe de travail qui a examiné notamment la question des moyens de contention physique et celle de l'isolement (22). Toutes ces ressources vont dans le même sens, à savoir que le recours à de brèves contentions physiques et à de brèves périodes d'isolement devrait être dûment proportionné aux bénéfices et aux risques entraînés (4)(21)(22). L'Arrêté royal du 18 juin 1990 est clair à ce sujet. La contention ne peut jamais être utilisée pour juste rendre la situation des praticiens de la santé plus confortable, comme par exemple pour empêcher un patient de circuler. Il s'agit là d'une privation illicite de liberté

(21). Ces ressources relèvent le fait qu'une formation spécifique en matière de contention physique devrait être dispensée au personnel soignant, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas (4)(18)(25)(27)(28)(29). Il est aussi souligné que la réponse au comportement violent d'un patient devrait être graduelle, à savoir que le personnel devrait dans un premier temps tenter d'y répondre par le dialogue. Plusieurs sources parlent de désescalade verbale, où le personnel tente d'apaiser le patient agité par la discussion (4)(22)(23)(24). Dans les différentes recommandations, il est mis en avant le fait que le recours à l'isolement et aux moyens de contentions ne devrait avoir lieu que dans des cas exceptionnels et seulement s'il n'existe aucun autre moyen de remédier à la situation (21)(22)(25). De plus, il est bien rappelé que tout recours à de telles mesures devrait se faire sur ordre direct d'un médecin ou sous le contrôle de celui-ci ou immédiatement porté à sa connaissance en vue d'obtenir son approbation (5)(21)(23).

Les raisons et la durée de ces mesures devraient faire l'objet d'une mention dans un registre approprié et dans le dossier personnel du patient (22)(30).

2.5. Les risques de la contention

Pour comprendre les risques encourus par de telles pratiques, il faut déjà définir ce que l'on entend par « contention physique ». Un accord international a tenté de l'expliquer en la décrivant comme : « Toute action ou procédure qui empêche le libre mouvement du corps d'une personne vers une position de choix et / ou un accès normal à son corps par l'utilisation de toute méthode, attachée ou adjacente au corps d'une personne qu'elle ne peut ni contrôler ni enlever facilement » (4)(31).

Des constatations ont été faites et montrent que des blessures graves voir même la mort peuvent être causées par ces contraintes physiques (5)(20).

Une étude de contrôle de cas parue début 2020 signale que bien qu'il s'agisse d'un problème important de vie ou de mort, il y a peu de recherches ou de rapports concernant les complications médicales subies par les patients à cause de la contention physique (25). Différentes sources révèlent que ces complications sont généralement dues à une thrombose veineuse profonde entraînant des embolies pulmonaires à la suite d'une immobilisation prolongée (5)(20)(25)(32).

Une étude faite à Hong Kong entre 2010 et 2014 dans un hôpital psychiatrique a rapporté quatre cas mortels dus à une embolie pulmonaire. Tous avaient été contentonnés peu de temps avant. Ces faits ont été confirmés par une autopsie (33).

Une revue systématique publiée en 2019 qui s'intéressait aux dommages physiques liés aux mesures de contention constate que 14 études évoquent un arrêt cardiaque par compression thoracique et 9 études relatent un arrêt cardiaque par étranglement (34).

Des blessures directes peuvent aussi apparaître. Elles sont dues en général à l'action des sangles mal fixées, ce qui peut entraîner des abrasions, des ecchymoses, des hématomes,... (5). Des traumatismes tels que des fractures de membres, des entorses ou des dislocations d'articulations peuvent aussi survenir par la mauvaise utilisation des sangles de contention (32).

Une autre revue systématique faite en Suisse estime que d'un point de vue psychologique, l'incidence du stress post traumatique après des mesures de contention physique varie de 25% à 47%. Ce phénomène est surtout constaté chez des patients ayant eu des expériences traumatiques antérieures (26).

2.6. Les attentes

Les recommandations (21)(22) et les études déjà faites dans ce domaine montrent la réelle nécessité de suivre une formation axée sur les différents aspects en rapport avec la contention physique(4)(28)(29)(35)(36).

Une revue intégrative publiée en 2018 pointe du doigt les lacunes du personnel soignant du secteur de la santé mentale en milieu hospitalier. Les connaissances et les expériences de contention ont été analysées dans plusieurs études reprises dans cette revue (4).

Afin de faire face à ces lacunes, des lignes directrices ou des directives devraient être mises en place de façon plus complète et systématique afin de guider les praticiens de la santé dans ces actes complexes (5)(20)(36).

Plusieurs études suggèrent que la formation aux techniques de contention physique peut réduire le nombre et la gravité des incidents violents et les blessures liées à ces actes (28)(37)(38).

Il est fait état de la nécessité d'établir des protocoles afin de garantir la sécurité des patients (21)(23)(36).

2.7. La formation en milieu professionnel

Dans de nombreux domaines professionnels, des questions se posent par rapport aux compétences des agents et de l'efficacité des formations. Les entreprises dépensent des budgets importants pour celles-ci et doivent justifier des bénéfices susceptibles d'être engrangés. Elles attendent un genre de retour sur investissement.

Dans l'étude de Devos et Dumay, les résultats montrent que le transfert des apprentissages sur le terrain reste très faible. Pourtant, il s'agit d'un objectif essentiel de la formation qui consiste à ce que les savoirs acquis soient utilisés dans le milieu du travail (39).

L'article scientifique de F-M Gerard revient sur la nécessité de l'évaluation de la qualité des formations en milieu professionnel mais pointe du doigt les difficultés rencontrées dans ce domaine (40).

Cette étude montre que le recours à des questionnaires de satisfaction a tout son sens dans le but d'évaluer la formation.

L'évaluation de l'efficacité des actions de formation peut se décomposer en trois niveaux :

- L'évaluation des acquis, l'évaluation pédagogique : les objectifs ont-ils été atteints ?
- Le transfert : les acquis sont-ils appliqués sur le terrain après la formation ?
- L'impact de la formation : les acquis de la formation permettent-ils d'atteindre certains résultats sur le terrain ? (40)

La littérature montre qu'il existe de nombreuses manières d'évaluer les compétences des soignants. Par exemple, dans le «Guide pédagogique pour le personnel de santé», Guilbert définissait la validité, la fiabilité, l'objectivité et la concordance comme critères principaux de qualité d'un instrument de mesure éducatif (41).

Un des outils bien connu et régulièrement utilisé comme méthode d'évaluation est le Questionnaire à Choix Multiples (QCM). Il peut s'appliquer tant pour une évaluation de formation en présentiel que pour un apprentissage en *e-learning*. L'avantage du QCM est qu'il est simple d'utilisation et permet une évaluation rapide et précise des connaissances de l'apprenant. L'inconvénient majeur est la place laissée au hasard. L'apprenant peut donner la bonne réponse sans forcément la connaître. Pour lutter contre ce phénomène, il est utile d'adjoindre des mesures telles que le fait de donner des points négatifs en cas de réponse

incorrecte ou encore de demander pour chaque question, le degré de certitude par rapport à la réponse donnée (42). Une méthode fréquemment utilisée à cette fin est l'échelle de Likert (43).

Une autre méthode plus basée sur des chiffres permet de calculer les bénéfices potentiels d'une formation. Elle consiste à calculer la notion de gain. Il existe deux types de gain :

- Le gain brut moyen qui correspond à ce qui a été réellement gagné. Pour le calculer, il faut faire la différence entre le score moyen obtenu après la formation et le score moyen avant d'avoir suivi la formation.
- Le gain relatif moyen qui correspond au rapport entre ce qui a été gagné et ce qui aurait pu être gagné. Ce gain s'exprime en pourcentage. L'effet d'apprentissage est considéré comme positif quand il atteint des valeurs supérieures à 30 ou 40% (40).

Dans le milieu de la santé, le modèle de Kirkpatrick est fréquemment utilisé pour estimer les effets d'une formation (44). Cette approche décrit 4 niveaux de résultats selon lesquels une formation peut être évaluée.

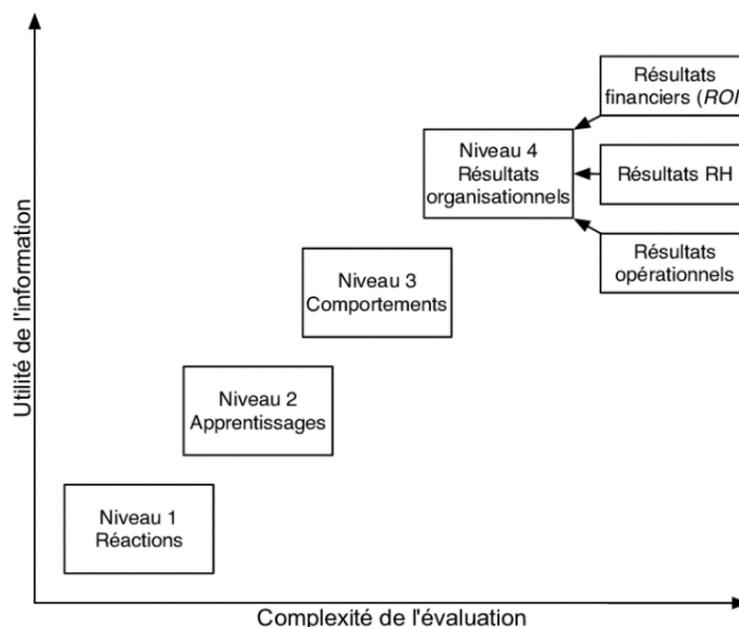


Figure 1 : Modèle d'évaluation de Kirkpatrick

Le premier niveau se consacre à l'évaluation de la satisfaction des participants par rapport à la formation.

Le deuxième niveau est axé sur l'évaluation des apprentissages. C'est dans cette partie que les connaissances développées par les participants sont analysées.

Le troisième niveau est basé sur le comportement où la mise en application des connaissances et des méthodes acquises des participants est évaluée.

Le quatrième niveau est l'évaluation des effets sur la performance de l'organisation et l'estimation de la valeur ajoutée liée aux changements de comportements sur le lieu de travail (44).

2.8. E-learning

La méthode de *e-learning* a commencé à se développer dans le milieu des années 1990. Ce phénomène est lié à la montée en puissance d'Internet (45). Cette méthodologie peut prendre différentes formes telles que des vidéos mises en lignes, des textes à lire, des photos explicatives, etc. Un des avantages majeurs lié à cette pratique réside dans la possibilité pour l'apprenant de suivre la formation au moment où il le souhaite et dans l'environnement qui lui convient le mieux. Il est à noter que ce type d'enseignement comporte également des inconvénients qui peuvent représenter des freins pour certaines personnes en quête d'apprentissage. Les principales raisons évoquées sont le sentiment de solitude par rapport aux formations en présentiel, le manque de compétences en informatique qui peut entraîner une sous-utilisation des moyens d'apprentissages ou encore les techniques pédagogiques qui sont utilisées dans le *e-learning* (46).

Une autre approche appelée *blended learning* pourrait être une solution face à ce problème. Ce terme est tiré de l'anglais et signifie « apprentissage mixte » car il allie le virtuel et le présentiel. En effet, cette méthode consiste à faire un apprentissage combinant les formations en présentiel et l'enseignement en ligne, à distance. Dans une étude de Marchalot et al., de meilleurs résultats ont été relevés dans les évaluations lorsque les participants ont eu recours à du *blended learning* comparativement à un apprentissage traditionnel, juste en présentiel (47).

Nous avons pu constater que les conclusions des différentes recherches que nous avons faites sur l'*e-learning* sont parfois divergentes. Par exemple, les résultats d'une étude parue en 2014 ont montrés que les étudiants qui étaient soumis à une formation en *e-learning* étaient plus à même d'appliquer les connaissances acquises dans leur pratique professionnelle et ainsi améliorer leur comportement au quotidien (48). Par contre, selon Sinclair et al. (2016), l'impact en termes d'efficacité du *e-learning* sur le comportement des apprenants n'a pas encore pu être prouvé significativement (45).

Dans une revue systématique sur l'apprentissage en ligne pour les professionnels de la santé, les faits démontrent que de meilleurs résultats pourraient être obtenus par un apprentissage en ligne dans certains domaines, notamment dans le milieu médical (49). Ces constatations pourraient s'expliquer par les spécificités de ces professions. Il est vrai que les horaires variables en système de pauses et la charge de travail conséquente peuvent s'avérer contraignantes pour un programme d'apprentissage traditionnel en présentiel (50)(51).

2.9. Lien avec la finalité gestion des institutions de soins

Les gestionnaires responsables de la gestion des établissements de soins ont en charge la qualité des soins. Ce travail a pour but d'améliorer la qualité des techniques de contention afin de diminuer les risques d'accident tant pour le patient que pour le personnel soignant.

Nous pensons que du personnel mieux formé pourra mieux gérer les situations d'urgence et les patients agressifs. Il se sentira certainement moins stressé et cela aura un impact également au niveau de l'absentéisme. Nous voulons aussi permettre la diminution du risque de blessure pour les patients grâce au bon usage de ces contentions.

L'idéal serait qu'à terme, cette formation intègre le passeport formation de tout nouvel agent dans le but qu'elle soit donnée le plus rapidement possible après son entrée en service.

Ce passeport existant au sein du groupe ISO SL, reprend déjà toute une série de formations de base que le nouvel engagé doit suivre dans un laps de temps déterminé.

Nos attentes concernant ce travail seraient que cette formation améliore de façon significative la qualité des soins, la prise en charge des patients, les connaissances et le bien-être des travailleurs. Nous rejoignons ici le quatrième niveau du modèle d'évaluation de Kirkpatrick, lié aux résultats organisationnels. Ceux-ci sous-entendent les résultats financiers, les résultats RH et les résultats opérationnels (44).

3. Objectif et hypothèses

A ce jour, aucune étude évaluant l'impact d'une formation sur la contention physique d'un patient psychiatrique n'a été réalisée au sein du groupe ISoSL. L'objectif principal de cette étude était donc de voir les effets de ce genre de formation sur les compétences et les connaissances des membres du personnel soignant d'ISoSL secteur A santé mentale.

Une des hypothèses était qu'une formation spécifique relative à la contention physique d'un patient améliore statistiquement les connaissances théoriques et pratiques du personnel soignant.

Une autre hypothèse émise était que la formation rassure les agents présents sur le terrain, sur l'usage de la contention physique, tant d'un point de vue légal qu'éthique.

Et enfin, une hypothèse était que les résultats obtenus lors de l'évaluation faite deux mois après la formation sont similaires à ceux obtenus à la suite directe de celle-ci.

4. Matériel et méthode

4.1. Type d'étude

Ce qui était prévu dans notre protocole de recherche, avant la crise Covid-19 :

Dans le cadre de ce travail, une approche expérimentale devait être adoptée. En effet, l'étude initialement prévue consistait en la mise en place d'une formation spécifique et l'évaluation de son utilité auprès de la population étudiée. Il s'agissait d'une étude pré-expérimentale car il n'y avait pas de groupe contrôle. Ce choix d'étude avait été fait dans le but de pouvoir analyser les effets de la formation sur tous les sujets. L'évaluation devait se faire en trois temps distincts. Une phase de pré-intervention, autrement dit, avant toute formation puis une phase post-intervention qui se serait déroulée directement à la suite de celle-ci et enfin une phase follow-up qui devait se faire à distance de la formation. Nous avons estimé que cette dernière phase aurait été intéressante à réaliser trois mois après la formation.

Adaptations de l'étude face à la crise Covid-19 :

L'approche est restée la même. Il s'agit d'une étude pré-expérimentale.

La formation n'a malheureusement pas pu se faire en présentiel vu la crise sanitaire. Nous avons alors opté pour un *e-learning*. L'étude se déroule en plusieurs temps comme nous l'avions prévu lors de l'élaboration du protocole de recherche.

La recherche s'appuie sur un raisonnement de type déductif puisque l'étude part d'hypothèses émises pour être observées et analysées. Celles-ci seront ensuite affirmées ou infirmées.

L'approche est de type quantitatif. Elle permet à l'aide d'un questionnaire de quantifier la qualité de la formation donnée aux nouveaux agents.

4.2. Population étudiée

La population cible est composée de différents professionnels de la santé mentale travaillant en psychiatrie au sein du secteur A d'ISoSL Liège. ISoSL est une Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège. Elle est organisée en 3 secteurs d'activités :

- Secteur A : établissements et services de soins relevant de la psychiatrie
- Secteur B : établissements hospitaliers relevant de la gériatrie, de la psychogériatrie, de la revalidation et des soins palliatifs
- Secteur C : établissements d'accueil et services pour personnes âgées

Font partie de ces acteurs de la santé mentale :

- Des infirmiers
- Des éducateurs
- Des aides-soignants

La population accessible est composée de personnes faisant partie des différentes salles de psychiatrie d'ISoSL réparties sur les sites du « Petit Bourgogne » et « Agora ».

4.3. Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste de commodité. Il s'est réalisé par facilité d'accès aux personnes concernées.

Celui-ci a été réalisé grâce à l'aide des différents chefs de salle et de service ainsi que des responsables des ressources humaines afin de pouvoir cibler les nouveaux engagés.

La taille de l'échantillon a été influencée par les différents facteurs faisant partie des critères d'inclusion et d'exclusion.

4.4. Critères d'inclusion

- Faire partie des membres du personnel d'une salle implantée sur un des deux sites cités précédemment.
- Être présent lors des différents temps de l'étude.
- Avoir été engagé assez récemment.
- Avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé.

4.5. Critères d'exclusion

- Avoir déjà suivi une formation en contention.
- Avoir une formation en relation avec le droit car il pourrait y avoir un biais lié aux connaissances en matière de loi.

4.6. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Un des paramètres étudié s'est basé sur le deuxième niveau du modèle de Kirkpatrick. Il s'agit des connaissances et habilités acquises par les apprenants grâce à cette formation. Pour ce faire, nous nous sommes concentrés sur les savoirs, savoir-faire et savoir-être des participants, le but étant de les évaluer sur différents temps.

Nous avons étudié ces savoirs à l'aide d'un questionnaire QCM (annexe 2) reprenant des points relatifs à du savoir pur, à des techniques et à des comportements en lien avec cette

pratique. Ce même questionnaire a été utilisé comme moyen de collecte de données lors des 3 temps de l'étude. Le contenu était identique en tout point, seul l'ordre des questions a été modifié afin de ne pas induire un phénomène d'apprentissage et de mémorisation.

Cette procédure a été décidée dans le but de pouvoir suivre les éventuelles progressions des agents. Grâce à cette méthode, il était possible de mesurer les différents scores à chaque étape de l'étude et de voir ainsi les gains potentiels.

Suite à nos différentes investigations, ce questionnaire relatif à la contention physique en milieu psychiatrique a été créé par notre équipe de recherche car aucun modèle n'existait à notre connaissance. Ce questionnaire a été rédigé à l'aide de monsieur Hervé Bertrand, expert en la matière et responsable de la formation CAMP (Contrôle Agressivité par la Maîtrise Physique) au sein du groupe ISoSL et du Docteur Lebas, médecin psychiatre au sein de cette même institution. Nous nous sommes basés sur des conseils pour la création d'un QCM repris dans une revue destinée à l'enseignement et à l'apprentissage à l'université (42).

Le questionnaire comporte 25 questions en lien avec les connaissances théoriques, la législation, la pratique et les comportements à adopter lors d'une intervention sur le terrain. Trois propositions de réponses étaient faites. Un indice de certitude à 4 modalités (tout à fait sûr, presque sûr, peu sûr, pas du tout sûr) était demandé en dessous de chaque question.

Un autre questionnaire a été présenté à chaque participant afin de recueillir ses données socio-démographiques. Ces informations reprennent des informations telles que l'âge, le sexe, le diplôme, la fonction et l'ancienneté. Celles-ci sont utiles pour effectuer les différentes analyses de cette étude et pouvoir en retirer d'éventuelles conclusions.

Le premier niveau du modèle de Kirkpatrick a également été développé. Il concerne l'évaluation de la satisfaction des participants par rapport à la formation. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de l'article de François-Marie Gerard concernant l'évaluation de l'efficacité d'une formation (40) et nous avons adapté un questionnaire de satisfaction (annexe 3) reprenant 8 questions.

4.7. Pré-test de l'outil de collecte des données

Le questionnaire a été relu par trois membres du personnel d'ISoSL actifs sur le terrain de la psychiatrie depuis de nombreuses années afin de vérifier la clarté des questions, la cohérence de celles-ci et de détecter les erreurs de formulation.

4.8. Organisation et planification de la collecte des données

Le formulaire d'information et de consentement est remis à l'agent. Une fois que le formulaire de consentement éclairé est signé (annexe 1) par celui-ci et qu'il a pu poser ses éventuelles questions, le candidat reçoit le premier questionnaire (annexe 2) en version papier sous forme de QCM (première phase). S'il refuse de participer, il est alors automatiquement exclu de l'étude.

Il reçoit également un questionnaire concernant ses données personnelles. Il ne remplira celui-ci qu'une seule fois. Un numéro lui aura été attribué pour les phases suivantes afin de garantir son anonymat.

Quelques jours après, l'agent a accès à la formation *e-learning* sur l'intranet de l'institution. Directement après avoir suivi le module, il répond au même questionnaire (deuxième phase). Celui-ci a été modifié dans l'ordre de présentation des questions afin de ne pas fausser les résultats par un phénomène de répétition et d'apprentissage. Il répond également au questionnaire de satisfaction (annexe 3) afin de pouvoir évaluer son ressenti par rapport à la qualité de la formation et à ce qu'il pense avoir appris.

Environ 8 semaines après la formation *e-learning*, le candidat doit à nouveau répondre aux mêmes questions (troisième phase). Il n'a plus eu accès entre-temps au module de formation dans le but de voir ce qu'il aura retenu à plus ou moins long terme, sans rappel de la matière.

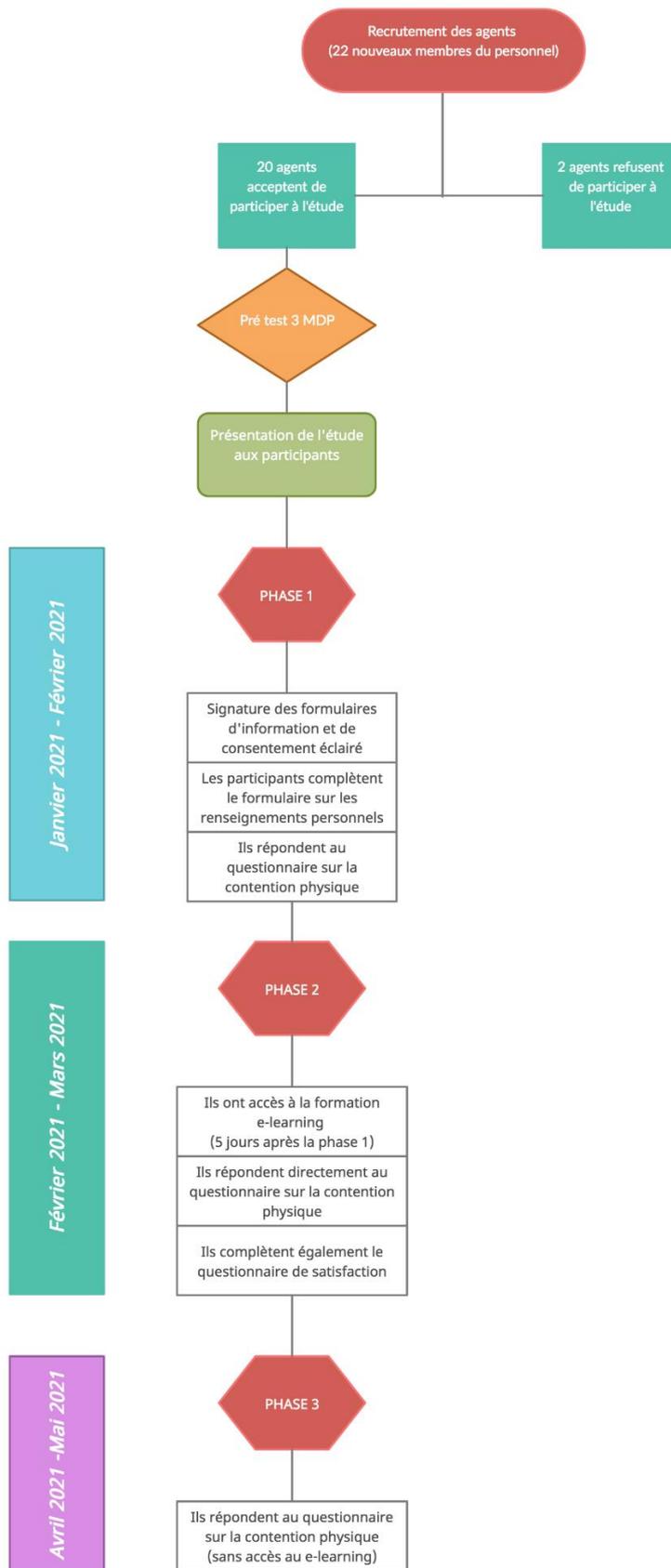


Figure 2 : Flow chart de l'étude

4.9. Outils de traitement des données et plan d'analyse

Les données collectées à l'aide des différents questionnaires ont été traitées confidentiellement. Elles ont été encodées au fur et à mesure dans le logiciel Excel. Un code book reprenait leur forme codée. Le traitement des données, d'un point de vue statistique, a été réalisé via le logiciel R (Rcmdr version 4.1.0).

Les résultats de cette étude ont été déclarés significatifs dès lors que la p-valeur était inférieure au niveau d'incertitude de 5% ($p < 0,05$).

Une analyse descriptive des variables a été réalisée. Les variables qualitatives ont été transformées en facteurs et résumées sous forme de nombres (n) et de fréquences (%). Les variables quantitatives suivant une distribution normale ont été exprimées sous forme de moyenne et d'écart-type (SD). Les variables quantitatives ne suivant pas une distribution normale ont été énoncées sous forme de médiane et d'écart-interquartile (P25-P75).

La normalité a été investiguée en comparant la moyenne et la médiane et via le test statistique de Shapiro-Wilk. Elle a été vérifiée graphiquement à l'aide de l'histogramme, du graphique quantile-quantile et de la boîte de dispersion.

Les moyennes des différents scores (%) ont été analysées et comparées.

Les effets de la formation ont été mesurés en comparant les médianes des différents scores de la phase 1, phase 2 et phase 3. Vu que les variables ne suivaient pas une loi normale, un test de Friedman pour échantillon apparié a été appliqué.

Une analyse statistique a également été appliquée afin de réaliser des comparaisons multiples deux à deux. Les variables concernées ne suivant pas une loi normale, un test de Kruskal-Wallis a été réalisé.

Plusieurs régressions linéaires univariées ont été réalisées afin de tester les données des variables socio-démographiques (âge, sexe, diplôme, fonction et ancienneté) par rapport aux

différents résultats obtenus. Une des variables donnait des résultats statistiquement significatifs. L'investigation s'est alors prolongée par un modèle multivarié.

Le calcul des gains bruts a été obtenu grâce à ces formules :

- *Score moyen après (P2) - Score moyen avant (P1)*
- *Score moyen après (P3) - Score moyen avant (P1)*
- *Score moyen après (P3) - Score moyen avant (P2)*

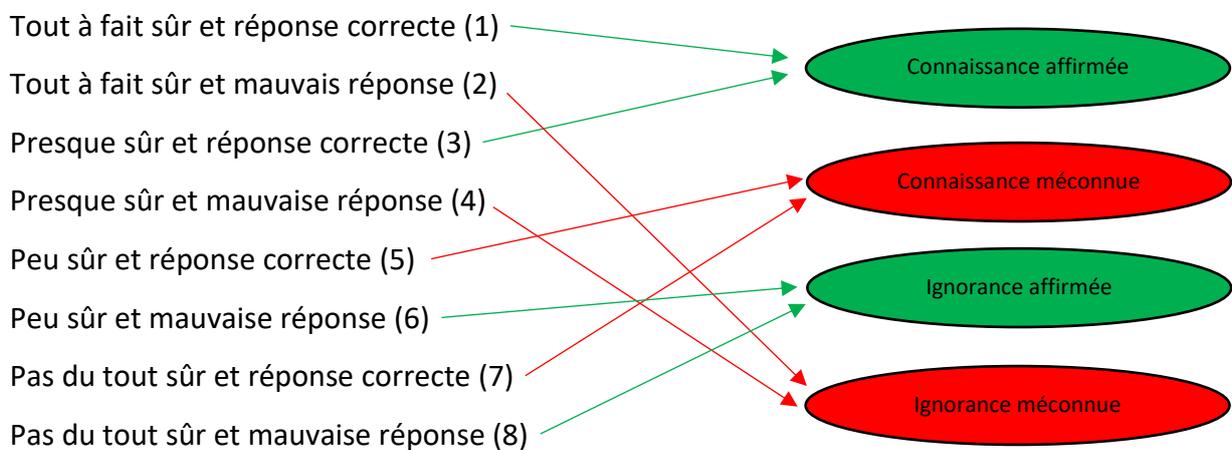
Le calcul des gains relatifs moyens a été analysé à l'aide de ces formules :

$$\frac{\text{Score après (P2)} - \text{Score avant (P1)}}{\text{Score maximum} - \text{Score avant (P1)}} \times 100$$

$$\frac{\text{Score après (P3)} - \text{Score avant (P1)}}{\text{Score maximum} - \text{Score avant (P1)}} \times 100$$

$$\frac{\text{Score après (P3)} - \text{Score avant (P2)}}{\text{Score maximum} - \text{Score avant (P2)}} \times 100$$

Afin d'analyser les réponses aux questionnaires, une méthodologie d'évaluation a été réalisée en relation avec les différents degrés de certitude de l'échelle de Likert.



4.10. Contrôles de qualité

Un contrôle de qualité a eu lieu à différents moments de l'étude.

Lors de la collecte des données, il a pour but de vérifier que les questionnaires ont été dûment complétés.

Lors de l'encodage des données afin de repérer les éventuelles erreurs d'encodage et de retranscription des données. Une relecture systématique a été réalisée par un membre de l'équipe de recherche après chaque encodage de réponses aux questionnaires.

Lors du traitement des données, un contrôle a été effectué afin de repérer les éventuelles valeurs aberrantes. A cette fin, plusieurs méthodes ont été utilisées :

- Des statistiques descriptives des différentes variables avec une table de fréquence pour les variables qualitatives et moyenne, médiane et écart-type pour les variables quantitatives.
- Des graphiques tels que les diagrammes en barre pour les variables qualitatives et les histogrammes pour les valeurs quantitatives.

4.11. Composition de l'équipe de recherche

Sabrina EDREI : Promotrice, cheffe de service au sein du groupe ISoSL sur le site de l'hôpital du « Petit Bourgogne ».

Maud LEBAS : Co-promotrice, Docteur en psychiatrie, travaillant au sein du groupe ISoSL sur le site de l'hôpital du « Petit Bourgogne ».

Hervé BERTRAND : Expert scientifique, chef de salle des Bleuets 22 au sein du groupe ISoSL sur le site de l'hôpital du « Petit Bourgogne », formateur CAMP (Contrôle Agressivité par la Maîtrise Physique).

Lucie CASSART : Educatrice au sein du groupe ISoSL sur le site de l'hôpital du « Petit Bourgogne », formateur CAMP (Contrôle Agressivité par la Maîtrise Physique).

Cindy MUNIKEN : Investigatrice principale, étudiante en Master 2 en Sciences de la Santé Publique à finalité gestion des institutions de soins à l'Université de Liège, infirmière au sein du groupe ISO SL sur le site de l'hôpital du « Petit Bourgogne ».

4.12. Origine du financement

Cette étude n'a nécessité aucun financement.

4.13. Aspects réglementaires

Comité éthique

Une demande d'avis a été effectuée auprès du Collège restreint des Enseignants (annexe 5). Il a été décidé qu'il n'était pas nécessaire de faire appel au Comité d'Éthique dans le cadre de ce mémoire (annexe 6).

Vie privée et protection des données

L'ensemble des données récoltées dans le cadre de cette étude ont été recueillies via des questionnaires version papier. Les données à caractère personnel ont été traitées conformément à la réglementation en vigueur du RGPD. Dès leur réception, les données ont été encodées dans un fichier Excel. Chaque agent a été désigné par un numéro d'identification afin de garantir l'anonymat. Ces données ont été stockées de manière sécurisée via un cryptage des données de type blowfish avec une clé de 64 bits sur server cloud.

Les questionnaires ont été conservés le temps de l'étude dans une armoire sous clé.

Les données à caractère personnel sont gardées jusqu'à la fin de cette étude puis elles seront détruites. Celles-ci n'ont été utilisées que par les membres de l'équipe de recherche dans le cadre de ce travail.

Information et consentement

Un formulaire d'information et de consentement a été réalisé (annexe 1). Il a été remis à chaque participant potentiel avant le début de la première phase de l'étude.

L'obtention du consentement éclairé de ceux-ci était tributaire de leur inclusion dans l'étude. Chaque participant conserve une copie du formulaire d'information et de consentement

éclairé. Ils peuvent à tout moment et sans justification, se retirer du projet. Ils sont dès lors exclus définitivement de l'étude.

Assurance

Cette étude est automatiquement couverte par l'assurance responsabilité civile du département de la Santé Publique de l'Université de Liège.

5. Résultats

5.1. Description de l'échantillon

Au total, 20 agents ont participé à cette étude. A la base, 22 personnes avaient été sélectionnées suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion. Cet échantillon représente donc la totalité des agents nouvellement recrutés au sein d'ISoSL secteur A Santé mentale.

Seules 2 personnes ont refusé d'y participer. Tous les autres participants ont terminé les différentes phases prévues pour cette étude.

Le taux de participation est de 91% par rapport à l'échantillon retenu.

Il y avait 7 hommes et 13 femmes. La médiane d'âge des participants était de 25,5 ans (21-30).

En ce qui concerne les fonctions, il y avait 4 aides-soignants (20%), 3 éducateurs (15%) et 13 infirmiers (65%).

Pour les infirmiers, concernant le niveau de diplôme, il y en avait 3 qui possédaient le niveau de bachelier dont 2 avec spécialisation en santé mentale et psychiatrie. Les 10 autres étaient de niveau brevet.

Les éducateurs étaient tous de niveau bachelier et les aides-soignants de niveau brevet.

La médiane pour l'ancienneté au sein de l'institution était de 7 mois (2-18).

Tableau 1 : Description de l'échantillon

sexe	age	ancienneté	fonction	diplôme	spécialisation
F:13	Min. :21.00	Min. : 2.0	Aide-soig: 4	A1: 6	Non:18
M: 7	1st Qu.:23.00	1st Qu.: 4.0	Educ : 3	A2:14	Oui: 2
	Median :25.50	Median : 7.0	Infi :13		
	Mean :25.15	Mean : 7.9			
	3rd Qu.:27.00	3rd Qu.:11.0			
	Max. :30.00	Max. :18.0			

Le questionnaire a été complété par chacun des 20 participants, et ce pour les 3 phases. Les réponses à ces questionnaires sont reprises en annexe 4.

5.2. Analyse de l'effet d'un e-learning sur les connaissances des agents

Le système de formation *e-learning* créé permettait au personnel de revoir les différentes facettes de la contention physique. Une partie était consacrée à de la théorie d'un point de vue législatif concernant cette pratique. Une autre passait en revue, à l'aide de photos, tout le matériel nécessaire à la réalisation de cet acte. Et enfin, d'autres photos et vidéos montraient les gestes à poser lors des manipulations sur le patient.

Nous avons analysé les résultats selon différents scores afin de mettre en évidence les différents savoirs, et ce sur 3 temps distincts.

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour chacun des scores.

Nous avons commencé par l'étude d'un point de vue global grâce aux réponses aux questions de la totalité du questionnaire, soit 25 questions.

Lors de la phase 1, la moyenne du score global était de 54,4%. Cette moyenne est passée à 95,6% en phase 2 et était à 94,2% en phase 3.

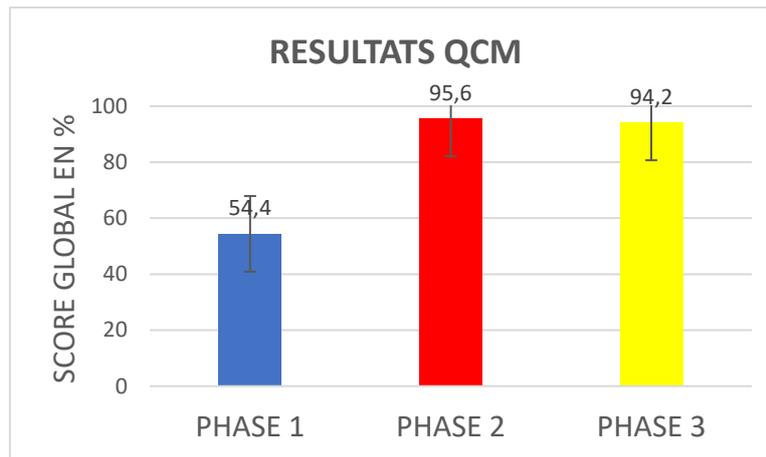


Figure 3 : Analyse des résultats du score global des participants

Nous avons ensuite évalué les savoirs en répartissant les questions afin d'évaluer plus distinctement le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des agents et ce, toujours lors des 3 phases de l'étude.

Le savoir a été analysé à l'aide de 12 questions. Les résultats nous ont donné une moyenne de 55,83% à la phase 1, de 96,66% à la phase 2 et de 93,75% à la phase 3.

Le savoir-faire a été évalué grâce à 11 questions. La moyenne lors de la phase 1 était de 58,16% et de 95% tant pour la phase 2 que la phase 3.

Et enfin, le savoir-être a pu être estimé grâce à 2 questions. La moyenne était de 25% à la phase 1 et de 92,5% pour les phases 2 et 3.

Après avoir effectué les vérifications des conditions d'application, une comparaison des différentes médianes a été réalisée. Ces variables ne suivant pas une loi normale, nous avons donc utilisé le test de Friedman, test non paramétrique pour échantillons appariés.

Les résultats étaient statistiquement significatifs avec une p-valeur égale à 0,00000008386 pour le score global de la phase 1 et <0,0001 pour le score global des phases 2 et 3.

Grâce à ces p-valeurs, nous avons pu conclure qu'il existe une différence significative entre les scores globaux avant la formation et ceux à post-formation ainsi que ceux à post-formation à 2 mois.

Une analyse statistique a également été appliquée afin de réaliser des comparaisons multiples deux à deux. Les variables concernées ne suivant pas une loi normale, un test de Kruskal-Wallis a été réalisé.

D'après celui-ci, une différence significative entre le score global de la phase 1 et le score global de la phase 2 a été démontrée ($p < 0,0001$). La comparaison entre le score global de la phase 1 et le score global de la phase 3 s'est révélée également significative ($p < 0,0001$).

Par contre, il n'y a pas eu de différence significative entre le score global de la phase 2 et le score global de la phase 3 ($p = 0,4034$). Grâce à ces résultats, nous avons pu en conclure que les candidats ont amélioré leur score global lors de la phase 2 et 3 par rapport à la phase 1 mais qu'ils n'ont pas eu d'amélioration significative entre la phase 2 et 3.

Ensuite, nous avons voulu analyser les différentes variables socio-démographiques (âge, sexe, diplôme, fonction et ancienneté) pour voir si celles-ci avaient une influence sur le taux de réussite global et ce, pour chacune des 3 phases.

Des régressions linéaires ont été réalisées pour chacune de ces variables. Les résultats étaient statistiquement significatifs seulement pour la variable fonction.

Nous avons pu constater que le score global lors de la phase 1 augmente de 39,67 fois lorsque le répondant est un éducateur par rapport à lorsqu'il est un aide-soignant. Ce score augmente également de 57,62 fois lorsque le répondant est un infirmier par rapport à quand c'est un aide-soignant. Une différence a été observée pour les phases 2 et 3 également mais dans une moindre mesure (voir résultats tableau 2).

Tableau 2 : Description des résultats significatifs

Phase 1 :

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	11.000	9.883	1.113	0.2812
Fct_factor[T.educateur]	39.667	15.096	2.628	0.0176 *
Fct_factor[T.infirmier]	57.615	11.302	5.098	0.0000893 ***

Phase 2 :

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	78.000	3.789	20.588	1.86e-13 ***
Fct_factor[T.educateur]	22.000	5.787	3.802	0.00143 **
Fct_factor[T.infirmier]	22.000	4.332	5.078	9.31e-05 ***

Phase 3 :

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)	
(Intercept)	78.000	4.007	19.467	4.65e-13	***
Fct_factor[T.educateur]	22.000	6.120	3.595	0.002235	**
Fct_factor[T.infirmier]	19.846	4.582	4.331	0.000453	***

Nous avons continué les investigations à l'aide de régressions multiples.

L'analyse multivariée (tableau 3) a tenté d'expliquer le taux de réussite du score global en phase 1, 2 et 3 en fonction de l'âge, de l'ancienneté, du diplôme, de la fonction et du sexe.

La p-valeur de la régression multiple pour la phase 1 s'élevait à 0,0007, ce qui indiquait qu'au moins une variable était significativement associée à la variable de score global. La variable fonction était hautement significative avec une p-valeur < 0,0001. Les autres variables ne montraient pas de différence significative. Le coefficient de détermination R² ajusté était de 0,66. Ce qui indiquait que le modèle pouvait prédire 66% des cas.

Pour la phase 2, les constatations étaient identiques avec une p-valeur à 0,025 pour la régression multiple. La variable fonction était la seule variable significative avec une p-valeur < 0,0001. Le coefficient R² ajusté était de 0,41.

Et enfin, pour la phase 3, la p-valeur de la régression multiple était de 0,058. La variable fonction était toujours la seule significative avec une p-valeur de 0,014. Le R² était de 0,32.

Tableau 3 : Description des résultats de l'analyse multivariée

PARAMÈTRES	Phase 1		Phase 2		Phase 3	
	COEFFICIENT±SE	P-VALUE	COEFFICIENT±SE	P-VALUE	COEFFICIENT±SE	P-VALUE
Age	0,41 ± 0,40	0,31	-0,11 ± 0,20	0,60	-0,006 ± 0,21	0,97
Ancienneté	-0,22 ± 0,22	0,33	0,06 ± 0,11	0,62	0,08 ± 0,12	0,47
Diplôme						
A1	_____		_____		_____	
A2	-5,58 ± 2,12	0,19	-1,36 ± 1,08	0,23	-1,62 ± 1,14	0,18
Fonction						
Infirmier	_____		_____		_____	
Educateur	_____		_____		_____	
Aide-soignant	-6,27 ± 1,35	<0,0001	-2,40 ± 0,70	<0,0001	-2,02 ± 0,72	0,014
Sexe						
Homme	_____		_____		_____	
Femme	-1,65 ± 2,25	0,48	-0,33 ± 1,14	0,78	-0,26 ± 1,20	0,83

5.3. Calcul des gains bruts et des gains relatifs moyens

Le gain brut était de :

- 10,3 entre la phase 2 et la phase 1
- 9,95 entre la phase 3 et la phase 1
- -0,35 entre la phase 2 et la phase 3

Le gain relatif moyen a été calculé sur base des moyennes des différents résultats obtenus lors des évaluations.

Pour la différence entre la phase 2 et la phase 1, il s'élevait à 46,2 %. En se référant à la littérature (40), nous pouvons en conclure que l'effet d'apprentissage est positif car il est supérieur à 30 ou 40 %.

Pour la différence entre la phase 3 et la phase 1, le gain relatif moyen était de 44%. A ce stade, l'effet d'apprentissage est également positif.

En ce qui concerne la différence entre la phase 3 et la phase 2, le gain relatif moyen était nul.

5.4. Analyse des résultats de l'échelle de Likert

Une échelle de Likert était présentée pour chaque réponse au questionnaire afin d'évaluer le degré de certitude des participants. Ces réponses ont été analysées individuellement. Le questionnaire comporte 25 questions et 20 agents ont participé à cette étude, ce qui donne un total de 500 items analysés pour chaque phase de l'étude. Chaque réponse a été analysée grâce à une codification des différentes solutions possibles. Ces résultats se trouvent dans la Figure 4.

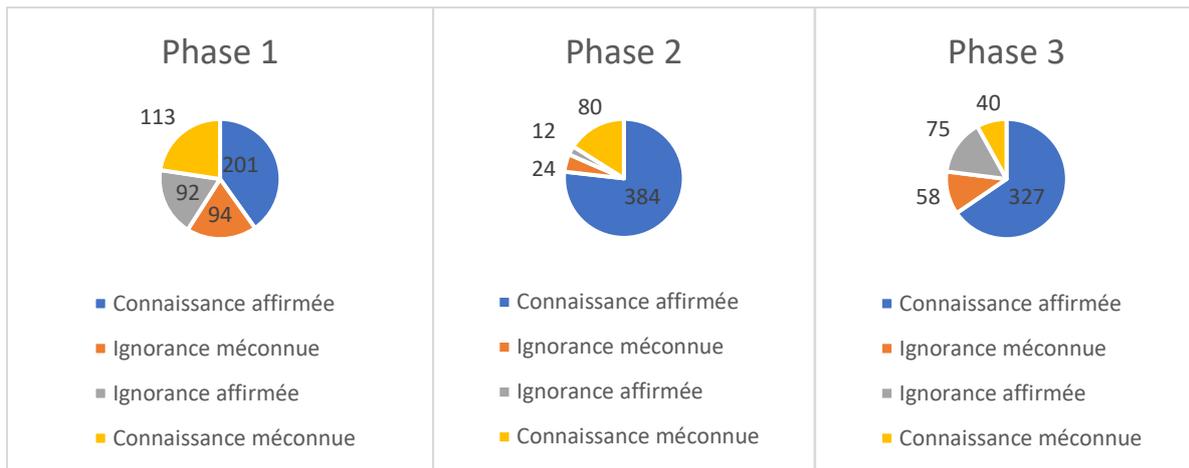


Figure 4 : Analyse des résultats de l'échelle de Likert

5.5. Analyse des questionnaires de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction (annexe 3) comportait 8 questions. Celles-ci ont été analysées dans le but de savoir ce que les participants pensaient de la formation et ainsi de pouvoir améliorer la formation.

Les réponses aux questions étaient assez homogènes.

Par exemple, pour la première question qui était : « Comment vous sentez-vous à l'issue de la formation ? », les réponses étaient réparties comme suit :

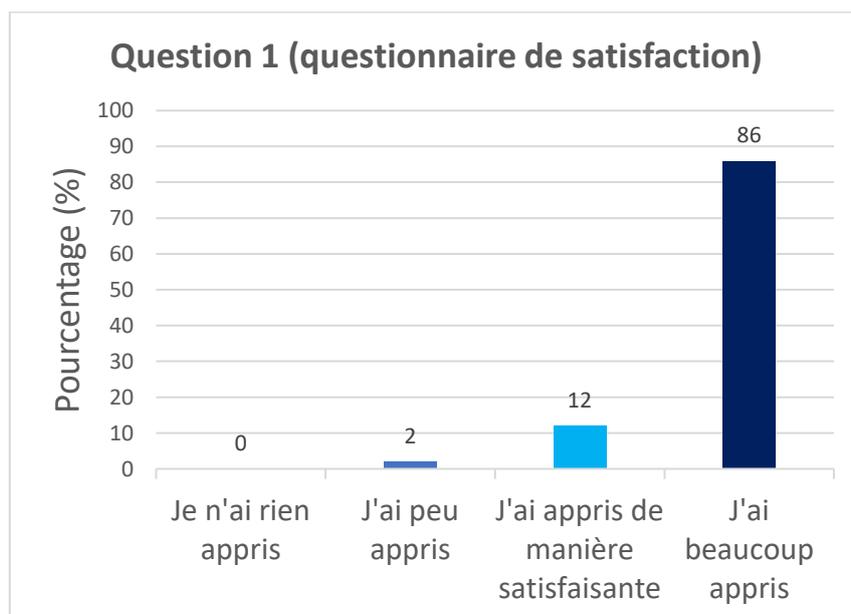


Figure 5 : Analyse réponses question 1 du questionnaire de satisfaction

Nous avons constaté que la majorité des participants (86%) avait le sentiment d'avoir beaucoup appris au travers de cette formation.

Pour la question : « Êtes-vous satisfait des contenus proposés ? », les réponses étaient divisées en parts égales sur les 2 dernières propositions, à savoir, « satisfait » et « très satisfait ».

L'unanimité a été rencontrée pour la dernière question : « Êtes-vous satisfait des compétences que vous avez acquises ? » ou la totalité des participants a répondu « très satisfait ».

En conclusion, à l'analyse des différentes réponses, les participants semblent majoritairement satisfait de la qualité de la formation proposée, tant par son contenu, son pouvoir d'enseigner que par le sentiment d'avoir acquis plus de connaissances au terme de celle-ci.

6. Discussion

6.1. Analyse des résultats

Cette étude avait comme objectif d'évaluer les effets d'une formation spécifique en rapport avec la contention physique sur les compétences et les connaissances des membres du personnel soignant d'ISO SL secteur A santé mentale à Liège.

Nous nous sommes surtout basés sur les résultats de score global obtenus lors de 3 phases distinctes afin de pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ qui étaient d'une part qu'une telle formation améliore statistiquement les connaissances théoriques et pratiques du personnel soignant et d'autre part que la formation allait rassurer les agents présents sur le terrain sur l'usage de la contention physique, tant d'un point de vue légal qu'éthique. Notre dernière hypothèse de recherche était que les résultats obtenus lors de l'évaluation faite deux mois après la formation sont similaires à ceux obtenus à la suite directe de celle-ci.

La méthodologie initialement prévue était différente de celle qui a été faite. A la base, tout devait se dérouler en présentiel. Etant donné la crise sanitaire, nous avons opté pour une formation en *e-learning*.

6.2. Confrontation des résultats avec la littérature

Lors de nos recherches dans la littérature, nous avons pu constater que de nombreux articles ont déjà réalisé des comparaisons entre différentes méthodes d'apprentissage. Une méta-analyse de Cook et al. sur l'apprentissage par internet pour les professions de la santé a démontré que l'*e-learning* produit des effets positifs importants par rapport à une absence d'intervention (50). Dans une étude française parue en 2011, les résultats montrent qu'à court terme, l'*e-learning* améliore les connaissances antérieures des étudiants, valorise les apprentissages et assoie les acquis des apprenants. Cette méthode offre des opportunités de réapprentissage et de remédiation ultérieure qui sont jugées nécessaires dans la pratique professionnelle (52).

Cependant, plusieurs études sur le sujet révèlent une faible certitude des preuves suite à une comparaison de la formation en *e-learning* par rapport à un enseignement traditionnel en présentiel (49).

Une autre étude parue en 2010 se rapprochait plus de notre méthodologie. Elle était basée sur l'analyse des effets de l'enseignement en *e-learning* pour la procédure de lavage des mains auprès d'une population d'étudiants infirmiers. L'équipe de recherche s'est concentrée sur l'acquisition et la rétention des aspects théoriques ainsi que sur les compétences des apprenants. Leurs conclusions démontraient une amélioration des connaissances directement après la formation et un maintien des connaissances entre 2 et 8 semaines post-formation (53). Plus récemment, selon une étude de Hjorth-Johansen et al.(2019), la comparaison entre une méthode d'enseignement en présentiel et un *e-learning* a été réalisée. Là aussi les résultats sur les connaissances des participants étaient en amélioration en post-formation (54).

Dans le travail de F-M Gerard (40), il était expliqué l'intérêt du calcul de gain relatif moyen dans le but d'évaluer l'effet d'apprentissage de la formation. Il doit se situer au-delà de 30 à 40% pour justifier d'un effet positif. Lors de nos analyses, ce gain s'élevait à 46,2% entre la phase 2 et la phase 1. Il était de 44% pour la phase 3 en comparaison avec la phase 1 mais était nul pour la différence entre la phase 3 et la phase 2. Nous en avons conclu que la formation avait un effet positif d'apprentissage et que les résultats n'avaient pas diminués significativement 2 mois après celle-ci.

Nous nous sommes également basés sur la littérature pour créer le QCM et en faire son évaluation, ce qui nous avait poussé à y inclure une échelle de Likert (42)(43). Les degrés de certitudes des participants ont pu être ainsi mesurés. Nos investigations nous ont poussés vers les mêmes conclusions, à savoir que les agents avaient tendance à répondre au hasard quand ils ne connaissaient pas la réponse. En effet, aucune des questions de nos QCM n'est restée sans réponse. Lors de l'analyse, nous avons été surpris des réponses qui allaient dans le sens d'une ignorance méconnue. En d'autres termes, cela veut dire que le personnel soignant, lorsqu'il est sur le terrain face à un patient, prend des décisions ou pose des actes en croyant être dans le bon alors qu'il commet une erreur. C'est assez interpelant, surtout dans le milieu des soins.

6.3. Influence des données socio-démographiques

La majorité des données socio-démographiques n'a pas eu d'influence sur les résultats de notre étude. Seule la variable fonction a été statistiquement significative sur les 3 phases de l'étude. Les éducateurs et les infirmiers (A1 et A2) ont obtenu de meilleurs résultats que les aides-soignants. Le niveau de formation de base est certainement en lien avec ces constatations. Ces faits sont aussi décrits dans la littérature (55).

Pour les données telles que le sexe ou le diplôme, la répartition n'était pas homogène. Nous avons 13 femmes et 7 hommes. Les diplômés A1 étaient au nombre de 6 pour 14 diplômés A2. Il faudrait refaire une étude en choisissant les personnes suivant ces différentes caractéristiques pour pouvoir en tirer des conclusions valables statistiquement.

6.4. Biais et limites de l'étude

Comme souvent dans ce genre d'étude, de nombreux biais peuvent influencer les résultats. Un premier biais relevé est lié à la méthode de recrutement des participants. Il s'agissait d'un échantillonnage de commodité qui s'est réalisé par facilité d'accès aux personnes concernées. Deuxièmement, vu qu'il ne s'agissait que de nouveaux engagés, il se peut que les agents se soient sentis « obligés » de participer à l'étude par peur de se faire mal voir par la direction. Il s'agit d'un biais de désirabilité sociale et professionnelle.

Troisièmement, le fait que cette étude est à caractère pré-expérimental peut constituer également une source de biais. Nous nous devons de considérer les conclusions de cette étude avec précaution car aucun groupe contrôle n'a été réalisé.

Quatrièmement, un biais de testing pourrait exister. Il serait en rapport avec le fait que le questionnaire était autoadministré. L'agent aurait pu être tenté de se faire aidé par des collègues ou de chercher la réponse sur internet ou n'importe quel autre support afin d'améliorer son score de réussite global.

Certaines limites ont également influencé cette étude. La limite la plus importante résidait dans la petite taille de la population étudiée. Il est difficile de tirer des conclusions sur une population de 20 personnes.

Cette limite de taille de l'échantillon vient du fait aussi que nous avons décidé de faire cette formation tout d'abord avec les nouveaux engagés. Dans ce contexte, un panel de 20 personnes représentait déjà une belle opportunité pour une première étude.

Une autre limite vient aussi du fait que nous n'avons aucune possibilité de comparaison avec d'autres études dans ce domaine. A notre connaissance et malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons rien trouvé sur le sujet. Il existe pourtant bon nombre d'articles et d'études sur l'*e-learning* mais rien de significatif mêlant cette méthode d'apprentissage et la contention physique en milieu psychiatrique.

6.5. Les perspectives

Au vu de la petite taille de l'échantillon repris dans cette étude, il est assez difficile d'en tirer des conclusions qui pourraient être généralisées. Malgré tout, cette étude a permis de mettre en avant le manque de connaissance relatif à la contention physique qui est quand même une pratique récurrente dans le domaine de la psychiatrie. Cela montre bien la nécessité de former les agents.

Nous aurions aimé pouvoir analyser à plus long terme les résultats des participants afin de voir si les connaissances étaient toujours stables dans le temps, malheureusement, le timing de cette étude ne nous le permettait pas.

Une autre perspective serait d'étendre cette formation à tous les agents actifs sur le terrain. Il serait intéressant de pouvoir analyser les résultats sur différents temps pour du personnel ayant déjà une certaine expertise en la matière.

Par contre, du fait de l'adaptation de la méthodologie liée à la crise du coronavirus, nous nous sommes retrouvés à imaginer un système de formation qui pourrait se dérouler en plusieurs temps. Celle-ci se ferait sur base d'un *blenden learning*, cette formule qui conjugue la formation virtuelle et présentielle. D'ailleurs, lors de nos recherches dans la littérature, nous avons pu analyser une étude parue en 2019 qui comparait l'enseignement assisté par vidéo et les cours didactiques chez des étudiants en médecine, affectés en psychiatrie. Il en ressortait que le fait d'utiliser l'assistance vidéo en complément des cours magistraux et non pour remplacer les méthodes traditionnelles était la voie à suivre car cette méthode donnait de meilleurs résultats (56).

Pour notre idée de projet potentiel, l'agent devrait d'abord suivre la formation en *e-learning* afin d'acquérir des connaissances de base qui lui seraient utiles pour la formation en présentiel. Il serait alors coté par rapport au QCM auquel il aurait dû répondre juste après le *e-learning*. Suivant les points obtenus, il pourrait passer à l'étape du présentiel. Le cas échéant, il bénéficierait d'un temps supplémentaire afin de combler ses lacunes. Cette partie en *e-learning* permettrait de gagner du temps lors de la formation en présentiel et de potentialiser celle-ci. L'équipe de formation pourrait alors se concentrer sur les aspects techniques de la contention, le déroulement de la procédure et la correction des erreurs en temps réel. Une étude sur ce mode de formation serait certainement judicieuse à réaliser dans le but de voir les gains obtenus sur les compétences et connaissances des agents. Une autre hypothèse serait liée au bénéfice pour l'entreprise car il serait opportun de voir le gain de temps et donc de moyens par rapport à une formation traditionnelle qui se ferait juste en présentiel. Nous rejoignons à nouveau plusieurs niveaux du modèle de Kirkpatrick déjà analysés au cours de cette étude.

Ces hypothèses sont directement en lien avec la finalité de ce master en Santé Publique, car la gestion du personnel et la gestion financière occupent une place prépondérante dans la gestion des institutions de soins.

7. Conclusion

La crise sanitaire liée à la pandémie Covid-19 que l'on connaît depuis mars 2020 a sans nul doute impacté notre étude. Déjà par le fait que la méthodologie que nous avons prévu depuis les premières recherches en rapport avec notre sujet a dû être revue en profondeur. Nous n'avions pas du tout imaginé faire cette formation en *e-learning* lors de nos réflexions. Nous aurions aimé pouvoir analyser le comportement des participants en réalisant des situations de contention physique réelles. Nous pensons que la qualité des observations nous aurait aidé à mieux comprendre les problèmes et les lacunes de notre formation et pouvoir ainsi l'améliorer. Il serait intéressant de pouvoir refaire cette formation en mélangeant le présentiel et l'*e-learning* sur un plus grand nombre de sujets afin de comparer les résultats avec notre étude. Nous pensons qu'à terme, l'*e-learning* serait une solution d'avenir. Cette méthode d'apprentissage permet de continuer les formations des agents malgré les problèmes rencontrés. Nous en avons fait l'expérience avec cette crise sanitaire mais cela pourrait être lié à d'autres facteurs moins exceptionnels tels que le manque d'agents formateurs, le manque de personnel sur le terrain donc l'impossibilité de les libérer pour une journée ou plus, les budgets limités et bien d'autres situations encore.

En bref, les constatations vont dans le sens qu'il est plus que nécessaire de proposer des formations aux agents tout au long de leur carrière. Les encadrer dans leur pratique professionnelle ne saurait être que bénéfique pour tous. La prise en charge des patients serait optimale grâce aux connaissances et aux technicités des soignants qui seraient gardées au meilleur niveau. Le bien-être du personnel serait amélioré avec des impacts positifs sur l'absentéisme, la perte de motivation et les accidents de travail. Et pour la direction des institutions, tous ces points seraient des avantages à plusieurs niveaux tels que l'aspect financier ou encore la gestion du personnel.

« On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous »

(Lucien Bonnafé)

8. Bibliographie

1. Service Public Fédéral santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (page consultée le 10 février 2021). (en ligne) <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-2>
2. Plateforme de concertation en Santé Mentale de la Province de Luxembourg. (page consultée le 10 février 2021). Hôpitaux psychiatriques, description. (en ligne) <https://www.platformepsylux.be/ou-sadresser/les-institutions-et-les-reseaux/hopitaux-psychiatriques>
3. Morisset J. Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. Recherche en soins infirmiers. NLM (Medline); 2018. p. 78–90.
4. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2020 Mar 12];27(3):1162–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29352514>
5. Maiese A, Dell'Aquila M, Romano S, Santurro A, De Matteis A, Scopetti M, et al. Is it time for international guidelines on physical restraint in psychiatric patients? [Internet]. Vol. 170, Clinica Terapeutica. Societa Editrice Universo; 2019 [cited 2020 Mar 12]. p. E68–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30789200>
6. Mahmoud AS. Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Feb 1;31(1):2–7.
7. Trancas B, Borja Santos N. [Ethics, knowledge and psychiatry: in Aulus Cornelius Celsus' De Medicina]. Acta Med Port [Internet]. 2007 [cited 2020 Jul 22];20(5):431–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18282440>
8. Celse, Vitruve, Censorin (oeuvres complètes), Frontin (Des aqueducs de Rome) ; avec la traduction en français [et] publiés sous la direction de M. Nisard. (1866 edition) | Open Library [Internet]. [cited 2020 Jul 28]. Available from: [https://openlibrary.org/works/OL19804188W/Celse_Vitruve_Censorin_\(oeuvres](https://openlibrary.org/works/OL19804188W/Celse_Vitruve_Censorin_(oeuvres)

complètes) Frontin (Des aqueducs de Rome) avec la traduction en fran?edi
tion=celsevitruvecens00nisauoft

9. Colaizzi J. Seclusion and restraint: A historical perspective [Internet]. Vol. 43, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. Slack Incorporated; 2005 [cited 2020 Jul 22]. p. 31–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15745238/>
10. Friard, D. (2004, mars). Attacher n'est pas contenir. *Santé mentale*, (86), 16-28.
11. Histoire de la pensée médicale en Occident (March 26, 1997 edition) | Open Library [Internet]. [cited 2020 Jul 28]. Available from: https://openlibrary.org/books/OL12386588M/Histoire_de_la_pensée_médicale_en_Occident
12. Cellard A. Percevoir la folie : le cas du Québec, 1600-1850. *Déviance et société*. 1992;16(4):349–74.
13. Eckert N. Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie. (Centre Psychothérapique de Nancy)
14. Haustgen T. Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours Compte-rendu de l'ouvrage de Claude Quétel (Tallandier, Paris, 2009)History of madness, from Antiquity to nowadays Report of the Claude Quétel's book (Tallandier, Paris, 2009). *PSN*. 2010 May;8(2):104–9.
15. Foucault M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.
16. Descartes R. Les passions de l'âme. Bibliothèque numérique mondiale. www.wdl.org/fr/item/14786/
17. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2016 Feb 6 [cited 2020 Aug 2];10(1):6. Available from: [/pmc/articles/PMC4744440/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23747126/)
18. Guivarch J, Cano N. Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives. *Encephale* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 20];39(4):237–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23747126/>
19. Plateforme de concertation en Santé Mentale de la Province de Luxembourg. (page consultée le 2 avril 2020). Loi de mise sous protection des malades mentaux (en

- ligne) <http://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/la-plate-forme-de-concertation-en-sante-mentale/>
20. Cioffi A, Tomassini L. Letter to the editor in response to Is it time for international guidelines on physical restraint in psychiatric patients? *Clin Ter.* 2019 Mar 1;170(2):E108–9.
 21. Commission technique de l'art infirmier, Groupe de travail : Contention et isolement, Rapport final Octobre 2007. [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Available from: www.health.fgov.be
 22. « LIVRE BLANC » sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique. (page consultée le 4 avril 2020). (en ligne) <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804553ae>
 23. Use of patient restraints. Policy statement. Vol. 64, *Annals of emergency medicine.* 2014. p. 574.
 24. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2016 Feb 17 [cited 2020 Jul 16];17(2):86–128. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26912127/>
 25. Funayama M, Takata T. Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2020 Jul 16];62:1–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31734627/>
 26. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. Vol. 10, *Frontiers in Psychiatry.* Frontiers Media S.A.; 2019.
 27. Duxbury J, Thomson G, Scholes A, Jones F, Baker J, Downe S, et al. Staff experiences and understandings of the RESTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *Int J Ment Health Nurs.* 2019 Aug 1;28(4):845–56.

28. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L, et al. Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspect Psychiatr Care*. 2009 Jul;45(3):198–207.
29. Mehrok S, Xavier Belsiyal C, Kamboj P, Mery A. The use of physical restraints- knowledge and attitude of nurses of a tertiary care institute, Uttarakhand, India. *J Educ Health Promot*. 2020 Jan 1;9(1).
30. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. *Encephale* [Internet]. 2004 [cited 2020 Jul 20];30(1):32–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15029074/>
31. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2020 Aug 2];64(11):2307–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27640335/>
32. Tezenas du Montcel C, Kowal C, Leherle A, Kabbaj S, Frajerman A, Le Guen E, et al. Seclusion and mechanical restraints in psychiatric care: Prescriptions procedures, pharmacological management, and monitoring. Vol. 47, *Presse Medicale*. Elsevier Masson SAS; 2018. p. 349–62.
33. Lee C, Fung R, Pang S, Lo T. Pulmonary Embolism as a Cause of Death in Psychiatric Inpatients: a Case Series. *East Asian Arch Psychiatry*. 2019 Dec 9;29(4):136–7.
34. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review [Internet]. Vol. 10, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2019 [cited 2020 Aug 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34811111/>
35. Wright S. Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: A critical review. Vol. 43, *Medicine, Science and the Law*. Barnsbury Publishing; 2003. p. 31–8.
36. Kalula SZ, Petros SG. Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. *Curationis*. 2016 Nov 10;39(1).
37. Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law, and risk management. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22159974>

38. Kontio R, Pitkänen A, Joffe G, Katajisto J, Välimäki M. eLearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: A cluster-randomized trial. Vol. 68, *Nordic Journal of Psychiatry*. Informa Healthcare; 2014. p. 443–9.
39. Devos C, Dumay X. Les facteurs qui influencent le transfert : une revue de la littérature. *Savoirs*. 2006; n° 12(3) p. 9-46.
40. Gerard F-M. L'évaluation de l'efficacité d'une formation. 2003.
41. Guilbert J-J. Guide pédagogique pour les personnels de santé. Dominique Bédier; 1990. 342 p.
42. Lepage P, Romainville M. Le questionnaire à choix multiple [Internet]. 2009 [cited 2021 March 2]. Disponible sur: <file:///C:/Users/Jean-Lou/AppData/Local/Temp/67449.pdf>
43. Rensis Likert, A Technique for the Measurement of Attitudes », *Archives of Psychology*, vol. 140, 1932. p. 1–55
44. Chochard, Y., & Davoine, E. (2015). La méthode d'analyse de l'utilité : une méthode d'évaluation qualitative et contextualisée du ROI de la formation managériale . *Recherches En Sciences de Gestion*, 108(3), 133. <https://doi.org/10.3917/RESG.108.0133>
45. Sinclair P, Kable A, Levett-Jones T. The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*. janv 2015;13(1):52–64.
46. Precel K, Eshet-Alkalai Y, Alberton Y. Pedagogical and Design Aspects of a Blended Learning Course. *International Review of Research in Open and Distance Learning* [Internet]. 1 avr 2009 [cited 2021 March 10]; 10(2). Disponible sur: <https://doaj.org>
47. Effectiveness of a blended learning course and flipped classroom in first year anaesthesia training | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cited 2021 March 10]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352556817301133?token=4A86F650406A56AE3777587ACD1B2C15595688C357695FF38DCD17151C24FC96E66C478BA558BA17343978EAF9E2EFCC>

48. Lahti M, Kontio R, Pitkänen A, Välimäki M. Knowledge transfer from an e-learning course to clinical practice. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 May [cited 2021 March 16];34(5):842–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24075712>
49. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health 53 professionals. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Jan; [cited 2021 July 16]1(1):CD011736. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355907>
50. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-Based Learning in the Health Professions : a meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2008 Sep 10; 300(10):1181. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780847>
51. Chuo Y, Liu C, Tsai C. Effectiveness of e-learning in hospitals. *Technol Heal Care* [Internet]. 2015 May 27 ;23(1):S157–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26410320>
52. Delangue C, Wiel É, Ammirati C, & Assez N. (2011). Évaluation préliminaire de l'impact d'un dispositif de formation aux gestes et soins d'urgence. *Pédagogie Médicale*, 12(2), 103–119. <https://doi.org/10.1051/PMED/2011024>
53. Bloomfield J, Roberts J, While A. The effect of computer-assisted learning versus conventional teaching methods on the acquisition and retention of handwashing theory and skills in pre-qualification nursing students: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010 Mar 1;47(3):287–94.
54. Hjorth-Johansen E, Hofoss D, Kynø NM. E-learning or lectures to increase knowledge about congenital heart disease in infants: A comparative interventional study. *Nurs Open* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Aug 1];6(3):1143–9. Available from: [/pmc/articles/PMC6650699/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31391641/)
55. Gobert M, Darras É, Hubinon M, Delfloor T. Belgique. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;N° 100(1):8-13.
56. Nongmeikapam M, Sarala N, Reddy M, Ravishankar S. Video-assisted teaching versus traditional didactic lecture in undergraduate psychiatry teaching. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2020 March 24];61(4):376–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31391641/>

9. Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé



Consentement éclairé à l'intention des participants

Titre de l'étude : « Evaluation des effets d'une formation spécifique liée à la contention physique destinée au personnel soignant travaillant en psychiatrie au sein du secteur A d'ISOsL Liège ».

Promoteur de l'étude : Sabrina Edrei, Cheffe de service au sein du groupe ISOsL sur le site de l'hôpital du « Petit Bourgogne ».

Co-promoteur : Dr Maud LEBAS, Docteur en psychiatrie travaillant au sein du groupe ISOsL sur le site de l'hôpital du « Petit Bourgogne ».

Investigateur : Cindy Muniken, étudiante en Master en Sciences de la Santé Publique, finalité Gestion des institutions de soins.

Vous êtes invité à participer à une étude sur les effets d'une formation spécifique en contention physique pour le personnel soignant en psychiatrie, lancée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Avant que vous n'acceptiez d'y participer, nous vous invitons à prendre connaissance de l'organisation et du déroulement de celle-ci afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Il s'agit du « consentement éclairé ». Veuillez lire attentivement ces quelques informations et n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur.

Si après lecture, vous décidez de participer à cette étude, vous devez savoir que :

- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter d'y participer à tous moments simplement en informant l'investigateur.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et l'anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin de renseignements complémentaires.

Objectifs et description du protocole de l'étude :

Nous vous invitons à participer à une étude sur l'évaluation d'une formation spécifique liée à la contention physique en milieu psychiatrique et destinée au personnel soignant d'ISO SL secteur A Liège.

Les objectifs de cette étude sont :

- D'évaluer l'effet d'une formation théorique et pratique spécifique sur les compétences et les connaissances du personnel soignant lors de la contention physique d'un patient.
- De développer et d'accroître certaines compétences telles que les connaissances théoriques et techniques, l'humanisme et l'autonomie.
- De mettre en place une formation spécifique qui pourra être donnée à tous les membres du personnel concernés par ces pratiques.

Déroulement de l'étude

Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez travailler comme professionnel de la santé mentale dans un service de psychiatrie au sein du secteur A d'ISO SL Liège sur le site « Petit Bourgogne » ou « Agora » durant le déroulement de celle-ci.

Votre participation consiste à répondre à un questionnaire et ce en plusieurs temps.

Une formation en e-learning vous sera proposée.

Bénéfices

Les résultats liés à cette étude pourraient permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en milieu psychiatrique.

Risques

Le fait de participer à cette étude ne présente aucun risque lié à la santé pour vous.

Retrait du consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à tous moments et pour quelque raison que ce soit, sans avoir à vous justifier.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires ou pour toute autre demande, vous pouvez contacter l'investigateur, Cindy Muniken au numéro de téléphone suivant :
0483/11-88-53

Compléments d'informations sur la protection et les droits du participant à une étude

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Cela veut dire que vous avez le droit de ne pas y participer ou de retirer votre consentement sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigateur.

Avant de signer ce document, n'hésitez pas à nous poser toutes les questions que vous jugeriez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Si vous acceptez d'y participer, vous signerez le formulaire de consentement éclairé.

L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires concernant l'étude.

Vous recevrez une copie de ce document.

Coût et rémunération liés à votre participation

Cette étude n'entraînera aucun frais pour vous et ne vous donnera pas droit à une rémunération.

Protection de vos données

En participant à cette étude, vous acceptez que l'investigateur recueille des données vous concernant et que le promoteur de l'étude les utilise dans un objectif de recherche, dans le cadre de publications scientifiques et médicales.

Cependant, l'investigateur possède un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage à préserver votre anonymat non seulement en ne révélant jamais votre nom dans le contexte d'une publication ou d'une conférence, mais aussi en codant vos données avant de les transmettre au promoteur.

Assurance

La participation à cette étude ne comprend aucun risque et ne nécessite donc pas d'assurance particulière.

Consentement éclairé du participant

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, sa durée, son déroulement, son but et sur ce que l'on attend de moi.

J'ai pris connaissance du document d'informations. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler si nécessaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui restaient floues et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude à n'importe quel moment.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur de l'étude se portent garants du respect de la confidentialité de ces données.



J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude.

J'ai reçu une copie des documents d'information et de consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du participant :

Nom et prénom	Date	Signature
---------------	------	-----------

Investigateur

Je soussigné, Muniken Cindy, investigateur, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme n'avoir exercé aucune pression auprès du membre du personnel soignant afin qu'il accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur :

Nom et prénom	Date	Signature
---------------	------	-----------

Annexe 2 : Questionnaire QCM



Participant Number

QUESTIONNAIRE

Pour chaque question, veuillez entourer la bonne réponse et votre indice de certitude.

Question 1 : Quand un infirmier peut-il décider d'utiliser la contention chez un patient ?

- 1) Quand le patient est agressif
- 2) Quand le patient a consommé et risque de tomber
- 3) Quand le patient est âgé et risque de tomber

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 2 : Pendant combien de temps un patient peut-il être contentonné ?

- 1) 24h
- 2) 24h maximum si ne depend pas d'une mesure de protection (PPMM)
- 3) Jusqu'à prescription par le médecin d'une fin de contention

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 3 : Qui est responsable de la contention ?

- 1) La personne qui contentonne
- 2) Le médecin prescripteur
- 3) L'infirmier de la pause

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 4 : Où doit être indiqué la contention ?

- 1) Dans le dossier du patient
- 2) Dans le cahier de contention
- 3) Dans le cahier de rapport

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 5 : Un infirmier (soignant) peut-il être condamné pour l'utilisation de la contention ?

- 1) Oui
- 2) Oui, si non respect de la législation
- 3) Non

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 6 : De quoi se compose un kit de contention ?

- 1) De sangles pied et mains
- 2) De Ironclips
- 3) De clés de contention

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 7 : Y a-t-il d'autres types de sangles ?

- 1) Sangle dorsale
- 2) Sangle abdominale
- 3) Harnais de maintien

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 8 : Combien de membres doivent être, au minimum, attaché lors d'une contention ?

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 9 : Quelle est la différence entre les sangles pour pieds et les sangles pour mains ?

- 1) La longueur de la sangle
- 2) La longueur des Ironclips
- 3) L'espacement des œillets

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 10 : Quelle doit être, au minimum, l'écart entre la sangle et le membre contentonné pour éviter le syndrome de compression ?

- 1) 2 cm
- 2) 1 doigt
- 3) 2 doigts

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 11 : En dehors de la mise en place des contentions, quelles sont les choses importantes à faire pendant une contention ?

- 1) Maintenir le dialogue avec le patient
- 2) Fouiller le patient
- 3) Mettre une protection (lange) pour le confort du patient

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 12 : Quand vérifie-t-on la bonne mise en place des sangles de contention ?

- 1) Au moment de la mise en place des sangles
- 2) Quand tous les membres sont contentonnés
- 3) Quand un membre gonfle

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 13 : Le médecin demande à décontenionner progressivement un patient, par quel membre vais-je commencer ?

- 1) Pied
- 2) Main
- 3) Abdomen

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 14 : A la fin de la contention, que dois-je faire du matériel de contention ?

- 1) Le jeter (usage unique)
- 2) Le laver
- 3) Le désinfecter

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 15 : Si le matériel de contention n'est pas utilisé (patient isolé mais non contentionné), que dois-je faire des sangles ?

- 1) Le laisser sur le lit , prêt pour une prochaine contention
- 2) Détacher les sangles et les ranger
- 3) Maintenir les sangles en places mais les attacher ensemble sous le matelas pour les sécuriser

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 16 : Qu'est-ce qu'un « appel agression » au sein de notre institution ?

- 1) Une procédure à suivre en cas d'urgence
- 2) Un moyen d'appeler tous les renforts disponibles dans l'hôpital
- 3) Un autre nom pour la procédure START 55

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 17 : J'ai un patient à l'isolement, contentionné ou non, puis-je y entrer seul(e) ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Seulement si je travaille la nuit

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 18 : Comment lancer un appel agression ?

- 1) J'appuie sur le bouton prévu à cet effet sur les téléphones portables
- 2) Je crie fort « Start 55 » à l'endroit où je me trouve
- 3) Je compose le numéro 55 sur n'importe quel téléphone de l'hôpital

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 19 : Un(e) stagiaire infirmier(ère) fait son stage au sein de ma salle. Une situation nécessite la mise en isolement et la contention d'un patient. Le(la) stagiaire peut-il(elle) m'aider dans cette procédure ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Seulement si nous ne sommes pas en nombre suffisant

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 20 : Un patient est contentonné en isolement. Peut-il recevoir la visite de sa famille ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Seulement si j'accompagne la famille

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 21 : Lors d'une intervention de mise sous contention, qui dirige la procédure ?

- 1) Les vigiles
- 2) Un membre de l'équipe de soin de l'unité concernée
- 3) Un membre du personnel venu en renfort

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 22 : Vous avez reçu l'ordre médical de contentonner un patient. Lorsque vous commencer à l'attacher, le patient vous demande de ne pas le faire en vous disant qu'il sera calme et compliant. Que faites-vous ?

- 1) Je maintiens la mise en contention
- 2) Je demande l'avis du médecin
- 3) Je ne le contentonne pas

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 23 : Le médecin lève la contention d'un patient. Que lui dites-vous lorsque vous le décontentionnez ?

- 1) Qu'il pourrait à nouveau être contentionner
- 2) Que son agressivité a eu des conséquences sur les autres patients
- 3) Nous devons réfléchir ensemble à ce que nous pourrions mettre en place afin d'éviter de te contentionner à nouveau

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 24 : Une injection doit être faite au patient. A quel moment celle-ci devrait-elle être faite ?

- 1) Avant de contentionner le patient
- 2) A n'importe quel moment durant la procédure de contention
- 3) Quand le patient est sécurisé par les contentions

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Question 25 : Qui peut vérifier le cahier de contention ?

- 1) Un juge
- 2) Un médecin contrôleur de l'AVIQ
- 3) Un représentant de la ligue des droits de l'homme

4 Tout à fait sûr	3 Presque sûr	2 Peu sûr	1 Pas du tout sûr
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------

Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Comment vous sentez-vous à l'issue de la formation ?

Je n'ai rien appris  J'ai peu appris  J'ai appris de manière satisfaisante  J'ai beaucoup appris 

Pensez-vous que l'alternance de questions relatives à la théorie et d'autres à la pratique permet une efficacité maximale ?

Pas du tout  Partiellement  Suffisamment  Tout à fait 

Êtes-vous satisfait des contenus proposés ?

Pas du tout satisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait 

Estimez-vous que les objectifs de la formation sont ceux qui vous aideront à être plus performant dans votre travail ?

Pas du tout  Partiellement  Suffisamment  Tout à fait 

Êtes-vous satisfait des possibilités d'utilisation des acquis sur votre lieu de travail ?

Pas du tout satisfait  Peu satisfait  Satisfait  Très satisfait 

Quelle partie des acquis estimez-vous pouvoir mettre en œuvre sur votre lieu de travail ?

Aucune
partie 

Une faible
partie des
acquis 

Une partie
acceptable
des acquis 

Une
grosse
partie des
acquis 

Dans quel délai pensez-vous avoir l'occasion de mettre les acquis en œuvre sur votre lieu de travail ?

Pas avant
1 an 

Pas avant
3 mois 

Dans les
trois mois 

Dans le
mois qui
suit la
formation 

Êtes-vous satisfait des compétences que vous avez acquises ?

Pas du
tout
satisfait 

Peu
satisfait 

Satisfait 

Très
satisfait 

Annexe 4 : Tableau statistiques descriptives

VARIABLES QUALITATIVES				Fréquences	%	
SEXE	Quel est votre sexe ?		0 = Homme	7	35	
			1 = Femme	13	65	
FCT	Quelle est votre fonction ?		1 = Infirmier	4	20	
			2 = Educateur	3	15	
			3 = Aide-soignant	13	65	
DIPL	Quel est votre niveau de diplôme ?		1 = A1	6	30	
			2 = A2	14	70	
			3 = Autre	0	0	
SPECIA	Avez-vous une spécialisation ?		0 = Non	18	90	
			1 = Oui	2	10	
1	CONT	Quand un infirmier peut-il décider d'utiliser la contention chez un patient ?	P1	1 = Quand le patient est agressif	10	50
				2 = Quand le patient a consommé et risque de tomber	4	20
				3 = Quand le patient est âgé et risque de tomber	6	30
			P2	1 = Quand le patient est agressif	0	0
				2 = Quand le patient a consommé et risque de tomber	20	100
				3 = Quand le patient est âgé et risque de tomber	0	0
			P3	1 = Quand le patient est agressif	0	0
				2 = Quand le patient a consommé et risque de tomber	20	100
				3 = Quand le patient est âgé et risque de tomber	0	0
2	TPS_CON T	Pendant combien de temps un patient peut-il être contentonné ?	P1	1 = 24h	3	15
				2 = 24h maximum si ne dépend pas d'une mesure de protection (PPMM)	10	50
				3 = Jusqu'à prescription par le médecin d'une fin de contention	7	35
			P2	1 = 24h	0	0
				2 = 24h maximum si ne dépend pas d'une	20	100

				mesure de protection (PMM)		
				3 = Jusqu'à prescription par le médecin d'une fin de contention	0	0
			P3	1 = 24h	7	35
				2 = 24h maximum si ne dépend pas d'une mesure de protection (PMM)	13	65
				3 = Jusqu'à prescription par le médecin d'une fin de contention	0	0
3	RESP_CON T	Qui est responsable de la contention ?	P1	1 = La personne qui contentionne	3	15
				2 = Le médecin prescripteur	8	40
				3 = L'infirmier de la pause	9	45
			P2	1 = La personne qui contentionne	0	0
				2 = Le médecin prescripteur	20	100
				3 = L'infirmier de la pause	0	0
			P3	1 = La personne qui contentionne	0	0
				2 = Le médecin prescripteur	20	100
				3 = L'infirmier de la pause	0	0
4	END_CONT	Où doit être indiqué la contention ?	P1	1 = Dans le cahier de communication	2	10
				2 = Dans le cahier de contention	15	75
				3 = Dans le cahier de rapport	3	15
			P2	1 = Dans le cahier de communication	1	5
				2 = Dans le cahier de contention	19	95
				3 = Dans le cahier de rapport	0	0
			P3	1 = Dans le cahier de communication	0	0
				2 = Dans le cahier de contention	20	100

				3 = Dans le cahier de rapport	0	0			
5	COND_CO NT	Un infirmier (soignant) peut-il être condamné pour l'utilisation de la contention ?	P1	1 = Oui	2	10			
				2 = Oui, si non-respect de la législation	18	90			
				3 = Non	0	0			
			P2	1 = Oui	0	0			
				2 = Oui, si non-respect de la législation	20	100			
				3 = Non	0	0			
			P3	1 = Oui	0	0			
				2 = Oui, si non-respect de la législation	20	100			
				3 = Non	0	0			
6	KIT_CONT	De quoi se compose un kit de contention ?	P1	1 = De sangles pieds et mains, de Ironclips et clés de contention	11	55			
				2 = De Ironclips, de sangles pieds et clés de contention	3	15			
				3 = De sangles pieds et mains et Ironclips	6	30			
			P2	1 = De sangles pieds et mains, de Ironclips et clés de contention	2	10			
				2 = De Ironclips, de sangles pieds et clés de contention	0	0			
				3 = De sangles pieds et mains et Ironclips	18	90			
			P3	1 = De sangles pieds et mains, de Ironclips et clés de contention	2	10			
				2 = De Ironclips, de sangles pieds et clés de contention	1	5			
				3 = De sangles pieds et mains et Ironclips	17	85			
			7	TYP_SGLE	Y a-t-il d'autres types de sangles ?	P1	1 = Sangle dorsale	7	35
							2 = Sangle abdominale	10	50
							3 = Sangle de secours	3	15
P2	1 = Sangle dorsale	2				10			
	2 = Sangle abdominale	18				90			
	3 = Sangle de secours	0				0			
P3	1 = Sangle dorsale	0				0			
	2 = Sangle abdominale	17				85			
	3 = Sangle de secours	3				15			
8	MBRES		P1	1 = 1	4	20			

		Combien de membres doivent être, au minimum, attachés lors d'une contention ?		2 = 2	4	20	
				3 = 3	12	60	
			P2	1 = 1	0	0	
				2 = 2	0	0	
				3 = 3	20	100	
			P3	1 = 1	0	0	
			2 = 2	0	0		
			3 = 3	20	100		
9	SGLE	Quelle est la différence entre les sangles pour pieds et les sangles pour mains ?	P1	1 = La longueur de la sangle	8	40	
					2 = La longueur des Ironclips	0	0
					3 = L'espace des œillets	12	60
			P2	1 = La longueur de la sangle	0	0	
					2 = La longueur des Ironclips	0	0
					3 = L'espace des œillets	20	100
			P3	1 = La longueur de la sangle	0	0	
					2 = La longueur des Ironclips	0	0
					3 = L'espace des œillets	20	100
10	EC_SGLE	Quel doit être, au minimum, l'écart entre la sangle et le membre contentonné pour éviter le syndrome de compression ?	P1	1 = 2 cm	1	5	
					2 = 1 doigt	15	75
					3 = 2 doigts	4	20
			P2	1 = 2 cm	0	0	
					2 = 1 doigt	20	100
					3 = 2 doigts	0	0
			P3	1 = 2 cm	0	0	
					2 = 1 doigt	20	100
					3 = 2 doigts	0	0
11	IMP_CONT	En dehors de la mise en place des contentions, quelles sont les choses importantes à faire pendant une contention ?	P1	1 = Maintenir le dialogue avec le patient	11	55	
					2 = Communiquer avec les renforts	5	25

				3 = Garder l'autorité sur le patient	4	20
			P2	1 = Maintenir le dialogue avec le patient	18	90
				2 = Communiquer avec les renforts	2	10
				3 = Garder l'autorité sur le patient	0	0
			P3	1 = Maintenir le dialogue avec le patient	19	95
				2 = Communiquer avec les renforts	1	5
				3 = Garder l'autorité sur le patient	0	0
12	VERIF_SGL E	Quand vérifie-t-on la bonne mise en place des sangles de contention ?	P1	1 = Au moment de la mise en place des sangles	1	5
				2 = Quand tous les membres sont contentonnés	15	75
				3 = Quand un membre gonfle	4	20
			P2	1 = Au moment de la mise en place des sangles	0	0
				2 = Quand tous les membres sont contentonnés	20	100
				3 = Quand un membre gonfle	0	0
			P3	1 = Au moment de la mise en place des sangles	0	0
				2 = Quand tous les membres sont contentonnés	20	100
				3 = Quand un membre gonfle	0	0
13	MBRES_DE CONT	Le médecin demande à décontenionner progressivement un patient, par quel membre vais-je commencer ?	P1	1 = Pied	3	15
				2 = Main	14	70
				3 = Abdomen	3	15
			P2	1 = Pied	2	10
				2 = Main	18	90
				3 = Abdomen	0	0
			P3	1 = Pied	2	10
				2 = Main	18	90

				3 = Abdomen	0	0			
14	FIN_CONT	A la fin de la contention, que dois-je faire du matériel de contention ?	P1	1 = Le jeter (usage unique)	0	0			
				2 = Le laver	18	90			
				3 = Le désinfecter	2	10			
			P2	1 = Le jeter (usage unique)	0	0			
				2 = Le laver	20	100			
				3 = Le désinfecter	0	0			
			P3	1 = Le jeter (usage unique)	0	0			
				2 = Le laver	20	100			
				3 = Le désinfecter	0	0			
15	FIN_SGLE	Si le matériel de contention n'est pas utilisé (patient isolé mais non contentionné), que dois-je faire des sangles ?	P1	1 = Maintenir les sangles avec les Ironclips au lit, prêtes pour une prochaine contention	3	15			
				2 = Détacher les sangles et les ranger	10	50			
				3 = Maintenir les sangles en places sans les Ironclips	7	35			
			P2	1 = Maintenir les sangles avec les Ironclips au lit, prêtes pour une prochaine contention	0	0			
				2 = Détacher les sangles et les ranger	18	90			
				3 = Maintenir les sangles en places sans les Ironclips	2	10			
			P3	1 = Maintenir les sangles avec les Ironclips au lit, prêtes pour une prochaine contention	1	5			
				2 = Détacher les sangles et les ranger	17	85			
				3 = Maintenir les sangles en places sans les Ironclips	2	10			
			16	AGRES	Qu'est-ce qu'un « appel agression » au sein de notre institution ?	P1	1 = Une procédure à suivre en cas d'urgence	7	35
							2 = Un moyen d'appeler tous les renforts disponibles dans l'hôpital	10	50

				3 = Un autre nom pour la procédure START 55	3	15
			P2	1 = Une procédure à suivre en cas d'urgence	0	0
				2 = Un moyen d'appeler tous les renforts disponibles dans l'hôpital	19	1
				3 = Un autre nom pour la procédure START 55	95	5
			P3	1 = Une procédure à suivre en cas d'urgence	0	0
				2 = Un moyen d'appeler tous les renforts disponibles dans l'hôpital	19	1
				3 = Un autre nom pour la procédure START 55	95	5
17	ISO	J'ai un patient à l'isolement, contentonné ou non, puis-je y entrer seul(e) ?	P1	1 = Oui	0	0
				2 = Non	12	60
				3 = Seulement si je travaille la nuit	8	40
			P2	1 = Oui	0	0
				2 = Non	20	100
				3 = Seulement si je travaille la nuit	0	0
			P3	1 = Oui	0	0
				2 = Non	20	100
				3 = Seulement si je travaille la nuit	0	0
18	APPEL_AGRES	Comment lancer un appel agression?	P1	1 = J'appuie sur le bouton prévu à cet effet sur les téléphones portables	3	15
				2 = Je crie fort « Start 55 » à l'endroit où je me trouve	0	0
				3 = Je compose le numéro 55 sur n'importe quel téléphone de l'hôpital	17	85
			P2	1 = J'appuie sur le bouton prévu à cet effet sur les téléphones portables	19	95
				2 = Je crie fort « Start 55 » à l'endroit où je me trouve	0	0

				3 = Je compose le numéro 55 sur n'importe quel téléphone de l'hôpital	1	5
			P3	1 = J'appuie sur le bouton prévu à cet effet sur les téléphones portables	19	95
				2 = Je crie fort « Start 55 » à l'endroit où je me trouve	0	0
				3 = Je compose le numéro 55 sur n'importe quel téléphone de l'hôpital	1	5
19	ISO_STAG	Un(e) stagiaire infirmier(ère) fait son stage au sein de ma salle. Une situation nécessite la mise en isolement et la contention d'un patient. Le(la) stagiaire peut-il(elle) m'aider dans cette procédure ?	P1	1 = Oui	2	10
				2 = Non	13	65
				3 = Seulement si nous ne sommes pas en nombre suffisant	5	25
			P2	1 = Oui	0	0
				2 = Non	20	100
				3 = Seulement si nous ne sommes pas en nombre suffisant	0	0
			P3	1 = Oui	0	0
				2 = Non	20	100
				3 = Seulement si nous ne sommes pas en nombre suffisant	0	0
20	ISO_VISIT	Un patient est contentonné en isolement. Peut-il recevoir la visite de sa famille ?	P1	1 = Oui	0	0
				2 = Non	16	80
				3 = Seulement si j'accompagne la famille	4	20
			P2	1 = Oui	0	0
				2 = Non	20	100
				3 = Seulement si j'accompagne la famille	0	0
			P3	1 = Oui	0	0
				2 = Non	20	100
				3 = Seulement si j'accompagne la famille	0	0
21	DIR_CONT		P1	1 = Les vigiles	8	40

		Lors d'une intervention de mise sous contention, qui dirige la procédure ?		2 = Un membre de l'équipe de soin de l'unité concernée	10	50
				3 = Un membre du personnel venu en renfort	2	10
			P2	1 = Les vigiles	0	0
				2 = Un membre de l'équipe de soin de l'unité concernée	18	90
				3 = Un membre du personnel venu en renfort	2	10
			P3	1 = Les vigiles	0	0
				2 = Un membre de l'équipe de soin de l'unité concernée	18	90
				3 = Un membre du personnel venu en renfort	2	10
22	OM_CON T	Vous avez reçu l'ordre médical de contensionner un patient. Lorsque vous commencez à l'attacher, le patient vous demande de ne pas le faire en vous disant qu'il sera calme et compliant. Que faites-vous ?	P1	1 = Je maintiens la mise en contension	3	15
				2 = Je demande l'avis du médecin	12	60
				3 = Je ne le contensionne pas	5	25
			P2	1 = Je maintiens la mise en contension	17	85
				2 = Je demande l'avis du médecin	3	15
				3 = Je ne le contensionne pas	0	0
			P3	1 = Je maintiens la mise en contension	17	85
				2 = Je demande l'avis du médecin	3	15
				3 = Je ne le contensionne pas	0	0
23	DECONT	Le médecin lève la contension d'un patient. Que lui dites-vous lorsque vous le décontensionnez ?	P1	1 = Qu'il pourrait à nouveau être contensionné	3	15
				2 = Que son agressivité a eu des conséquences sur les autres patients	10	50

				3 = Nous devons réfléchir ensemble à ce que nous pourrions mettre en place afin d'éviter de te contentionner à nouveau	7	35
			P2	1 = Qu'il pourrait à nouveau être contentionné	0	0
				2 = Que son agressivité a eu des conséquences sur les autres patients	0	0
				3 = Nous devons réfléchir ensemble à ce que nous pourrions mettre en place afin d'éviter de te contentionner à nouveau	20	100
			P3	1 = Qu'il pourrait à nouveau être contentionné	0	0
				2 = Que son agressivité a eu des conséquences sur les autres patients	0	0
				3 = Nous devons réfléchir ensemble à ce que nous pourrions mettre en place afin d'éviter de te contentionner à nouveau	20	100
24	INJECT	Une injection doit être faite au patient. A quel moment celle-ci devrait-elle être faite ?	P1	1 = Avant de contentionner le patient	8	40
				2 = A n'importe quel moment durant la procédure de contention	6	30
				3 = Quand le patient est sécurisé par les contentions	6	30
			P2	1 = Avant de contentionner le patient	0	0
				2 = A n'importe quel moment durant la	2	10

				procédure de contention		
				3 = Quand le patient est sécurisé par les contentions	18	90
			P3	1 = Avant de contenionner le patient	0	0
				2 = A n'importe quel moment durant la procédure de contention	2	10
				3 = Quand le patient est sécurisé par les contentions	18	90
25	VERIF_CO NT	Qui peut vérifier le cahier de contention ?	P1	1 = Un juge	5	25
				2 = Un médecin contrôleur de l'AVIQ	3	15
				3 = Les deux	12	60
			P2	1 = Un juge	0	0
				2 = Un médecin contrôleur de l'AVIQ	2	10
				3 = Les deux	18	90
			P3	1 = Un juge	0	0
				2 = Un médecin contrôleur de l'AVIQ	1	5
				3 = Les deux	19	95

Annexe 5 : Demande d'avis au Comité restreint des Enseignants

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : c. muniken@student.uliege.be
MUNIKEN CINDY cindymuniken@hotmail.com
2. Finalité spécialisée : Geis 3. Année académique : 2020-2021
4. Titre du mémoire :
Evaluation des effets d'une formation spécifique liée à la contention physique destinée au personnel soignant travaillant en psychiatrie au sein du secteur A d'ISoSL Liege.
5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Département des Sciences de la Santé publique
6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président-e de Département :
SIREEL Sylvie
7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
 - a. EDREI Sabrina, infirmière chef de service à ISoSL, s.edrei@isosl.be
 - b. DR LEBAS Hannel, Psychiatre à ISoSL, m.lebas@isosl.be
8. Résumé de l'étude
 - a. Objectifs
Evaluer l'impact et les effets de la mise en place d'une formation spécifique à la contention physique destinée au personnel de soin. Cette formation tient compte de la déontologie, des droits du patient et de la législation en la matière.
 - b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)
Il s'agit d'une étude pré-experimentale, sans groupe contrôle. L'évaluation se fera en 3 temps distincts. Il y aura une phase de pré-intervention, donc avant toute formation puis une phase post-intervention qui se fera directement après celle-ci et enfin une phase follow-up qui se fera

15

à distance de la formation.

La population cible est composée de différents professionnels de la santé mentale travaillant en psychiatrie, au sein du secteur A d'ISOSL Liège, sur les sites du "Petit Bourgoin" et "Agora".

Ces professionnels sont infirmiers, éducateurs, aides-soignants et assistants sociaux.

Les soins, soins-foins et soins-être sont mis en avant dans le but d'évaluer le personnel soignant.

L'évaluation théorique des soins se fera à l'aide d'un questionnaire avec entre autres, des questions à choix multiples.

Une mise en situation sera proposée aux participants afin d'évaluer leurs aptitudes à constater un patient psychotique.

Le comportement des soignants sera également évalué afin de voir si le patient est respecté dans son intégrité physique et mentale.

Cette-ci se fera à l'aide d'une grille d'évaluation reprenant les différents points concernés.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? NON
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? NON
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ?
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? OUI

8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Éthique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 6/11/21 Nom et signature du promoteur : Dr Verbaes Haend

robas
Edree Sobnie
Infirmière chef de service

[Signature]

Annexe 6 : Avis favorable du Collège restreint des Enseignants

RE: Demande au Comité d'Ethique



MSSP <mssp@uliege.be>
26-01-21 15:00

À : C.Muniken@student.uliege.be

Bonjour,

Suite à l'analyse de votre demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Département des Sciences de la Santé publique, le Collège restreint des Enseignants vous informe qu'il n'est pas nécessaire de soumettre votre dossier à un Comité d'éthique.

Bonne continuation dans votre projet de recherche.

Le Collège restreint des enseignants