

La mise en place d'un programme de type «recherche-action» pourrait-elle influencer l'utilisation de la contention physique dans un service de Gériatrie?

Mémoire-Projet

Mémoire réalisé par
Eline De Bruycker

Promoteur et Co-promoteur
Pr. Didier SCHOEVAERDTS et Mr. Jean-François BLAIRON

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

La mise en place d'un programme de type «recherche-action» pourrait-elle influencer l'utilisation de la contention physique dans un service de Gériatrie?

Mémoire-Projet

Mémoire réalisé par
Eline De Bruycker

Promoteur et Co-promoteur
Pr. Didier SCHOEVAERDTS et Mr. Jean-François BLAIRON

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

Je souhaite commencer par adresser ma vive reconnaissance à mon promoteur, Prof. Didier SCHOEVAERDTS MD. PhD. pour ses encouragements, sa disponibilité et sa confiance. Avec son épouse Mme VANDERICK, ils ont su trouver les mots pour me rassurer et me rendre sans cesse confiance en moi.

Mes vifs remerciements à tous les professionnels des services de Gériatrie qui m'ont consacré avec gentillesse beaucoup de leur temps pour me permettre de réaliser mon projet.

Un merci tout particulier à mon co-promoteur sur le terrain, Mr. Jean-François BLAIRON, pour son esprit critique et les nombreuses remises en question qu'il a suscitées chez moi.

Très cordial merci à mon infirmière chef, Mme Eudoxie MADOUKOU pour sa compréhension et pour l'organisation de mes horaires en vue de la réalisation des réunions de discussion.

De très chaleureux «merci» à mes collègues de travail pour leurs nombreuses attentions et leur gentillesse.

Je remercie l'ensemble de l'équipe de l'UCL- Faculté de Santé Publique et les membres du RESODOC pour leur disponibilité et leurs nombreux conseils lors de mes demandes.

Enfin, j'adresse une pensée à mes proches grâce à qui ce Master a été possible. Ils m'ont été d'un indéfectible soutien lors de mes instants de mauvaise humeur et mes crises de larmes. Ils sont ma grande fierté.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, etc.) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Abréviations et définitions

Abréviations	Significations
[é]	Passage de verbatim
[Chiffres]	Intervalle de Confiance à 95%
<	Inférieur à
>	Supérieur à
«Acte B1»	«Dans la liste des prestations techniques de l'art infirmier: B1= prestations ne requérant pas de prescription médicale.» (CTAI, AR n°78 du 10 novembre 1967).
min	minutes
Min.	Minimum
«p =»	p-valeur: «La probabilité d'obtenir une valeur de la statistique (des données) qui est au moins aussi extrême que celle qui représente les données d'échantillon si on suppose que l'hypothèse nulle est vraie» (SPIJBROECK, 2016, p. 37).
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AVJ	Activités de la Vie journalière: «se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux WC, manger» (CORNETTE, 2017, p.15).
AIVJ	Activités Instrumentales de la Vie Journalière: «téléphoner, faire ses courses, cuisiner, faire le ménage, faire sa lessive, se déplacer, préparer ses médicaments et gérer son argent» (CORNETTE, 2017, p.15).
CAM®	Confusion Assessment Method (Echelle de détection de la confusion aigue)
CHR	Centre Hospitalier Régional
CTAI	Commission Technique de l'Art Infirmier
Comorbidités	«L'existence ou la survenue d'une nouvelle entité pathologique au cours de l'évolution clinique d'un patient qui présente une maladie chronique index, cette dernière étant la justification du recours aux soins» (YANCIK et al., 2007).
DAR	Données Actions Résultats
EVA®	Echelle Visuelle Analogique
G	Gériatrie/ Gériatrique

G1 ou 2	Service de Gériatrie n°1 ou 2
J	Jour
KTB	Cathéter intraveineux avec bouchon
MMSE®	Mini-Mental State Evaluation (échelle relative au statut cognitif)
N°/n°	Numéro
OR= Odds Ratio	«La COTE (ou ODD en anglais) est le ratio entre la probabilité de survenue d'un événement et celle de son contraire. [é] Si le rapport est différent de 1 c'est qu'il existe une association entre le facteur étudié et l'effet observé. OR<1: la cote pour les personnes exposées au facteur est moins grande que pour les personnes non exposées (le facteur «protège») OR>1: la cote pour les personnes exposées au facteur est plus grande que pour les personnes non exposées» (DEGRYSE, 2016, pp.2-5).
Prévalence	«Proportion du nombre de cas d'une maladie observée à un instant donné sur la population à risque dont sont issus ces cas». (DEGRYSE, 2016, pp.2-5)
SEGA®	Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission
SHERPA®	Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie
STRATIFY®	Scale for Identifying Fall Risk Factors (Echelle d'évaluation du risque de chute)
Test statistique-Test d'hypothèse	«Un test d'hypothèse(ou test de significativité) est une procédure standard à propos d'une propriété d'une population (une procédure standard pour tester une affirmation ou hypothèse).» «L'Hypothèse nulle (H0):l'affirmation que la valeur d'un paramètre d'une population (proportion, moyenne) est égale à une certaine valeur supposée.» «L'Hypothèse alternative (H1):l'affirmation que le paramètre a une valeur qui diffère (>, <, í) de celle de l'hypothèse nulle.» «Statistique de test: une valeur calculée à partir des données d'échantillon et elle est utilisée dans la prise de décision du rejet ou non de l'hypothèse nulle. Elle est obtenue par conversion de la statistique d'échantillon (proportion d'échantillon, moyenne d'échantillon) et un score (z ou t) en supposant que l'hypothèse nulle est vraie. La statistique de test peut alors être utilisée pour déterminer si on a assez de preuves contre l'hypothèse nulle» (SPIJBROECK, 2016, p.37).
X	Nombre de fois

Table des matières

Remerciements	4
Le plagiat.....	5
Abréviations et définitions	6
Table des matières	8
Table des illustrations	10
1 Introduction	11
2 Théorie sur la contention	12
2.1 Définition(s)	12
2.2 Moyens spécifiques	12
2.3 Quelques chiffres.....	13
2.4 Pourquoi instaurer une mesure de contention physique?	13
2.5 Caractéristiques des patients contenus.....	14
2.6 La contention physique pratiquée sans risque et sans conséquence?.....	15
2.7 Recommandations	15
2.8 Quelles alternatives à la contention?.....	16
2.9 Les interventions de diminution de la contention.....	16
2.9.1 Résultats de différentes interventions visant la réduction de la contention physique....	17
2.9.2 Leviers des interventions.....	18
2.9.3 Freins des interventions.....	18
2.10 Législation concernant la contention	19
3 Théorie sur la recherche-action	20
3.1 Les buts visés par la recherche-action.....	20
3.2 Caractéristiques	21
3.3 Défis de la recherche-action	22
3.4 Les leviers de la recherche-action.....	23
3.5 Les effets positifs de la recherche-action	23
4 Les apprentissages informels	25

4.1	Définition	25
4.2	Caractéristiques	26
4.3	Typologie des apprentissages informels infirmiers	26
5	Partie pratique	27
5.1	Problématique.....	27
5.2	Objectifs de la démarche.....	27
5.2.1	<i>Objectif général</i>	27
5.2.2	<i>Objectif de la recherche-action</i>	27
5.2.3	<i>Objectifs opérationnels</i>	27
5.3	Public cible.....	28
5.4	Description du contexte initial et de l'utilisation de la contention	28
5.5	Méthode	29
5.6	Phases et étapes	30
5.7	Position des chercheurs.....	34
5.8	Les dimensions éthiques	34
6	Résultats	35
6.1	Récapitulatif des étapes de la recherche-action dans le projet	35
6.2	Présentation des données obtenues lors des réunions de discussion.....	37
6.2.1	<i>Réunions de travail</i>	37
6.2.2	<i>Réunions d'évaluation</i>	38
6.3	Mesure d'impact de la démarche (Données quantitatives).....	45
7	Discussion	58
7.1	Limites	62
7.1.1	<i>Réflexivité personnelle</i>	62
7.1.2	<i>Réflexivité épistémologique</i>	63
8	Conclusion	70
8.1	Perspectives.....	71
9	Bibliographie	72
10	Table des annexes	80

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1: Causes et facteurs de vulnérabilité de la contention physique	14
Tableau 2: Synthèse théorique concernant la contention physique	19
Tableau 3: Synthèse théorique concernant la recherche-action.....	24
Tableau 4: Description du public cible.....	28
Tableau 5: Etapes de la recherche-action dans le projet	36
Tableau 6: Etude de la prévalence journalière de patients contenus- Comparaison entre les deux phases d'observation.....	46
Tableau 7: Comparaison des patients contenus entre les deux phases d'observation.	47
Tableau 8: Comparaison des patients non-contenus entre les deux phases d'observation	54
Tableau 9: Comparaisons entre les patients contenus et non-contenus	55
Tableau 10: Synthèse des limites de l'étude	68
Tableau 11: Messages clés de ce mémoire.....	69

Figures

Figure 1: Phases de la recherche-action (AUJOULAT, 2017, p.24).....	21
Figure 2: Synthèse des phases et étapes du projet.....	35

1 Introduction

Les mesures de contention sont utilisées dans les divers milieux de soins pour personnes âgées. En effet, une étude de deVRIES et al. (2004, p.1034) a montré que *«la prévalence des contentions est estimée entre 7 et 22% dans les services hospitaliers belges de court séjour (barrières de lit non comprises)»*.

Il est important de préciser que l'utilisation de la contention fait partie des pratiques à risques. Par conséquent, il est judicieux de réaliser des interventions pour en limiter l'utilisation ou du moins conscientiser les soignants mais également les patients et les familles par rapport à son utilisation.

De plus, *«il est apparu que la pratique de la contention est rarement formalisée par une procédure validée au niveau de l'établissement. La décision de la contention se fonde plus sur une impression de la présence d'un risque que sur l'évaluation précise de ce risque. Cette perception est certainement confortée par le sentiment que l'absence de contention ferait courir un risque médico-légal au soignant»* (ANAES, 2000, p.12).

De par ces différents arguments et de par les lectures réalisées à ce sujet, il semblait opportun d'approcher cette problématique, dans un service hospitalier de Gériatrie, en utilisant un programme de type «recherche-action». Ce projet sera évalué par la suite pour savoir si cette méthode d'approche (participative) se révèle efficace pour induire un changement de comportement chez les professionnels utilisant la contention chez les personnes âgées (question de recherche).

2 Théorie sur la contention

2.1 Définition(s)

La contention est définie comme: «*Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité*» (LAROUSSE, 2012, p.217).

La forme abordée dans ce travail est la forme physique. Elle peut être définie comme étant: «*La contention physique dite passive. Elle reprend l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté*» (ANAES, 2000, p.10). BLEIJLEVENS (2016, p.1) ajoute la notion de «*The use of any method that is attached or adjacent to a person's body and that he/she cannot control or remove easily*».

Cependant, il est à noter que toutes les études n'utilisent pas la même définition de la contention. Il en résulte dès lors des résultats parfois très éloignés, rendant les comparaisons complexes (HOFMANN & HAHN, 2013).

2.2 Moyens spécifiques

Les principaux moyens cités sont: «Les liens de membres (poignets, chevilles), la ceinture abdominale et la ceinture pelvienne, la tablette au fauteuil et les moufles» (ANAES, 2000, p.10).

Les barrières de lit ne sont pas reprises ici comme une forme de contention. En effet, elles sont considérées comme un **dispositif rassurant pour le patient** et ne servent pas toujours à le contenir dans son lit (CASTLE & ENGBERG, 2009; ENGBERG et al., 2008; FENG et al., 2009; KOCZY et al., 2011; MAMUM & LIM, 2005; MEYER et al., 2008).

Enfin, certains éléments peuvent se révéler être des contentions tels que: «*vêtements ou draps, dont l'usage est détourné afin de limiter les mouvements naturels du corps*» (POIRIER, 1998, p.10). Ces moyens sont peu sécuritaires et sont en général bannis de la pratique soignante.

2.3 Quelques chiffres

En ce qui concerne les chiffres en matière de contention physique dans les établissements de soins aux personnes âgées, ceux-ci sont pour le moins très disparates et peu précis. Une étude de deVRIES et al. (2004, p.1034) a montré que la *«prévalence des contentions est estimée entre 7 et 22% dans les services hospitaliers belges de court séjour (barrières de lit non comprises)»*. Ensuite, DAYEZ (2014, p.1) a mis en évidence que *«la variabilité dans l'utilisation de la contention dans les établissements va de 4.4% à 58.9%»*.

Ces variabilités dans les données concernant la prévalence peuvent être expliquées en partie par plusieurs facteurs non communs à toutes les études: *«la définition de la contention, la méthode de collecte des données, les lieux de soins, la taille de l'échantillon étudié, la législation en vigueur et la pratique soignante»* (Traduction libre de LAURIN et al., 2004, p.1033). De plus, la période sur laquelle la prévalence s'inscrit est spontanément peu référencée.

2.4 Pourquoi instaurer une mesure de contention physique?

Les justifications les plus courantes sont (DAYEZ, 2014 et ANAES, 2000):

- Protéger le patient (le plus souvent d'une chute);
- Préserver les perfusions et autres appareillages;
- Maîtriser l'agitation, l'agressivité, l'errance ou tout trouble du comportement;
- La peur pour les soignants de plaintes concernant un accident qui s'est produit alors que le patient aurait pu/dû être contenu.

Ces différentes justifications sont également retrouvées dans les études de HAMERS et al. (2004), HOFFMAN et al. (2013), MÖHLER et al. (2016) et O'KEEFFE (2004).

Néanmoins, selon VAN VYVERE et DUMONT (2013, p.368), *«Dans le cas des patients âgés et/ou agités, la société actuelle tend à penser que le risque doit être nul. Or, en gériatrie, la faute professionnelle n'est pas la chute mais la grabatisation»*. *«Le respect de cette règle (éviter la grabatisation) amène donc la prise de risques»* (LONGNEAUX, 2008, p.368).

Le référentiel de bonnes pratiques énonce également les causes possibles et facteurs de vulnérabilités liés à la contention physique (ANAES, 2000, pp.15-16) dans le tableau 1.

Tableau 1: Causes et facteurs de vulnérabilité de la contention physique

Causes possibles	Facteurs de vulnérabilité
- Le traitement médicamenteux (diurétiques, hypnotiques, antihypertenseurs, é); - La pathologie cardio-vasculaire; - L'hypotension orthostatique; - Le déficit sensoriel; - Les chaussures et les vêtements inappropriés.	- L'âge avancé (>75 ans); - Les antécédents de chute; - L'incontinence urinaire et la nycturie; - L'autonomie et la mobilité réduites; - L'altération de l'état cognitif et du jugement (désorientation, confusion); - La faiblesse musculaire; - L'état nutritionnel.

Malgré ces différentes justifications, il n'existe pas de preuve formelle et scientifique de l'efficacité de la contention. Notamment, des études de HEALEY et al. (2008, p.2) et TANG et al. (2012, p.2) dans Cochrane ont montré que «la réduction des mesures de contention ne s'accompagnait pas d'une majoration des chutes et des blessures». Ceci est donc un «élément clé dans le processus de changement de représentations et de pratiques dans le domaine de la contention» (ANAES, 2000, p.12).

De plus, certaines études ont démontré que la contention entraînait parfois plus de risques et d'effets délétères sur le patient que de bénéfices. On reprendra par exemple la conclusion de l'étude TINETTI de 1991: «les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets âgés soumis à la contention (17% versus 5%; $p < 0.001$) et les conséquences de celles-ci ne sont pas plus graves en l'absence de contention» (ANAES, 2000, p.12).

2.5 Caractéristiques des patients contenus

Le guide bonne pratique de l'ANAES (2000, p.12) a pu mettre en évidence des caractéristiques souvent rencontrées **chez les patients contenus**. Il s'agit: «de l'âge, de la désorientation, du risque de chute et de la dépendance fonctionnelle» (EVANS et al., 1989; LOFGREN et al., 1989; SULLIVAN et al., 1999; TINNETTI et al., 1991, p.12). Plus particulièrement, l'étude de HEINZE et al. (2011) a montré que les **patients contenus à l'hôpital** avaient des caractéristiques très spécifiques telles que: «patient de sexe féminin, âge avancé, présentant une grande dépendance, chuteur / antécédents de chute (2 semaines), polymédiqué, incontinent urinaire, désorienté et en alitement strict» (HEINZE, 2011, p.1036).

2.6 La contention physique pratique sans risque et sans conséquence?

Cette pratique soignante peut présenter des risques. On peut en relever de plusieurs ordres (cités dans DAYEZ, 2014 et ANAES, 2000):

- Les conséquences liées à l'immobilisation prolongée:

- Une fonte musculaire entraînant une **perte d'équilibre** (FRANCK et al., 1996) et un risque plus important de **chute** (HOENIG et al., 1991);
- Un **risque d'escarres** (FRANCK et al., 1996);
- Une **perte d'autonomie** (FRENGLEY et al., 1986 et MION et al., 1989);
- Une augmentation de la **durée d'hospitalisation** (FRENGLEY et al., 1986 et MION et al., 1989);
- Une **mortalité** plus importante (FRENGLEY et al., 1986 et MION et al., 1989).

- Les conséquences sur le plan psychologique:

- Les patients peuvent éprouver de l'anxiété, une diminution de l'estime de soi, de l'humiliation, de la résignation et développer une dépression (GIROUX et al., 2005);
- Des épisodes de **confusion** ou d'**agitation** peuvent apparaître ou se voir majorés. (TINETTI et al., 1991).

- Les conséquences pour les soignants:

- Ils peuvent éprouver des **émotions négatives** telles que la tristesse, la culpabilité et la pitié ou à contrario, un sentiment de sûreté (CHUANG & HUANG, 2007; HANTIKAINEN & KÄPPELI, 2000 et MÖHLER & MEYER, 2013).
- Cela peut entraîner une **charge supplémentaire de travail** pour l'équipe soignante qui s'explique par «*le travail de surveillance, de réévaluation de la situation et de prévention des effets néfastes de la contention elle-même*» (PHILLIPS et al., 1993, p.14).

Un tableau récapitulatif des conséquences de la contention physique dans la littérature est présenté en annexe 1.

2.7 Recommandations

Le guide de bonnes pratiques de la contention physique de l'ANAES comprend un ensemble de recommandations (10) qui s'appliquent à «*toute personne âgée de plus de 65 ans, encore*

capable de se mobiliser, hospitalisée dans un **service de soins** [é]. Il vise **l'ensemble** des professionnels de santé qui travaillent avec des personnes âgées et qui souhaitent évaluer et améliorer leurs pratiques en matière de contention» (ANAES, 2000, p.10). Il existe également des recommandations similaires réalisées par la Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI) suite au groupe de travail sur «la contention et l'isolement».

Toutefois, selon DAYEZ (2014, p.2), «les mesures de contention physique sont parfois nécessaires mais doivent être **évaluées et réévaluées** régulièrement. Selon les circonstances et les moments de la journée, la contention peut se révéler utile ou superflue».

De plus, l'ANAES (2000) a formulé ses recommandations afin que la contention soit **justifiée et bien encadrée**. Ils recommandent l'essai de mesures alternatives avant la décision de contention physique. Néanmoins, «un des **problèmes** souvent rencontrés est le manque de **moyens humains** dans les hôpitaux et les lieux d'hébergement. En effet, les solutions alternatives et individuelles demandent une attention soutenue à la personne, qui n'est généralement pas possible, **faute de temps**» (DAYEZ, 2014, p.3).

Finalement, selon MALO (2000), «la **volonté de tout sécuriser** peut mener à la maltraitance». Le travail sur les **mentalités** est donc un point primordial dans le processus de changement.

2.8 Quelles alternatives à la contention?

«Les mesures alternatives sont nombreuses mais restent souvent **empiriques**. Il faut dès lors **les adapter** au cas par cas et selon le risque encouru par le patient (lié à la chute, à l'agitation, à la confusion, à la déambulation, etc.)» (ANAES, 2000, p.22).

Plusieurs études ont permis de tester ces alternatives et un classement en 4 catégories peut être proposé (ANAES, 2000, p.22): «Approche médicale et infirmière», «Modification de l'environnement», «Approche occupationnelle» et «Approche socio-psychologique». Ces différentes alternatives sont décrites en annexe 2.

2.9 Les interventions de diminution de la contention

Trois types d'interventions ont été commentés dans la revue systématique de la littérature de MÖHLER et al. (2016):

1. «Les interventions qui proposent des **alternatives à la contention**. Il y est question de donner des conseils pratiques pour limiter les facteurs de risque de contention et pour utiliser correctement les alternatives» (Traduction libre de MÖHLER et al., 2016, p.3).

2. «Les interventions **d'éducation simples**. Elles visent l'augmentation des connaissances concernant l'utilisation de la contention et touchent au **processus de prise de décision** (procédure) mais pas à la «culture soignante» (Traduction libre de MÖHLER et al., 2016, p.3).

3. «Les interventions **d'éducation complexes** (éléments multiples et inter-reliés). Selon CRAIG (2008), il s'agit d'une combinaison d'approches qui vise un changement dans la politique d'utilisation de la contention et dans la culture organisationnelle. Ces interventions touchent notamment aux attitudes des soignants et des familles concernant la contention physique (HAMERS & GULPERS, 2004)» (Traduction libre de MÖHLER et al., 2016, p.3).

2.9.1 Résultats de différentes interventions visant la réduction de la contention physique

-Une **diminution de l'utilisation de la contention** a été montrée. Selon KOCZY et al. (2011), la contention a été diminuée de 50% et selon MUÑIZ et al. (2016), elle a diminué de 18.1% à 1.6%.

-Il n'a pas été montré de **corrélation** entre la **diminution de la contention** physique et l'augmentation de **l'utilisation de traitements médicamenteux** (GULPERS, 2011; KOCZY et al., 2011 et KÖPKE, 2012).

-Une **augmentation du nombre de chute** a été observée. MUÑIZ et al. (2016) parlent d'une augmentation de 13.1% à 16.1% du nombre de chutes. Selon KOCZY et al. (2011) cette augmentation du nombre de chute (OR= 2.08; IC 95%: 0.98-4.40) ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de dommages graves.

De plus, nous pouvons souligner les résultats de l'étude de VEDEL et al. (2007) concernant une intervention visant le suivi des recommandations formulées par l'ANAES. Elle consistait en «la diffusion de matériels éducatifs, d'une fiche de prescription spécifique et des formations» (VEDEL et al., 2007, p.159). Les résultats obtenus (un an après la fin de l'intervention) étaient: «le taux de prescription des contentions mises initialement (8,7 % à 57,4 %), de même l'inscription du motif des contentions mises augmente (3,5 à 35,3 %). Trois autres recommandations non appliquées initialement (discussion bénéfice/risque, surveillance

des contentions et information des patients), le sont dans 19 à 34 % des cas. Malgré une meilleure application de ces recommandations, la prévalence de la contention reste stable aux trois temps (environ 70 %)» (VEDEL et al., 2007, p.159).

2.9.2 Leviers des interventions

-Agir sur les **représentations** des professionnels concernant la contention (BAGARAGAZA et al., 2006);

-Répertorier les **connaissances** des soignants concernant la contention (BAGARAGAZA et al., 2006);

-Développer une **collaboration interprofessionnelle** qui regroupe toutes les personnes concernées de près ou de loin par la contention (MÖHLER et al., 2013);

-Adopter une approche adaptée à la **culture et aux lois** du pays (HAMERS et al., 2004).

2.9.3 Freins des interventions

-Les **représentations** des soignants concernant l'efficacité de la contention physique rendent difficile la diminution de son utilisation (MÖHLER et al., 2016; VEDEL et al., 2007);

-Le **manque de connaissance** concernant les **mesures alternatives** (MÖHLER et al., 2016);

-Le **contexte** de mise en place de la contention (Ex: le manque de ressources humaines) évoqué par DAYEZ (2014) et MOORE & HARALAMBOUS (2007);

- «*La **culture organisationnelle** (le leadership et le réseau interpersonnel des infirmières et autres professionnels de la santé ou les familles des patients) qui se concentre essentiellement sur la prévention d'événements potentiellement dangereux*» (Traduction libre de MÖHLER et al., 2016, p.2);

-Les **recommandations** sont complexes à appliquer de par leurs natures différentes, le nombre de personnes différentes qu'elles impliquent et leur caractère parfois peu concis et peu pratique (BAGARAGAZA et al., 2006);

- «*Le **processus de décision** actuel diminue le sentiment de responsabilité des soignants*» (BAGARAGAZA et al., 2006, p.161);

-Le **manque de discussion** entre professionnels autour de la balance bénéfique/risque de la contention, avant et après la mise en place de celle-ci (BAGARAGAZA et al., 2006).

2.10 Législation concernant la contention

Selon le groupe de travail du CTAI sur «La contention et l'isolement» (Octobre 2007), «il est important de reprendre divers éléments législatifs pour réaliser de manière légale la contention» (CTAI, 2007, p.3). Il est à retenir qu'il s'agit d'un acte B1 (autonome infirmier) selon l'Arrêté Royal du 18 juin 1990 et que l'infirmière est responsable de cet acte posé même si une prescription médicale a été réalisée (CTAI, 2007).

Tableau 2: Synthèse théorique concernant la contention physique

La contention physique	
- Prévalence entre 7 et 22% dans les services hospitaliers (deVRIES, 2004) mais variabilité des données; - Causes/facteurs de vulnérabilité multiples et profil particulier pour les patients contenus à l'hôpital; - Absence de preuve d'efficacité; - Conséquences concernant l'immobilisation prolongée, le vécu des patients et des soignants; - Recommandations (ANAES et CTAI), mesures alternatives et interventions multiples (but= réduction); - Acte infirmier autonome légiféré dans l'Arrêté Royal du 18 juin 1990.	
Principaux résultats des interventions de réduction de l'utilisation de la contention	
-Une diminution de l'utilisation de la contention; -Pas de lien entre la réduction de la contention et une utilisation différente de médicaments; -Une augmentation du nombre de chutes sans augmentation de dommages graves.	
Levers pour les interventions	Freins pour les interventions
-Agir sur les représentations des professionnels; -Répertorier les connaissances des soignants à ce sujet; -Développer une collaboration interprofessionnelle; -Adopter une approche adaptée à la culture et aux lois du pays.	-Les représentations des infirmières concernant l'efficacité de la contention; -Le manque de connaissance concernant les mesures alternatives; -Le contexte de mise en place de la contention et la culture organisationnelle; -Les recommandations complexes à appliquer; -Le sentiment de responsabilité des soignants (amoindri par le processus de décision actuel); -Le manque de discussions interprofessionnelles.

3 Théorie sur la recherche-action

Selon WATERMAN et al. (2001, p.2), la recherche-action est: «une **période d'enquête** qui **décrit, interprète et explique les situations sociales** tout en exécutant une intervention de **changement** visant à «**améliorer**» et à «**impliquer**». Elle est axée sur les problèmes, spécifique au **contexte** et **orientée vers l'avenir**».

De plus, il s'agit d'un «**processus participatif et démocratique**» (REASON & BRADBURY, 2002, p.73) «dans lequel la recherche ne s'effectue pas «sur» mais bien «avec» les **participants**» (SAVOIE-ZAJC, 2012, p.74). Selon QUIXLEY (2008, p.3), les acteurs impliqués «sont considérés comme des experts de leurs propres besoins» et sont donc des «co-chercheurs». Cette recherche contribue donc au développement d'une «**communauté d'apprentissage** qui part des préoccupations du terrain pour développer et améliorer les pratiques» (SAVOIE-ZAJC, 2012, p.74). «Il est à noter que ce processus s'inscrit généralement sur une longue durée» (SAVOIE-ZAJC, 2012, p.74).

Elle a été décrite pour la première fois dans les travaux de John COLLIER en 1945 et spécifiée dans ceux de Kurt LEWIN en 1947. Depuis, elle a connu bon nombre de modifications (MONCEAU, 2012).

3.1 Les buts visés par la recherche-action

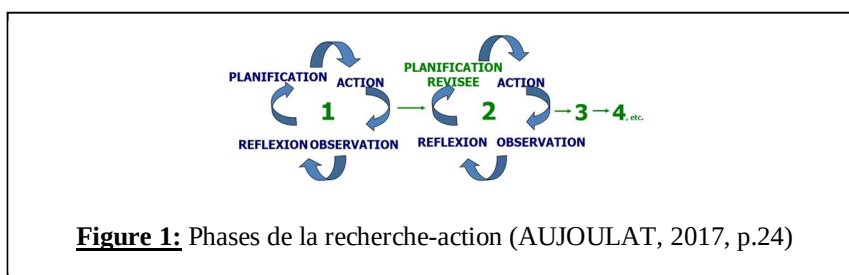
- Développer une **approche pragmatique du terrain**; selon ROY & PREVOST (2013);
- Mettre en évidence des **barrières rencontrées** par les acteurs et favoriser leur engagement dans l'identification et l'application de solutions pratiques; selon BELL et al. (2014); DAY et al. (2009) et ERICSON-LINDMAN & STRANDBERG (2016);
- Travailler avec les professionnels à la **résolution de leurs problèmes** sans leur donner de solutions toutes faites; selon GUAY & PRUD'HOMME (2011) et REASON & BRADBURY (2002);
- «**Changer les pratiques et les structures organisationnelles**» (WATERMAN et al., 2001, p.3);
- Contribuer au **développement de la profession**; selon COGHLAN & CASEY (2001);

-«Which aims at both **taking action and creating knowledge** or theory about that action» (COGHLAN & CASEY, 2001, p.675).

3.2 Caractéristiques

Elle est caractérisée par différentes phases précisées par WATERMAN et al. (2001) dans AUJOULAT (2017, p.23) qui forment un «processus cyclique» (ROY et al., 2013, p.131):

- «La **problématisation** (définition de la situation problème et de la question de recherche, implication des acteurs)»;
 - «La **planification de l'action** (y compris méthodes et indicateurs d'évaluation)»;
 - «La **mise en œuvre de l'action**»;
 - «L'**observation/ évaluation** du processus et des effets (différents niveaux possibles, suivant l'implication des participants et du chercheur)»;
 - «La **réflexion** qui sera suivie par une nouvelle planification- action-observationé ».
- AUJOULAT (2017, p.23)



En ce qui concerne le «**chercheur principal**», pour reprendre Mme AUJOULAT (2017, p.26): «Il fait partie de l'équipe et réalise donc la recherche sur sa propre pratique. Il est facilitateur de changement, il apporte ses connaissances personnelles, son énergie et les informations théoriques et méthodologiques auxquelles il a accès».

En ce qui concernent les «**co-chercheurs**» (participants), ils «sont associés à la réflexion tout au long de la recherche: le chercheur leur présente systématiquement ses résultats pour les faire valider et les décisions concernant les étapes suivantes (définition du problème, l'action à mettre en œuvre et la manière d'évaluer) sont prises en commun» (AUJOULAT, 2017, p.27).

Enfin, une recherche-action peut se réaliser au moyen de **réunions de discussion**. «Ces réunions sont conçues comme opportunités de dialogue critique, d'apprentissage mutuel

autour des expériences des participants et de leur interprétation de ces expériences» (AUJOULAT, 2017, p25).

Il existe *«plusieurs familles de recherche-action»* (LES CHERCHEURS IGNORANTS, 2015, pp.32-33):

- *«Les recherches-actions techniques»;*
- *«Les recherches-actions pratiques»;*
- *«Les recherches-actions critiques/émancipatrices».*

Il est à préciser que *«malgré l'orientation dominante de chacune d'elles, dans les faits il arrive fréquemment qu'elles s'inspirent l'une de l'autre et cela, tant sur le plan de la vision que des procédés»* (LES CHERCHEURS IGNORANTS, 2015, pp.32-33).

La recherche-action réalisée dans ce mémoire fait partie de la famille des **«recherches-actions pratiques»** qui *«s'intéressent plutôt à la compréhension et à la transformation des pratiques. Le travail est la plupart du temps centré sur l'étude des représentations, les manières de faire et le développement personnel et professionnel des praticiens. En règle générale, on mise sur la réflexivité en groupe, mais aussi sur l'acquisition de nouveaux savoirs dans l'action»* (LES CHERCHEURS IGNORANTS, 2015, pp.32-33).

3.3 Défis de la recherche-action

Le premier défi va se marquer au niveau des participants (SAVOIE-ZAJC, 2012). En effet, selon SAVOIE-ZAJC (2012), le fait que la **collaboration** soit une caractéristique forte, des jeux de pouvoir et d'influence peuvent se développer entre des personnes de niveaux hiérarchiques différents, mais devant travailler ensemble de manière égalitaire. De plus, la recherche pourrait avoir **des retombées sur l'ensemble de l'organisation**. Ceci implique le respect des principes **d'anonymat et de confidentialité** à propos des participants et des données. Après, le fait que la recherche soit participative, il est question de la **propriété des données**. Cette question doit être abordée afin de maintenir un climat de confiance entre le chercheur et les co-chercheurs. Enfin, cette démarche participative *«ne permet pas de trouver des solutions à tous les problèmes relevés»* (Traduction libre de JUTHBERG et al., 2016, p.646).

Le deuxième défi porte sur la morphologie de l'étude et son écriture (SAVOIE-ZAJC, 2012). En effet, il est complexe de traduire la **structure en spirale** et les **effets rétroactifs** (SAVOIE-ZAJC, 2012). De plus, il s'agit d'une méthode «dont les **résultats sont imprévisibles** (car ils dépendent du fonctionnement du groupe de travail et du chemin qu'il souhaite prendre), ce qui ne permet pas de fixer une temporalité précise» (Traduction libre de JUTHBERG et al. 2016, p.647).

Ensuite, concernant **la méthode**, il lui est souvent reproché son *manque de rigueur scientifique*» (KEMMIS & MCTAGGART, 2000, p.11). De plus, «certaines **définitions utilisées sont peu claires**, ce qui contribue à une mauvaise compréhension du concept» (CRONHOLM & GOLDKUHL, 2004, p.11). Il est également relevé que «les **outils développés** par les participants ne sont pas validés mais bien adaptés à leurs besoins de terrain» (Traduction libre de DAY et al., 2009, p.20).

Le troisième défi va porter sur les infirmière-chercheuses (COGHLAN & CASEY, 2001). En effet, celles-ci sont «en général immergées dans l'organisation et ont une **«précompréhension»** qui peut influencer la suite de la recherche. Elles doivent **combiner leur rôle** en recherche-action et leur rôle habituel dans l'organisation; cette dualité peut conduire à une potentielle **ambiguïté et un conflit**» (Traduction libre de COGHLAN & CASEY, 2001, p.674).

3.4 Les leviers de la recherche-action

- Le groupe (sentiment d'appartenance) est un levier pour adopter des nouvelles normes comportementales; selon ROY et al. (2013) qui citent: BARGAL, GOLD & LEWIN (1992).
- La collecte des données peut être facilitée lorsque l'infirmière réalise la recherche sur son lieu de travail. Les avantages sont: un accès direct et une connaissance du terrain et la possibilité de rebondir sur les questions et expériences grâce à la précompréhension de la situation; selon COGHLAN & CASEY (2001).

3.5 Les effets positifs de la recherche-action

- Elle apporte un éclairage neuf sur les situations, valorise des expériences de terrain et permet le transfert de connaissances; selon ALLA et al. (2015).

- Elle permet l'adaptation des outils et guidelines aux besoins de terrain; selon ERICSON-LINDMAN & STRANDBERG (2016).
- Elle donne aux professionnels l'occasion de s'exprimer sur leur vécu au quotidien et permet la reconnaissance des éléments positifs déjà existants sur le terrain (renforcement positif); selon ERICSON-LINDMAN & STRANDBERG (2016).

Tableau 3: Synthèse théorique concernant la recherche-action

La recherche-action	
- Processus participatif et démocratique; - Recherche avec les participants (= des co-chercheurs experts de leurs propres besoins).	
Buts	
- Approche pragmatique du terrain et mise en évidence des barrières rencontrées; - Apport de changements/ solutions visant à améliorer les pratique (résolution de problèmes); - Développement d'une communauté d'apprentissage, apprentissage grâce à l'action.	
Caractéristiques	
- Phases successives qui forment un processus cyclique: problématisation, planification de l'action, mise en œuvre/observation des effets de l'action et réflexion pour recommencer le cycle; - Un chercheur principal accompagné des co-chercheurs (= les participants); - Moyen de réaliser la recherche-action= les réunions de discussion.	
Défis/ Freins	Leviers
- Les participants (collaboration primordiale mais complexe, principes d'anonymat et de confidentialité, propriété des données et absence de solution pour tous les problèmes); - La morphologie de l'étude et son écriture (cyclique, résultats imprévisibles, outils adaptés aux besoins du terrain et donc difficulté de réutilisation dans autre contexte); - Les infirmières-chercheuses ont une précompréhension du terrain ce qui peut influencer la suite de la recherche; - La dualité de rôles des infirmières-chercheuses peut être ambiguë et apporter le conflit.	- Le groupe (sentiment d'appartenance); - Recherche sur son lieu de travail (accès direct et connaissance du terrain, la possibilité de rebondir sur les questions et expériences, facilite collecte des données).
	Effets positifs
	- Eclairage neuf sur les situations; - Valorisation des expériences de terrain (vécu); - Transfert de connaissances; - Adaptation des outils/guidelines au terrain.

4 Les apprentissages informels

D'abord, l'intérêt de traiter ce type d'apprentissages dans ce mémoire est retrouvé dans cet extrait: «WENNER (2006), infirmière et docteur en sociologie, constate qu'en milieu hospitalier les infirmières ou une équipe de soins apprennent des pratiques sur le terrain puis transmettent ces savoirs à leurs pairs. Le contenu de cette transmission concerne ce que l'infirmière sait faire et donc la pratique. L'infirmière-pair n'a pas conscience de transmettre une information, mais y participe toutefois. Cette relation d'échanges peut être assimilée à une forme d'autoformation sociale, de compagnonnage favorisant l'appropriation des savoirs et l'évolution commune des pratiques professionnelles. Les sources sont l'observation, la mémorisation, l'écoute des autres» (MULLER, 2016, p.70).

Comme nous considérons que l'utilisation des mesures de contention est une «pratique» apprise sur le terrain et transmise entre professionnels, nous avons jugé opportun de traiter ce type d'apprentissage dans ce travail.

4.1 Définition

Selon MULLER (2016), ces apprentissages informels transmis ont la particularité de regrouper plusieurs définitions pour le moins hétérogènes, ce qui ne permet pas toujours de considérer ce concept en tant que tel. Dans le cadre de ce mémoire, une seule définition des apprentissages informels sera considérée: «Marsick et Watkins (1990) définissent l'apprentissage informel et fortuit comme un apprentissage accidentel, un sous-produit d'une autre activité, un processus de plusieurs dimensions, composé d'interactions cycliques. Ces allers retours incessants se situent à l'intérieur d'un processus de résolution de problème, dans des circonstances non habituelles, lorsque les procédures et réponses utilisées normalement échouent. Ils s'effectuent lors de la réalisation d'une tâche, par expérimentation ou tâtonnement, grâce à des interactions personnelles et l'exploitation d'une gamme de ressources, selon la perception de la culture de l'organisation. Qu'il soit incident, fortuit, ou accidentel, l'apprentissage est lié à l'expérience» (cité dans MULLER, 2016, p.64).

4.2 Caractéristiques

Ils sont caractérisés par: «la réflexivité, le collectif et la résolution de problèmes. [é] L'apprentissage est considéré comme réflexif, fondé sur l'expérience et sur la résolution de cas réels et puisant sa source dans la collaboration et le travail d'équipe» (ROUSSEL, 2010, p.62).

4.3 Typologie des apprentissages informels infirmiers

Selon MULLER (2016 pp.160-163), il existe trois types d'apprentissages informels infirmiers:

-«**L'apprentissage infirmier intentionnel**: il est volontaire et conscient»;

-«**L'apprentissage infirmier incident**: il est conscient et involontaire, non dirigé, de survenue aléatoire en fonction de la pratique professionnelle quotidienne. Pour WITTORSKI (2005), l'infirmière qui réalise de tels apprentissages adapte progressivement des modèles d'actions quotidiens, dans l'action, par des ajustements successifs, mais sans réflexivité, dans une situation nouvelle individuelle»;

-«**L'apprentissage infirmier implicite**: il est inconscient et involontaire. Les savoirs sont des savoirs d'expérience appris malgré soi, spontanément, dans ou au cours de l'action, par l'habitus, pouvant être conscientisés par un travail langagier d'explicitation».

Dans le cadre de ce mémoire, les apprentissages infirmiers **incidents** et **implicites** seront abordés.

Cependant, il est à rappeler que les différents éléments évoqués par MULLER (2016) sont issus d'une recherche qualitative et ne sont donc pas généralisables à toutes les situations. Cette manière d'envisager les apprentissages peut néanmoins aider à la compréhension des résultats de ce mémoire.

5 Partie pratique

5.1 Problématique

Sur le terrain, un **constat préalable** à la mise en place du projet révèle d'abord, que les pratiques des professionnels relatives à la contention étaient non-systématiques et comportaient peu de réévaluations.

Ensuite, les responsables des unités ont soulevé une sous-utilisation des outils informatiques permettant d'assurer la justification et le suivi des contentions physiques.

Enfin, il s'avère que la contention soit un sujet peu débattu en réunions pluridisciplinaires et que peu de notes (prescriptions) médicales soient réalisées à ce sujet alors qu'il s'agit d'une obligation dans l'institution.

5.2 Objectifs de la démarche

5.2.1 Objectif général

Observer l'effet d'une démarche participative (recherche-action) sur les pratiques des soignants relatives à l'utilisation des moyens de contention physique en Gériatrie et plus particulièrement, sur la prévalence des patients contenus et le nombre de recommandations suivies concernant la contention. Cette méthode prend en considération les freins et leviers concernant les programmes d'application des recommandations relatifs à la contention physique (BAGARAGAZA et al., 2016; KOCZY et al. 2011).

5.2.2 Objectif de la recherche-action

Impliquer les professionnels de terrain dans la démarche de résolution du problème relatif à la contention en leur permettant d'élaborer leurs propres outils/solutions en vue d'avoir une pratique plus systématique et sécuritaire.

Le **sous-objectif** concerne dès lors l'amélioration de la qualité des soins et l'utilisation plus pertinente et encadrée des mesures de contention.

5.2.3 Objectifs opérationnels

- Recenser les problèmes, les attentes et les solutions des professionnels de terrain concernant la contention physique par l'intermédiaire des réunions de discussion.

- Développer avec les professionnels des outils adaptés au terrain leur permettant une «meilleure utilisation» de la contention physique.
- Observer l'impact de la démarche: une diminution de la prévalence de patients contenus et une augmentation du nombre de recommandations ANAES suivies dans le service.
- Observer d'autres changements (pratiques et connaissances) concernant les pratiques professionnelles en lien avec la contention.

5.3 Public cible

Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire appartenant aux deux services de Gériatrie du CHR ont été conviés durant la période du projet (juillet 2017- avril 2018). Une description est présentée dans le tableau 4. Il est à noter que toutes ces personnes n'ont pas été présentes durant l'entièreté de la réalisation du projet car plusieurs départs et remplacements ont eu lieu.

Tableau 4: Description du public cible

Infirmiers	Total: 38	Paramédicaux	Total: 12
Infirmiers Chefs	Total: 2		-Kinésithérapeutes: 3
Aides-soignantes	Total: 5		-Ergothérapeutes: 4
Equipe logistique	- Secrétaires: 2 - Aides-logistiques: 2		-Logopède: 1
Médecins	Total: 7 - Médecins gériatres: 2 - Résidents: 5		-Diététicienne: 1 -Psychologues: 2 -Assistante sociale: 1

5.4 Description du contexte initial et de l'utilisation de la contention

La structure hospitalière dans laquelle se déroule cette recherche a tenu à rester anonyme. Le terme CHR sera dès lors utilisé lorsqu'il y sera fait référence.

Cette structure comporte deux services de Gériatrie qui communiquent par un couloir commun. Chaque unité de soin possède sa propre équipe bien qu'il ne soit pas rare que celles-ci s'entraident. Chaque service est composé de 24 lits distribués dans 17 chambres. Les patients admis dans ces services sont, en principe, âgés de plus de 75 ans et souffrent de problèmes médicaux, sociaux et/ou psychologiques. Ces patients ont une durée de séjour moyenne de 21 jours (en 2017).

On dénombre 761 patients hospitalisés dans ces services chaque année (chiffres pour l'année 2017); ce qui donne une approximation de 63 entrées par mois.

En ce qui concerne les équipes de soins, celles-ci ont connu de nombreux changements durant l'année 2017-2018. En effet, des départs et arrivées de membres du personnel, un changement de directeur général et un changement de chef d'unité dans un des deux services sont à signaler. La mémorante travaille en tant qu'infirmière dans un de ces deux services depuis bientôt 3 ans.

En ce qui concerne l'utilisation de la contention physique dans ces services, elle est réglementée dans une procédure (propre à l'institution) qui stipule qu'une prescription médicale est requise avant sa mise en place; mais ceci est peu appliqué dans la pratique. Cette mesure spécifique a pour objectif de limiter l'utilisation de la contention et de l'encadrer. De plus, il n'existe pas de données chiffrées concernant l'utilisation des mesures de contention physiques. Dès lors, une étude préalable de la prévalence et des conditions d'utilisation de celle-ci est réalisée.

Enfin, c'est suite à des discussions informelles avec les acteurs de terrain qu'il a été décidé de réaliser ce travail sur le thème de «l'utilisation des mesures de contention physique».

5.5 Méthode

Il s'agit d'une **recherche avant-après** qui est centrée sur une **recherche-action pratique** (Cf. théorie) accompagnée d'une **étude d'impact**. Il s'agit donc d'une méthode **mixte** comportant deux versants:

-«**Qualitatif**»: il s'agit de la démarche participative (recherche-action) qui permet de connaître les besoins des professionnels, de construire avec eux des outils adaptés au terrain et de comprendre leur vécu durant le projet. Il s'agit donc de l'aspect original du projet car il tient compte des freins et leviers mis en évidence dans d'autres interventions de diminution de la contention (BAGARAGAZA et al., 2016; KOCZY et al. 2011).

- «**Quantitatif**»: il est utilisé pour l'étude de l'impact de la démarche. En effet, il est question d'étudier la prévalence de patients contenus et le suivi des recommandations concernant la contention physique, avant et après la démarche participative. D'autres indicateurs (ex: profil de risque) seront utilisés afin de limiter les biais possibles. De la sorte, nous pourrions observer si un changement s'est opéré entre les deux phases d'observation.

5.6 Phases et étapes

Il est à noter que durant toute la démarche l'inclusion des professionnels s'est faite uniquement sur base volontaire. Celle des patients s'est faite sur base de leur présence dans le service (échantillons de convenance).

La **première phase** a été marquée par **l'observation participante du terrain**. Elle reprenait le travail d'observation des patients (contenus et non-contenus) et du suivi des recommandations ANAES (2000) durant la période du 10 juillet 2017 au 10 septembre 2017 (63 jours). Cette étape a été réitérée en fin de projet afin de pouvoir commenter l'impact de la démarche. Elle a été annoncée lors de réunions de service, par mail et posters (afin de multiplier les moyens de communication).

Concernant les **patients contenus**, une grille d'observation (Cf. annexe 3) a été complétée par les professionnels. Le but était de conscientiser ceux-ci par rapport à leur utilisation de la contention. Elle était propre à chaque patient contenu et reprenait le détail des heures, types de contention et motifs de celle-ci pour chaque pause de travail (la grille rassemblait 7 jours d'observation). Un contrôle ponctuel (min. 1X/semaine) des informations a été réalisé. Ces informations se sont vues accompagnées par la réalisation d'un profil de risque reprenant 8 échelles (SEGA®, SHERPA®, CAM®, MMSE®, Katz®, SRATIFY®, EVA®, Profil de comorbidités®; Cf. annexe 4), ainsi qu'une description du patient (âge, sexe, service, date d'entrée et de sortie et appareillages médicaux). Elles ont été complétées par une **observation directe et une analyse des dossiers** (par la mémorante).

De plus, une grille d'observation du suivi des dix recommandations de l'ANAES pour chaque patient contenu a été complétée.

Pour les **patients non-contenus**, un profil de risque reprenant les échelles de Katz®, SEGA® et MMSE® complétées d'une description sommaire de ces patients (âge et sexe) ont été réalisés par la mémorante (**par observation directe ou analyse de dossiers**). Ces informations avaient pour but de savoir si les deux populations de patients étudiées (avant et après) étaient semblables. Un dossier-type de collecte des données ainsi qu'une explication des différentes échelles sont consultables en annexes 4 et 5.

L'ensemble de ces informations a été compilée dans une base de données. Celle-ci a été analysée à l'aide de logiciels de tests statistiques (IBM Statistics SPSS®- Version 24 et STATA®) afin de déterminer la significativité de la différence des données entre les deux

périodes d'observation. Elles permettaient également de connaître la prévalence de patients contenus par jour d'observation.

Ensuite, la **deuxième phase du projet** s'est amorcée et se rapportait à la **recherche-action** proprement dite. Des réunions de discussion (22 séances programmées et 19 abouties) ont été réalisées durant la période de septembre 2017 à avril 2018. Elles ont été menées à l'aide de **guides d'entretiens semi-dirigés** (annexe 6) auprès d'un groupe «ouvert». Il s'agissait donc ici d'échantillons de convenance car les participants étaient libres de participer comme ils l'entendaient aux réunions. Le but était d'intégrer un maximum de personnes au projet et qu'elles soient libres de toute pression.

Des données complémentaires relatives au nombre de participants et à la durée de chaque réunion est repris en annexe 7. Les réunions se déroulaient dans une salle polyvalente en Gériatrie ou le bureau infirmier. Elles commençaient en général par un récapitulatif du travail déjà accompli et l'annonce des objectifs du jour.

Détail des réunions

1. Le plan de communication du projet était composé d'interventions lors des réunions de service, de posters, de mails et d'entrevues informelles avec les acteurs de terrain (des exemples de ceux-ci sont disponibles en annexe 8). Les posters prévenaient de la date et heure des réunions (1 semaine à l'avance) mais celles-ci pouvaient s'adapter selon la charge de travail dans les unités.

Par la suite, une multitude de réunions se sont enchaînées. Elles comportaient le même **objectif général**: «Réfléchir ensemble sur notre utilisation de la contention physique et élaborer des pistes d'amélioration (adaptées au terrain) par l'intermédiaire d'une démarche participative». Néanmoins, chacune d'entre elles comportait des objectifs opérationnels spécifiques qui seront détaillés ultérieurement.

Il est à préciser que chacune des réunions réalisées a été enregistrée (avec accord des participants) et retranscrite intégralement (Cf. Annexe 16 sur plateforme DIAL). De plus, un compte-rendu de chacune d'elles a été mis à disposition des équipes après validation de leur contenu par les participants eux-mêmes (dans la semaine, dans la farde du projet). Tout ceci dans un but de transparence totale.

2. Les réunions de discussion (n°1) dont l'objectif principal était de dresser un état des lieux du **vécu des soignants** concernant leur utilisation de la contention physique. Ces réunions étaient introduites par les **chiffres relatifs à la première phase d'observation** afin que les participants soient conscients des pratiques dans leur service. De plus, quelques points de «**théorie**» relatifs à la contention, les recommandations en la matière ainsi que des études à ce sujet y ont été abordés. Ceci dans le but que tous les participants partent avec la même compréhension de la problématique. Pour ceux qui n'avaient pas pu assister à cette réunion, les documents reprenant la théorie évoquée ainsi que les chiffres relatifs au terrain ont été mis à leur disposition dans la farde dédiée au travail (une dans chaque service).

3. Les réunions de discussion (n°2) Ces réunions avaient pour objectif de connaître les **changements** que les soignants souhaitaient voir mis en place ainsi que les freins et les leviers concernant leurs propositions. Ceci dans le but de faire réfléchir les professionnels sur leurs pratiques et de susciter chez eux la mobilisation de leurs compétences en matière de résolution de problèmes; celles-ci étant indispensables pour la poursuite de la démarche.

4. Les réunions de discussion (n°3) Ces réunions visaient une **mise en commun des différentes propositions de changement** et une mise en évidence des propositions à traiter prioritairement (décision en groupe). Ici, le choix s'est porté sur le fait de travailler sur un outil d'aide à la décision et de justification de celle-ci. Ce choix était en lien avec la création de nouvelles fenêtres informatiques. Les autres propositions des participants ont été retranscrites dans le compte-rendu et pourront être abordées dans un futur proche (lorsque les outils créés seront implémentés sur le terrain).

5. Les réunions de discussion (n°4) Ces réunions consistaient en deux objectifs. Le premier visait: **l'explication et la validation de l'algorithme décisionnel**, son adaptation en fonction des réalités du terrain et **le travail sur les fenêtres informatiques** qui pouvaient aider à son application concrète.

Le deuxième objectif visait: une réflexion sur un **document de référence** relatif à la contention physique (en partant de la théorie) à destination des familles. La création de ce document ayant été demandée afin de faciliter l'étape «Information de la famille» reprise dans l'algorithme décisionnel.

Ces quatre types de réunions peuvent être regroupés comme étant des «**réunions de travail**».

6. Les réunions de discussion (n°5) Il s'agissait de «**réunions d'évaluation**». Elles visaient **l'évaluation de l'outil créé ainsi que celle de la démarche de recherche-action**. Il était envisagé d'y aborder les points suivants: ce que la démarche a apporté (en positif comme en négatif), les freins rencontrés, ce qui devrait être modifié, les connaissances acquises ainsi que la qualité des outils développés durant ce projet.

Ces réunions ont été complétées par la réalisation d'un **questionnaire** anonyme qui reprenait les thèmes présents dans les réunions d'évaluation (Annexe 9). Il a donc été réalisé post-réunions et n'était pas validé par la littérature (cf. Limites). Ceci dans les buts de compléter les réponses des participants et de permettre à tous les professionnels de s'exprimer à propos du projet (Ex: ceux qui n'avaient pas pu assister aux réunions et ceux qui ne souhaitent pas s'exprimer de vive-voix). Il comportait 16 questions et 15 sous-questions, aussi bien ouvertes que fermées. Il était construit en trois grandes parties: «L'implication dans le projet», « L'évaluation (démarche, outils créés et freins rencontrés) » et «Les améliorations et moyens de pérenniser le projet». Il a fait l'objet d'un pré-test sur trois soignants de l'équipe. Les professionnels avaient un mois pour le compléter. L'ensemble des réponses est disponible en annexe 17 sur la plateforme DIAL.

Pour ce qui est de la méthode utilisée pour **l'analyse des données qualitatives** qui regroupaient: les réunions de «travail» et les réunions d'«évaluation».

Une analyse descriptive du contenu de ces réunions a été réalisée. Pour ce faire, la démarche par thématisation séquentielle a été utilisée car le corpus était relativement conséquent. Elle a consisté en une mise en évidence des thèmes émergents (regroupés en catégories) dans les quatre premières réunions. Les catégories qui en sont ressorties, ont formé la grille d'analyse pour les réunions suivantes.

Enfin, en ce qui concerne **la troisième phase** du projet. Il s'agissait d'abord, de mesurer l'impact de la démarche participative en ré-observant la prévalence de patients contenus et le suivi des recommandations durant la période du 10 février -10 avril 2018 (63J). Les outils et méthodes utilisés dans la phase 1 ont été réutilisés afin de pouvoir comparer les données.

Ensuite, il était question d'adopter une **démarche réflexive** sur le travail réalisé (qui sera développée dans la partie «Limites et Discussion»). Pour réaliser celle-ci, il était question notamment d'analyser les réponses obtenues lors des réunions d'évaluation et les questionnaires. De plus, une recherche sur le niveau de participation atteint lors de cette

démarche participative a été réalisée sur base du nombre d'acteurs présents aux réunions (listing consultable en annexe 7) et des réponses obtenues lors de celles-ci.

Ces différents éléments permettent de déjà avoir une idée de «l'efficacité» de la démarche car ils permettent de savoir si les participants ont vraiment eu l'occasion de s'exprimer et d'avoir un impact/rôle réel dans la démarche (but recherché).

Il est à préciser qu'un aperçu de l'ensemble des outils utilisés lors de ce mémoire (grille d'observation, profils de risques, guides d'entretien et questionnaire), ainsi que les outils créés en collaboration avec les groupes lors des réunions de discussion, sont disponibles en annexes 3, 4, 6, 8, 9 et 10.

5.7 Position des chercheurs

Le **chercheur principal**: la mémorante faisant partie de l'équipe, elle avait donc une pré-connaissance du terrain et a réalisé une analyse réflexive sur sa vision de la contention avant d'entreprendre le projet (annexe 11). En effet, il n'était pas souhaitable que sa vision influence trop le déroulement du projet ainsi que ses résultats.

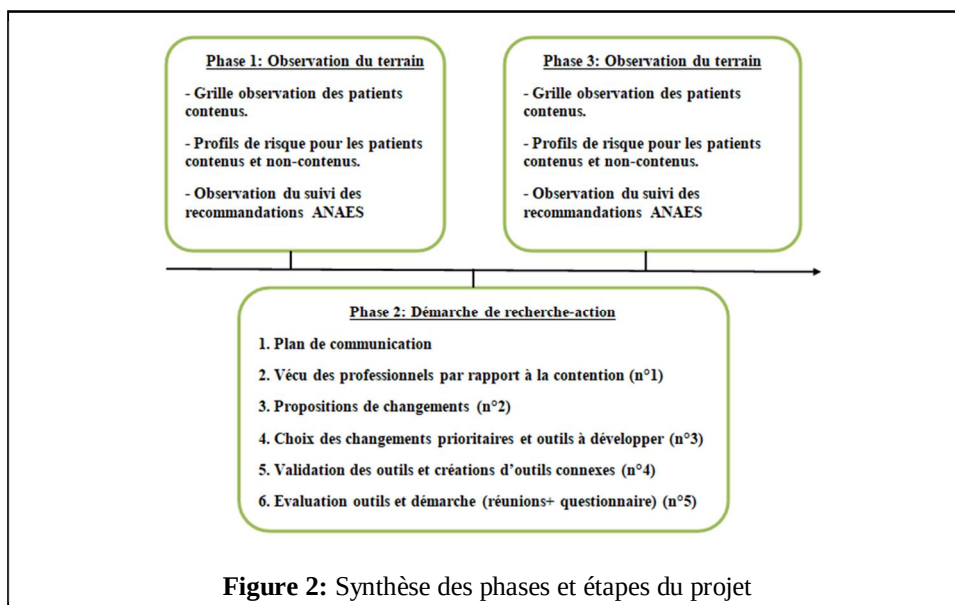
Les **participants (co-chercheurs)**: Pour la réalisation de ce projet, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire des deux services de Gériatrie a été invité à participer à la démarche. Toutes les décisions ont été prises en commun avec les personnes présentes lors des réunions. De plus, il a été laissé à ceux qui n'ont pas participé aux réunions l'occasion de s'exprimer sur les différents outils créés. En effet, un document prévu à cet effet était mis à leur disposition dans la farde dédiée au projet. Enfin, les différents comptes rendus des réunions faisaient l'objet d'une validation par les participants avant leur diffusion (dans la farde).

5.8 Les dimensions éthiques

L'accord du comité d'éthique de l'institution a été sollicité (11/05/2017) et des échanges concernant l'avancement du projet ont été réalisés.

Ensuite, en ce qui concerne la «confidentialité des données» (PROSSER & WILLIAMSON, 2002), de nombreux éléments ont été mis en place afin de permettre l'anonymat le plus complet concernant les professionnels et les patients observés (codes pour désigner les personnes, âge des patients, pas de date de naissance et recueil limité de données personnelles). Néanmoins, pour certains professionnels en nombre restreint (ex: la logopède), il est difficile de limiter le risque de reconnaissance.

Enfin, il est question du «consentement éclairé» (PROSSER & WILLIAMSON, 2002). Celui-ci n'a pas été demandé pour le suivi des patients contenus car la démarche portait essentiellement sur l'observation des pratiques soignantes. En ce qui concerne les professionnels, il n'a pas été respecté dans les règles de l'art compte tenu de l'imprévisibilité du chemin qu'allait prendre la démarche. Ils ont dès lors donné leur accord sans avoir toutes les informations nécessaires.



6 Résultats

Ils sont présentés en deux parties et visent à répondre à la question de recherche: «la mise en place d'un programme de type «recherche-action» pourrait-elle influencer l'utilisation de la contention physique en Gériatrie ?».

En premier lieu, un récapitulatif des étapes de la recherche-action dans le projet est présenté.

En deuxième lieu, une présentation des données obtenues lors des réunions de discussion (septembre-avril) est réalisée et comporte deux versants: les données relatives aux réunions de «travail» et celles relatives aux réunions d'évaluation».

En troisième lieu, une présentation des résultats concernant la mesure d'impact de la démarche est réalisée (données quantitatives).

6.1 Récapitulatif des étapes de la recherche-action dans le projet

Ce récapitulatif est présenté dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5: Etapes de la recherche-action dans le projet

Étapes de la recherche-action	Mise en œuvre dans le projet
La problématisation (étape préalable)	Cette étape est à l'origine du projet. En effet, il a été demandé aux professionnels de terrain de proposer des thèmes à traiter. De plus, elle reprend les réunions de discussion relatives au vécu des participants (n°1).
La planification de l'action	Cette étape reprend le plan de communication, les réunions de discussion relatives aux changements à apporter sur le terrain (n°2) et au choix des propositions de changement à traiter prioritairement (n°3).
La mise en œuvre de l'action	Cette étape reprend les réunions de discussion relatives à la construction des outils (n°3 et 4). Il est à préciser que les outils sont testés de manière informelle sur le terrain (pendant 3 semaines) et des adaptations de ceux-ci sont apportées au fur et à mesure des limites rencontrées. Ceci correspond aux étapes d'observation/évaluation et de réflexion.
L'observation/ évaluation de l'action	Cette étape reprend les améliorations apportées aux différents outils sur le terrain. Cependant, ceux-ci doivent encore être implémentés de manière officielle et une observation/ évaluation de leurs effets devra être réalisée. Elle reprend également les réunions de discussion relatives à l'évaluation de la démarche (n°5).
La réflexion	Cette étape comprend les différentes pistes d'amélioration et de pérennisation du projet évoquées lors des réunions d'évaluation (n°5).

6.2 Présentation des données obtenues lors des réunions de discussion

Il est intéressant de signaler qu'au niveau de la participation aux séances de discussion, 39 professionnels différents (sur 68) ont assisté au moins une fois à ces réunions (23 infirmiers, 5 aides-soignantes, 6 paramédicaux, 2 infirmiers en chef, 2 médecins et 1 secrétaire). Ce qui représente 57% de «participation».

L'analyse des données qualitatives s'est réalisée, d'abord, par la mise en évidence des différents thèmes (regroupés en catégories) présents dans les quatre premières réunions «de travail» (chaque réunion prise individuellement). Par la suite, les éléments issus de ces réunions ont constitué la grille d'analyse pour les autres réunions (thématisation séquentielle).

En ce qui concerne les réunions «d'évaluation», une mise en évidence des différents thèmes (regroupés en catégories) présents pour chaque réunion a été réalisée.

6.2.1 Réunions de travail

Ces réunions se sont déroulées entre les mois de septembre 2017 et février 2018. Elles forment un ensemble de 15 réunions menées sur 16 prévues (Cf. Limites). Le nombre de participants variait d'une à dix personnes. Leurs durées étaient comprises entre 15 min et 1h15 et étaient ouvertes à tous. Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire de Gériatrie n'ont pas participé (pour des raisons qui seront évoquées dans la partie «Limites»).

Le contenu de celles-ci permet de dégager des éléments en lien avec l'impact de la démarche sur les participants.

En effet, quatre catégories ont pu être mises en évidence (suite au regroupement des thèmes): «Le changement», «Le terrain», «Les personnes» et «La démarche». Chacune d'entre-elles regroupe un ensemble de thèmes et de sous-thèmes (annexe 12). Un aperçu du contenu est présenté ci-dessous:

- La catégorie «**terrain**» reprend les thèmes relatifs au contexte du projet, les éléments qui existent déjà dans l'institution (projets, matériel, é) et les problèmes qui y sont rencontrés. Ces derniers sont précisés en fonction de leur domaine: la communication, les pratiques, la législation, l'infrastructure, le système de soins, la situation, les personnes et les incohérences rencontrées.

- la catégorie «**personnes**» traite de l'expérience des participants; de leur avis sur leur pratique, sur la problématique et sur les changements; de leurs connaissances; de leurs habitudes; de leur vécu; de la vision de leur profession (limites et possibilités) mais aussi de celle des autres métiers de l'équipe pluridisciplinaire.
- La catégorie «**changement**» reprend les propositions de changement réalisées par les participants ainsi que la mémorante. On y retrouve également, leurs différents avantages, leviers, limites et freins. Il y est aussi fait référence des objectifs, freins des outils proposés et du fait qu'ils doivent être testés avant d'être implémentés.
- La catégorie «**démarche**» reprend les objectifs annoncés (du projet mais aussi de chaque réunion), les freins et attentes qui y sont relatifs ainsi que la théorie transmise et l'organisation du travail.

6.2.2 Réunions d'évaluation

Ces réunions ont été programmées entre les mois de mars 2018 et avril 2018. Elles forment un ensemble de deux réunions menées sur quatre prévues (Cf. Limites). Le nombre de participants variait de cinq à neuf personnes. Elles duraient entre 35 min et 1h et étaient ouvertes à tous. Ces réunions avaient pour buts de mettre en évidence l'impact de la démarche sur les participants et sur l'utilisation de la contention. Elles permettent aussi de pointer les leviers et freins de cette démarche, ainsi que les moyens de l'améliorer et de la pérenniser.

Un questionnaire anonyme a été proposé pour permettre d'enrichir les réponses obtenues lors des réunions d'évaluation et permettre à tous les professionnels de s'exprimer (notamment ceux qui ne souhaitaient pas s'exprimer de vive-voix). Ce **questionnaire** a été construit sur base des catégories émergentes des réunions d'évaluation (non validé par la littérature; cf. Limites). Il est à préciser que 15 questionnaires ont été récupérés sur 68 distribués (22%). L'ensemble des réponses obtenues sont consultables en annexe 17 (plateforme DIAL).

Il est également à préciser que cette évaluation est partielle car les outils créés par les professionnels sont en cours de validation par les responsables et ne sont pas encore implémentés sur le terrain (cf. Limites). Il s'agit donc d'une **évaluation à mi processus**.

Dans les réunions de discussion (**présentées en bleu**; accompagnées de leur référence), trois grandes catégories sont présentes: «l'implication dans le projet», «l'évaluation (démarche, outils créés et freins rencontrés)» et «les améliorations et moyens de pérenniser le projet». Les

réponses sont, comme annoncé précédemment, complétées par les informations issues des questionnaires (présentées en vert; accompagnée du code du questionnaire).

(1) L'implication dans le projet

Les participants se sont exprimés par rapport aux raisons de leur **implication dans le projet**.

«Inf18: Ben au départ, le projet c'était à toi. Mais de nous en faire part, ça nous a intéressées vu que nous avons souvent ici des patients confus. Donc moi ça m'a intéressée au plus haut niveau» (5.1-Lignes 119-121).

(2) L'évaluation (démarche, outils créés et freins rencontrés)

Évaluation de la démarche

En premier lieu, les participants se sont exprimés sur **les effets du projet perçus sur le terrain**:

- «Réflexion avant de contentionner»;
- «Diminution du nombre et de la durée de la contention»;
- «Réévaluation plus systématique»;
- «Changement des moyens de contention»;
- «Directives différentes chez les médecins»;
- «Réflexion sur la contention dans les autres unités»;
- «Utilisation de mesures alternatives telles que le cathéter avec bouchon»;
- «Lever la contention quand la famille est présente».

Ces divers éléments sont appuyés par:

«-AS3: Moins longtemps. Pour certains patients, je trouve qu'on les met moins longtemps.

-Inf13: Moins longtemps oui dans le sens où directement on se dit «bon est-ce que c'est nécessaire?»

-Inf37: Oui on réévalue.

-Inf13: Au fur et à mesure de chaque heure même de la journée, on se dit tient est-ce qu'on doit encore laisser ou pas ? Qu'avant on aurait peut-être laissé toute la matinée ou toute l'après-midi. Maintenant on se dit tient attention, est-ce que c'est encore nécessaire?

[é]-Inf18: Les choses se passent autrement qu'avant. Moi je trouve.» (5.1-Lignes 74-83)

«-Inf13: ça dépend des personnes qui sont là qui demandent à ce qu'on mette des choses en place. Mais je pense qu'on utilise un peu moins quand même.

-Inf18: En tous cas, on utilise moins.» (5.1- Lignes 88-90)

«-Inf18: Ben je pense que chez les médecins aussi.

- Inf34: Oui !

- M: Tu as pu remarquer ça ?

- Inf18: oui j'ai pu remarquer ça chez Med 6 et puis Med 1 depuis longtemps elle n'est pas pour la contention. Mais j'ai vu même avec Med 6 «Non non on ne met pas de contention. On cherche un peu plus ailleurs».
- M: Ok ailleurs. Donc tu as l'impression qu'au niveau pluri on a, enfin ça a touché un peu tout le monde ?
- Inf18: Oui j'ai vraiment l'impression.» (5.1-Lignes 144-152)

Les répondants expriment les mêmes notions que lors des réunions et ajoutent:

- «Meilleure signalétique au niveau informatique» (Q9);
- «Plus de connaissances» (Q2, 4, 7, 8, 10, 14);
- «Une prise de conscience des conséquences psychologiques engendrées par la contention physique chez les patients ayant été contentonnés. Mise en évidence d'un acte peu banal et traumatisant» (Q6 et 8).

Cependant, un des participants a exprimé le fait que **l'effet n'était pas comparable dans les deux services.**

«-PM7: Au niveau du G2, je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu un réel impact au niveau de la prise de conscience. Enfin voilà perso, je n'ai pas vraiment vu que ça a été limité ou pas. Je n'ai pas l'impression que ça. Enfin ça reste le même quoi.

-M: D'accord ça reste le même. [é]

- PM7: Je trouve que dans certains cas, on aurait pu éviter et que non. Parce que par sécurité, on a vite contentonné» (5.1- Lignes 60-70).

En deuxième lieu, les participants ont donné leur avis concernant **la méthode utilisée** (réunions de discussion) durant ce projet. Les échanges permis sont notamment mis en évidence.

«- PM7: Je trouve que c'est mieux comme maintenant.

- Inf13: Ce n'est pas la même chose.

- Inf26: C'est mieux comme ça on peut échanger.

- Inf37: Oui avoir des avis que d'autres n'ont pas.

- PM7: On voit qu'au final tout le monde est concerné.

- PM8: Que même on l'aurait lu en diagonale pour dire de l'avoir lu mais bon, ça n'aurait pas donné la même chose.» (5.1-Lignes 159-165)

Les répondants ont mis notamment en évidence : «les apports des échanges entre professionnels de l'équipe pluridisciplinaire (Q3, 4, 5, 7, 12, 15), «l'expression du vécu» (Q9) et «les apprentissages qui ont été permis» (Q8, 11, 12).

Evaluation des outils créés

Différents outils ont été créés durant le projet. Il s'agissait: d'un algorithme décisionnel concernant la contention physique, de fenêtres informatiques, d'un document relatif à la

communication avec les familles, d'un outil permettant de visualiser rapidement les patients contenus dans chaque unité et d'une farde reprenant tous les éléments relatifs au projet (théorie sur la contention, comptes rendus des réunions, évolution des outils proposés, document d'avis/améliorations à apporter aux outils). Les avis des participants les concernant sont développés en annexe 13. En effet, les outils n'étant pas encore implémentés sur le terrain, ils n'ont pas eu un impact direct sur l'utilisation des mesures de contention et ne permettent pas de répondre directement à la question de recherche.

Toutefois, les avis concernant la farde reprenant les éléments relatifs au projet sont à prendre en compte pour l'amélioration de la démarche. En effet, elle est considérée comme un moyen de communication durant le projet et a pu avoir un impact sur son évolution (cf. freins).

Les freins

D'abord, les participants et répondants se sont exprimés sur les freins à **leur participation à la collecte des données** relatives à la contention et **aux réunions de discussion**. La collecte des données consistait à compléter une grille expliquant les épisodes de contention (heure, moyen et motif de la contention). Ils ont notamment évoqué les notions de «manque de temps», «charge de travail», «horaires incompatibles» et «oubli».

- Pour la collecte des données relatives à la contention

«- Inf 36: J'ai essayé mais parfois je t'avoue que je n'ai pas le temps.

- Inf 16: C'est plus par manque de temps je pense.» (5.2-Lignes 64-65)

Des répondants ont évoqué les éléments suivants: «Absents» (Q1), «Pas au courant» (Q3) ou ne se sentaient pas concernés par cette surveillance de par leur fonction («Plutôt pour infi»; Q4 et 5).

- Pour les réunions de discussion

«- Inf29: Clairement parce que j'étais en récup.

- Inf36: Beaucoup trop de boulot.

- Pm4: Oui le boulot.

- Inf16: Moi j'oubliais ou alors j'étais en congé tu sais.

- Inf36: C'est comme de la semaine, tu étais venue nous chercher et on n'a pas su venir parce que c'était trop lourd.

- M: La charge de travail ok.

- Inf16: Oui c'est surtout ça» (5.2- Lignes 536-543).

«- PM7: Je pense qu'il n'y a pas de bon moment.

- Inf13: *Non c'est vrai qu'il n'y a pas de vrai bon moment.*
- Inf 18: *A chaque moment, il y aurait toujours eu quelque chose.*
- M: *Oui d'accord mais par exemple moi dans mes limites je n'ai touché qu'une veilleuse par exemple. Alors qu'elles mettent beaucoup de contention.*
- Inf 18: *Oui c'est ça.»* (5.1- Lignes 650-655)

Certains répondants ont évoqués les notions suivantes concernant:

- L'organisation: *«Horaire inverse à chaque fois»* (Q1); *«Pas assez de participants»*(Q3); *«Calendrier limité»*(Q6) et *«Temps manquant»* (Q6, 8).
- Les connaissances: *«Supports utilisés étaient insuffisants»*(Q3).

Ensuite, les participants et répondants se sont exprimés concernant les **freins relatifs aux moyens de communication utilisés**. La communication s'est réalisée notamment par l'intermédiaire d'une farde rassemblant les différents documents produits. Celle-ci a été peu utilisée par les professionnels.

«-Inf13: *Moi si. Pas souvent mais. [é]*

-Inf 34: *Moi j'ai regardé ce que tu mettais dans notre petit casier, ça j'ai lu. Mais c'est vrai que la farde non.*

-Inf26: *Oui moi aussi (oui de la tête de Inf 38 et 37)»* (5.1- Lignes 497-501)

«-Inf34: *[é] Personnellement, c'est vrai que je n'ai pas été voir ni rien mais ce n'est parce que je ne voulais pas. C'est juste que je n'y ai pas pensé. Après je ne sais pas quel autre moyen tu aurais pu utiliser pour plus toucher chacun de nous. Après je pense qu'on a tous notre responsabilité d'aller le consulter et tout et de se renseigner.»* (5.1- Lignes 464-467)

Il apparaît qu'une partie des répondants connaît l'existence de cette farde et l'a consultée pour

- *«Relire certaines parties afin que ma "pratique" soit en corrélation avec la théorie»* (Q6);
- *«Par curiosité»*(Q8).

Les avis sont partagés car certains expriment les notions de:

- *«Bien surtout pour les personnes qui n'ont pas su suivre les réunions»*(Q10);
- *«Permet de voir l'évolution du travail et de nous sentir vraiment concernés»*(Q12);
- *«Organisée mais j'aurais aimé avoir par mail car je ne me serais pas permise d'aller dans ton casier sans ta présence»*(Q7).

D'autres expriment le fait qu'elle ne soit *«Pas utilisée»*(Q11).

(3) Les améliorations et moyens de pérenniser le projet

Les améliorations

Concernant **la démarche** en elle-même, il ressort que l'aspect «participatif» est à maintenir et qu'un point d'honneur doit être mis sur l'implication de tous les professionnels dans la

démarche (afin que tout le monde apporte des idées). Néanmoins, pour un aspect pratique, il serait intéressant de travailler en petits groupes et de communiquer de manière plus large dans un deuxième temps.

«- Inf16: Ben non comme ça tu as les idées de tout le monde.

- M: Ok tout le monde

- Inf16: Oui que tout le monde soit au courant. [é]

- Inf16: Ben on peut travailler en petits groupes mais après faire une grande réunion. Tu comprends ce que je veux dire ?

- M: Oui ok.

-Inf16: Parce que c'est vrai que ce n'est pas évident de mettre tout le monde quoi» (5.2- Lignes 509-517)

Les répondants ajoutent les notions suivantes comme pistes d'améliorations:

- *«Se demande si les autres services vont être impliqués»(Q2);*
- *«Souhait de changements plus pratiques/concrets»(Q4);*
- *«Impression de n'avoir pas pu suivre toutes les étapes»(Q6);*
- *«Rapide»(Q8);*
- *«Une discussion avec tous les membres paramédicaux et médicaux» (Q3, 4, 6);*
- *«Une présentation plus structurée de ce qui a été fait et de l'état d'avancement» (Q11).*

Concernant **l'organisation des réunions** de discussion, il a été proposé de réaliser une réunion mensuelle afin de permettre un bon suivi des projets.

«- PM7: Peut-être pas toutes les semaines. Mais une fois par mois ça pourrait être bien.

- Inf13: Oui une fois par mois trouver un jour, toujours le même à une heure bien précise. Comme les pluri mais pas toutes les semaines évidemment.

- Inf34: Oui ne fut-ce que ça. [é]

- PM7: Oui et créer des groupes de projets.» (5.1- Lignes 671-677)

De plus, concernant les freins évoqués précédemment à ce sujet, un répondant exprime le fait que *«Rien de plus n'aurait pu être fait»(Q10)* pour lui permettre d'assister aux réunions. D'autres proposent: *«Obliger d'y aller (= heure de formation)»(Q14)* et *«Même si c'est difficile et que ça dépend de la motivation: un grand groupe de travail et toujours le même pour avancer»(Q5).*

Enfin, concernant **les moyens de communication utilisés**. Les participants ont exprimés le fait de:

- *«Continuer à réaliser des réunions»;*
- *«Communiquer les documents par mail»;*
- *«Remettre sur pied un carnet de communication».*

Ceci est appuyé par:

«-Inf34: En fait qu'est-ce que tu aurais pu faire d'autre ?

-M: Ben par exemple, tout ce qui est contenu dans la farde, j'aurais pu vous l'envoyer chaque fois par mail.

ï Inf 34: Ah oui voilà comme ça.

-Inf 26: En fait moi je pense que j'aurais plus lu si tu me les avais envoyés. Parce que ça me met «un message non lu» et je me dis ah» (5.1- Lignes 469-474).

«-Inf29: Ben nous avant, on avait un cahier d'informations mais bon qui a disparu depuis peu mais moi je trouvais que c'était une bonne idée.

-M: Oui quelqu'un lançait une idée et chacun répondait.» (5.2- Lignes 268- 270)

Les répondants ajoutent le fait que la communication soit: «*Plus structurée*»(Q11) et qu'il y ait des «*Réunions en plus*»(Q6).

Enfin, un grand nombre de participants et répondants ont mis en évidence le fait que «*le projet n'était pas terminé*» (PM7, 5.1- Ligne 514) et qu'il y a avait «*encore beaucoup de choses à développer (versant psychologique, adaptation des mesures alternatives et sensibilisation des autres services)*» (Inf13, 5.1- Ligne 135; PM7, 5.1- Ligne 517; PM7, 5.1- Ligne 826).

Les moyens de pérenniser le projet

Lors des réunions d'évaluation, il a été discuté des **moyens de pérenniser le projet** dans le temps. Les propositions sont:

- «Proposer un référent contention»;
- «Continuer de développer le projet»;
- «Sensibiliser les autres services»;
- «Proposer les outils aux étudiants»;
- «Réaliser un suivi de la prévalence de la contention»;
- «Rappeler aux réunions de service».

Ceci est appuyé par:

«- PM7: Et pourquoi pas faire des statistiques comme les bains ? Parce que tu vois c'est comme un challenge. Parce que du coup tu veux en mettre de moins en moins et donc tu trouves de plus en plus de stratégies. [é]

-PM7: Et à force de le répéter à chaque réunion de service. Ben je pense que ça va marcher.

-M: Ok.

-PM7: Une piqure de rappel.» (5.1- Lignes 892-899)

«-Inf34: Oui pouvoir donner des conseils justement s'il y a un référent. Et lui dire «écoute qu'est-ce que tu en penses si ?»

-Inf 18: Oui voilà.

-Inf34: Parce que maintenant la contention vue par chacun de nous c'est différent.» (5.1- Lignes 881-884)

«-Inf13: Maintenant, il faudrait que ça puisse s'élargir.

-Inf37: Et continuer.

-Inf17: A tous les patients gériatriques qui seraient dans les autres services.

-PM7: Il faudrait que tu puisses le présenter aux réunions pour être sûr que tout le monde soit là.» (5.1- Lignes 816-819)

«-PM7: Et peut-être les donner aux étudiants comme ça si ça les touche déjà ben après ils pourront même si ce n'est pas ici, ils pourront être porteur du projet là où ils vont travailler par après. Simplement et étendre ton projet.» (5.1- Lignes 699-701)

6.3 Mesure d'impact de la démarche (Données quantitatives)

Lors de la première phase d'observation du projet (juillet 2017- septembre 2017), 32 patients contenus ont été suivis sur 140 admis pour les deux services de Gériatrie.

Lors de la deuxième phase d'observation du projet (février 2018-avril 2018) qui consistait en la ré-observation du terrain, 18 patients contenus ont été suivis sur 150 patients admis pour les deux services de Gériatrie.

L'analyse des données a été faite par gestion de la base de données grâce aux programmes SPSS® et STATA ®. Les tests statistiques réalisés sont (seuil significativité de 5%):

- Analyse descriptive des données recueillies (fréquences, pourcentages, moyennes, déviations standards, tableaux croisés et intervalles de confiance [IC95%]).
- Pour ce qui est des variables continues, les tests ont été réalisés pour deux groupes non appariés (phase 1 et 2 ou patients contenus et non-contenus):
 - $n < 30$ et distribution considérée non normale: Test de Mann Whitney.
 - $n > 30$: Test T de Student (variances égales).
- Pour ce qui est des variables discrètes/ catégorielles, les tests ont été réalisés pour deux groupes non appariés (phase 1 et 2 ou patients contenus et non-contenus):
 - $E (= \text{valeurs attendues}) < 5$: Test de Fisher.
 - $E (= \text{valeurs attendues}) > 5$: Test χ^2 .
- Pour ce qui est de l'étude de risque (probabilités), des OR (Odds Ratios) ont été utilisés.
- Pour ce qui est de l'analyse multivariée, une régression logistique par sélection antérograde a été utilisée et est présentée en annexe 14.

En premier lieu, les résultats obtenus concernant l'étude de la prévalence moyenne journalière de patients contenus sont présentés dans le tableau 6. Il expose, par l'intermédiaire de la p-valeur, les différences entre les deux phases d'observation pour différentes variables. Ceci dans le but d'observer l'impact de la démarche sur l'utilisation de la contention et de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer cet impact (biais).

Tableau 6: Etude de la prévalence journalière de patients contenus- Comparaison entre les deux phases d'observation

Variables	Phase 1	Phase 2	P-valeur
Prévalence moyenne journalière de la contention (%) PC/ P [IC95%]	6.3 [5.3; 7.2]	2.6 [2.2; 3.0]	<0.01
Nombre moyen de jours «contenu» (J): NJC (±DS)	6 (0.8)	4 (1.1)	0.11
Durée observation moyenne (J): NJO (±DS)	21 (2.3)	20 (2.5)	0.94
Moyenne du rapport (%): NJC/NJO (±DS)	34 (5.2)	27 (7.4)	0.22

Légende: P= nombre moyen de patients par jour en Gériatrie; PC= Nombre moyen de patients contenus par jour en Gériatrie; NJC= Nombre moyen de Jours sous contention; NJO = Nombre moyen de Jours d'Observation des patients contenus; J= jour. Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et la prévalence (%) est accompagnée de son intervalle de confiance à 95% ([IC95%]).

Commentaires

- La **prévalence moyenne journalière de patients contenus** exprime le rapport moyen journalier entre le nombre de patients contenus et le nombre de patients présents en Gériatrie. Nous pouvons constater une diminution de 58,7% entre les deux phases d'observation; cette différence est significative ($p < 0.01$).
- Le **nombre moyen de jours «contenu»** correspond au nombre moyen de jours qu'un patient a passé sous contention durant la période d'observation. Il n'a pas changé de manière significative entre les deux phases.
- La **durée d'observation moyenne** correspond au nombre moyen de jours pendant lesquels un patient contenu a été observé. Elle n'a pas varié significativement entre les deux phases.
- Nous observons que le **rapport entre ces deux variables** n'a pas changé de manière significative entre les deux phases d'observation, ce qui montre que la démarche n'a pas influencé le nombre de jours de contention.

En deuxième lieu, une comparaison des patients contenus entre les deux phases d'observation est présentée dans le tableau 7. Il présente, par l'intermédiaire de la p-valeur, les différences entre les deux phases d'observation pour différentes variables. Ceci dans le but d'observer si les populations de patients contenus dans chaque phase sont semblables et ainsi écarter un biais. En effet, une diminution de l'utilisation de la contention pourrait s'expliquer par des populations différentes et non par la démarche.

Tableau 7: Comparaison des patients contenus entre les deux phases d'observation.

Variables	Phase 1	Phase 2	P-valeur
Patients contenus (n)	32	18	/
Age (années) m (±DS)	85 (0.9)	86 (1.4)	0.44
Sexe			0.26
Homme n (%)	14 (43.7%)	5 (27.8%)	
Femme n (%)	18 (56.2%)	13 (72.2%)	
<u>Types de contention n (%)</u>:			0.05
Ceinture abdominale	4 (12.5%)	2 (11.1%)	
Liens de membres	0 (0%)	4 (22.2%)	
Tablette fauteuil	20 (62.5%)	9 (50%)	
Contentions multiples	8 (25%)	3 (16.7%)	
<u>Motifs de contention n (%)</u>:			0.08
Troubles comportement	8 (25%)	4 (22.2%)	
Risque de chute	14 (43.7%)	9 (50%)	
Matériel à préserver	0 (0%)	3 (16.7%)	
Multiples	10 (31.3%)	2 (11.1%)	

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; n= effectifs.

Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et les variables catégorielles sont présentées par le nombre d'observations accompagné de leur pourcentage ou uniquement leur pourcentage.

Commentaires

- Les groupes de patients contenus sont semblables en ce qui concerne **l'âge et le sexe**.
- Il existe une différence significative ($p=0.05$) en ce qui concerne les **types de contention** utilisés. Nous observons une diminution des ceintures abdominales, des tablettes au fauteuil, des contentions multiples et une augmentation des liens de membres.
- Il existe une tendance ($p=0.08$) au niveau du changement des **motifs de contentions**. En effet, nous observons une diminution des motifs relatifs aux troubles du comportement, au risque de chute et aux motifs multiples et une augmentation du motif relatif au matériel à préserver.

Variables		Phase 1	Phase 2	P-valeur
Score de Katz /32 m (±DS)		24 (0.9)	26 (1.4)	0.22
<u>Sous-items du score de Katz (%)</u>				
Réalisation de la Toilette /4	1	0%	5.6%	0.25
	2	9.4%	11.1%	
	3	31.2%	11.1%	
	4	59.4%	72.2%	
Réalisation de l'habillage /4	1	12.5%	5.6%	0.49
	2	3.1%	11%	
	3	28.1%	16.7%	
	4	56.3%	66.7%	
Se rendre aux WC/4	1	9.4%	5.6%	0.97
	2	21.9%	27.8%	
	3	25%	27.8%	
	4	43.7%	38.9%	
Déplacements /4	1	18.7%	5.6%	0.57
	2	12.5%	22.2%	
	3	40.6%	38.9%	
	4	28.1%	33.3%	
Continence /4	1	9.4%	5.6%	0.64
	2	31.2%	27.8%	
	3	15.4%	5.6%	
	4	43.7%	61.1%	
Aide pour l'alimentation /4	1	3.1%	5.6%	0.26
	2	43.7%	27.8%	
	3	37.5%	27.8%	
	4	15.6%	38.9%	
Désorientation temporelle /4	1	3.1%	0%	0.42
	2	25%	27.8%	
	3	40.6%	22.2%	
	4	31.2%	50%	
Désorientation dans l'espace /4	1	6.2%	0%	0.56
	2	31.3%	27.8%	
	3	31.3%	22.2%	
	4	31.2%	50%	

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; **Katz:** 1= absence d'aide, 2= aide légère/soutien, 3: aide partielle, 4= aide totale. Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

Les patients contenus présentent un **profil d'autonomie** semblable (échelle de Katz; p= 0.22) entre les deux phases d'observation. Ce constat est valable pour tous les sous-items de cette échelle.

Variables		Phase 1	Phase 2	P-valeur
Score SEGA /26 m (±DS)		18 (0.7)	20 (0.8)	0.02
<u>Sous-items du score SEGA</u>				
Provenance /2 <i>Seul domicile; Domicile +aide; Maison de Repos</i>	0	6.2%	5.6%	1
	1	46.9%	44.4%	
	2	46.9%	50%	
Médicaments/2 <i>0-3; 4-5; >5</i>	0	6.2%	5.6%	0.03
	1	37.5%	5.5%	
	2	56.3%	88.9%	
Fonction cognitive /2 <i>Peu altérées; Très altérées</i>	1	18.7%	11.1%	0.69
	2	81.3%	88.9%	
Humeur /2 <i>Normale; Anxiété; Dépression</i>	0	6.3%	0%	0.79
	1	50%	55.6%	
	2	43.7%	44.4%	
Perception de sa santé /2 <i>Très bonne; Bonne; Très mauvaise</i>	0	0%	11.1%	0.01
	1	68.7%	27.8%	
	2	31.3%	61.1%	
Chute 6 mois /2 <i>Aucune; Sans gravité; Motif d'hospitalisation</i>	0	28.1%	16.7%	0.36
	1	46.9%	38.9%	
	2	25%	44.4%	
Nutrition /2 <i>Bonne; Diminution appétit; Dénutrition</i>	0	25%	5.6%	0.05
	1	46.9%	33.3%	
	2	28.1%	61.1%	
Maladies invalidantes/ <i>Absence; 1 à 3; >3.</i>	0	9.4%	0%	0.59
	1	53.1%	55.6%	
	2	37.5%	44.4%	
AVJ lever/2 <i>Autonome; Soutien; Incapacité</i>	0	15.6%	11.1%	0.15
	1	62.5%	38.9%	
	2	21.9%	50%	
AVJ continence /2 <i>Autonome; Incontinence accidentelle; Incontinence</i>	0	12.5%	5.6%	0.84
	1	34.4%	33.3%	
	2	53.1%	61.1%	
AVJ manger /2 <i>Autonome, Préparation, Assistance</i>	0	12.5%	5.6%	0.76
	1	46.9%	44.4%	
	2	40.6%	50%	
IAVJ (repas, téléphone, etc.) /2 <i>Autonome; Aide; Incapacité</i>	0	3.1%	5.6%	0.04
	1	43.8%	11.1%	
	2	53.1%	83.3%	

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; SEGA: 0= absence d'aide, 1= aide partielle, 2= aide totale. Les variables continues sont présentées par leur m accompagnée de leur DS et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

Concernant le **risque de déclin fonctionnel** (échelle SEGA), nous observons une augmentation significative de ce risque ($p= 0.02$) pour la deuxième phase d'observation. Cette différence est présente pour les sous-items: «médicaments», «perception de sa santé», «nutrition» et «IAVJ». Pour les autres sous-items, il n'existe pas de différence significative entre les deux phases; les patients sont semblables concernant ces sous-items.

Variables		Phase 1	Phase 2	P-valeur
Score SHERPA /11.5 m (±DS)		7.2 (0.3)	7.9 (0.5)	0.25
Score CAM /10 m (±DS)		7 (0.3)	8 (0.3)	<0.01
<u>Sous-items de l'échelle CAM</u>				
Altération de l'état de conscience	0	78.2%	22.2%	<0.01
	1	21.8%	77.8%	
Désorientation	0	0%	11.1%	0.12
	1	100%	88.9%	
Troubles mnésiques	0	0%	5.6%	0.36
	1	100%	94.4%	
Anomalie de la perception	0	35%	5.6%	0.04
	1	65%	94.4%	
Agitation psychomotrice	0	18.7%	22.2%	1
	1	81.3%	77.8%	
Retard psychomoteur	0	68.7%	38.9%	0.04
	1	31.3%	61.1%	
Perturbation veille-sommeil	0	43.7%	16.7%	0.07
	1	56.3%	83.3%	
Score MMSE /30 m (±DS)		17 (1.5)	20 (2.3)	0.39
Score EVA /10 m (±DS)		2 (0.4)	4 (0.6)	0.02
Score STRATIFY /5 m (±DS)		4 (0.2)	4 (0.2)	0.93

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; **CAM:** 0= absent et 1= présent. Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

- Les patients contenus sont semblables entre les deux phases concernant le **risque de perte d'autonomie** (échelle SHERPA).
- Les groupes de patients contenus sont différents en ce qui concerne **l'évaluation de la confusion aigüe** (échelle CAM; $p<0.01$) et ce pour les sous-items: «altération de l'état de conscience», «anomalie de la perception», «retard psychomoteur» et une tendance pour l'item «perturbation veille-sommeil» ($p=0.07$). Ils sont semblables pour les autres sous-items de l'échelle.
- Une absence de différence significative entre les groupes de patients contenus en ce qui concerne **l'état cognitif** (échelle MMSE) et le **risque de chute** (échelle STRATIFY); les groupes sont semblables pour ces deux variables.
- Une différence significative existe entre les deux groupes de patients contenus au niveau de **l'évaluation de la douleur** (échelle EVA; $p=0.02$); les patients de la phase 2 sont plus «douloureux» que ceux en phase1.

Variables		Phase 1	Phase 2	P-valeur
Score de Comorbidités /40 m (±DS)		28 (1.4)	37 (1.4)	<0.01
Sous-items du score de Comorbidités				
Pathologies Cardiaques /4	0	15.6%	0%	0.16
	1	3.1%	0%	
	2	53.2%	44.4%	
	3	25%	50%	
	4	3.1%	5.6%	
Infections /4	0	31.3%	5.6%	0.16
	1	9.4%	11.1%	
	2	43.7%	50%	
	3	15.6%	27.8%	
	4	0%	5.6%	
Incontinence /4	0	6.2%	5.6%	0.90
	1	21.9%	11.1%	
	2	12.5%	16.7%	
	3	34.4%	44.4%	
	4	25%	22.2%	
Hypertension artérielle /4	0	9.4%	0%	0.22
	1	9.4%	0%	
	2	68.7%	88.9%	
	3	12.5%	5.6%	
	4	0%	5.5%	
Pathologies Vasculaires /4	0	9%	0%	0.56
	1	6.2%	0%	
	2	43.7%	16.7%	
	3	25%	77.8%	
	4	15.6%	5.5%	
Pathologies Respiratoires /4	0	56.3%	22.2%	0.05
	1	9.4%	11.1%	
	2	18.7%	22.2%	
	3	3.1%	27.8%	
	4	12.5%	16.7%	
Pathologies en Gastro-entérologie /4	0	62.5%	16.7%	0.01
	1	0%	11.1%	
	2	25%	33.3%	
	3	9.4%	27.8%	
	4	3.1%	11.1%	
Pathologies Hépatiques /4	0	81,3%	50%	0.03
	1	9.4%	16.7%	
	2	6.2%	33.3%	
	3	3.1%	0%	
Pathologies Rénales /4	0	56.2%	44.4%	0.54
	1	6.2%	22.2%	
	2	15.6%	16.7%	
	3	18.7%	16, 7%	
	4	3.3%	0%	

Légende : m= moyenne ; DS= Déviation Standard ; **Comorbidités :** 0= absence de problème, 1= problème asymptomatique, 2= problème contrôlé par traitement, 3= problème non-contrôlé par traitement, 4= forme la plus sévère du problème. Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur DS et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Variables		Phase 1	Phase 2	P-valeur
Pathologies Musculaires /4	0	15.6%	5.6%	0.01
	1	28.1%	0%	
	2	21.9%	61%	
	3	31.2%	27.8%	
	4	3.1%	5.6%	
Accident Vasculaire Cérébral /4	0	62.5%	77.8%	0.70
	1	6.2%	0%	
	2	15.6%	5.5%	
	3	12.5%	11.1%	
	4	3.1%	5.6%	
Parkinson /4	0	96.9%	94.4%	0.70
	1	3.1%	0%	
	3	3 : 0%	5.6%	
Anémie /4	0	78.1%	27.8%	<0.01
	1	6.2%	11.1%	
	2	12.6%	38.9%	
	3	3.1%	22.2%	
Diabète /4	0	84.4%	55.6%	0.03
	1	0%	16.7%	
	2	12.5%	22.2%	
	3	3.13%	5.5%	
Tumeur /4	0	87.5%	66,7%	0.03
	1	6.2%	16.7%	
	2	6.3%	5.5%	
	3	0%	11.1%	
Problème de Vision /4	0	18.7%	0%	0.23
	1	12.5%	16.7%	
	2	56.2%	72.2%	
	3	6.3%	11.1%	
	4	6.3%	0%	
Problème d'Audition /4	0	12.5%	5.6%	0.53
	1	18.7%	22.2%	
	2	46.9%	33.3%	
	3	21.9%	33.3%	
	4	0%	5.6%	
Démence /4	0	0%	5.6%	0.12
	1	6.3%	27.8%	
	2	12.5%	11.1%	
	3	37.5%	33.3%	
	4	43.7%	22.2%	
Délire /4	0	15.6%	5.5%	0.06
	1	3.1%	5.5%	
	2	34.4%	5.6%	
	3	34.4%	66.7%	
	4	12.5%	16.7%	

Légende : m= moyenne ; DS= Déviation Standard ; **Comorbidités** : 0= absence de problème, 1= problème asymptomatique, 2= problème contrôlé par traitement, 3= problème non-contrôlé par traitement, 4= forme la plus sévère du problème.
Les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Variables		Phase 1	Phase 2	P-valeur
Dépression /4	0	9.3%	0%	0.47
	1	9.4%	16.7%	
	2	43.7%	33.3%	
	3	34.5%	38.9%	
	4	3.1%	11.1%	

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; **Comorbidités:** 0= absence de problème, 1= problème asymptotique, 2= problème contrôlé par traitement, 3= problème non-contrôlé par traitement, 4= forme la plus sévère du problème; Les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

Nous observons une différence significative ($p<0.01$) entre les deux groupes concernant les **comorbidités** présentes chez les patients contenus. On observe une augmentation du score en phase2. Ceci se marque pour les sous-items: «pathologies respiratoires», «pathologies en gastro-entérologie», «pathologies hépatiques», «pathologies musculaires», «anémie», «diabète», «tumeur» et «délire» (tendance; $p=0.06$). Les groupes de patients sont semblables pour les autres items.

Variables		Phase 1	Phase 2	P-valeur
Critères ANAES /10 m ($\pm$ DS)		4 (0.1)	5 (0.3)	<0.01
Sous-critères ANAES				
Critère 1 Prescription médicale	0	0%	66.7%	<0.01
	1	100%	33.3%	
Critère 2 Équipe pluridisciplinaire	0	100%	88.9%	0.12
	1	0%	11.1%	
Critère3 Surveillance + suivi psy	0	100%	100%	/
	1			
Critère 4 Informations délivrées	0	3.1%	0%	1
	1	96.9%	100%	
Critère5 Matériel de contention	0	9.4%	0%	0.54
	1	90.6%	100%	
Critère 6 Installation patient	1	100%	100%	/
	0			
Critère 7 Activités/lever contention	0	3.1%	0%	1
	1	96.9%	100%	
Critère 8 Activité/ confort psychologique	0	56.2%	16.7%	0.01
	1	43.8%	83.3%	
Critère 9 Evaluation	0	100%	94.4%	0.36
	1	0%	5.6%	
Critère 10 Prolongement contention	0	96.9%	94.4%	1
	1	3.1%	5.6%	
Appareillages m ($\pm$ DS)		1 (0.1)	1 (0.2)	0.78

Légende : m= moyenne; DS= Déviation Standard; 0= non; 1= oui. Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur DS et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

Nous observons une différence significative ($p < 0.01$) entre les deux phases d'observation, concernant les **critères ANAES** qui ont été remplis pour les patients contenus. Il s'agit d'une augmentation globale d'un critère. Une différence significative peut être mise en évidence pour les sous-critères n°1 (diminution) et n°8 (augmentation). Les groupes sont semblables pour les autres critères observés ainsi que pour le **nombre d'appareillages**.

En troisième lieu, le tableau 8 présente, par l'intermédiaire de la p-valeur, les différences entre les populations de patients non-contenus entre les deux phases d'observation. Ceci dans le but de savoir si ces deux groupes comportaient des profils semblables et ainsi écarter un biais. En effet, une diminution de la contention pourrait s'expliquer par des populations différentes et non par la démarche.

Tableau 8: Comparaison des patients non-contenus entre les deux phases d'observation

Variables	Phase 1	Phase 2	P-Valeur
Patients non contenus (n)	140	150	/
Age (années) m (±DS)	85 (0.5)	86 (0.5)	0.40
Sexe Homme (%)	43 (30.7%)	31 (20.7%)	0.05
Femme (%)	97 (69,3%)	119 (79.3%)	
Score de Katz/32 m (±DS)	19 (0.5)	19 (0.6)	0.92
Score SEGA/26 m (±DS)	15 (0.4)	15 (0.4)	0.75
Score MMSE /30 m (±DS)	24 (0.5)	21 (2.5)	0.29

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard. Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

- Nous observons que les groupes de patients non contenus sont semblables en ce qui concerne **l'âge**, le **profil d'autonomie** (échelle de Katz), le **risque de déclin fonctionnel** (échelle SEGA) et **l'état cognitif** (échelle MMSE).
- Il existe une différence significative ($p=0.05$) en ce qui concerne le **sex** des patients non contenus. Nous observons une augmentation de la proportion de femmes en phase 2.

En quatrième lieu, le tableau 9 présente, par l'intermédiaire de la p-valeur, les différences entre les populations de patients contenus et non-contenus. Ceci dans le but de savoir si ces deux groupes comportaient des profils différents pouvant expliquer l'utilisation de la contention.

Tableau 9: Comparaisons entre les patients contenus et non-contenus

Variables	NC	C	OR	IC 95%	P-Valeur
Age (années) m (±DS)	86 (0.3)	85 (0.8)	0.99	[0.94; 1.04]	0.73
Sexe Homme (%)	25.5%	38%	1.79	[0.95; 3.36]	0.08
Femme (%)=Ref.	74.5%	62%			

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; NC= Patients Non-Contenus; C= Patients Contenus; OR=Odds Ratios; IC95%= Intervalle de confiance à 95%. Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

- Les Odds Ratios (OR) montrent la probabilité d'être contenu lorsque le patient répond à la variable/critère de référence. Par exemple, lorsque le patient présente des fonctions cognitives altérées (échelle SEGA), il a 8.40 fois plus de risque d'être contenu qu'un patient avec des fonctions cognitives normales. Ces différents résultats permettraient de construire une liste de facteurs de risques relatifs à la contention en Gériatrie au CHR (développé dans les perspectives).
- Nous observons qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne **l'âge** et **le sexe** (tendance à l'augmentation de la proportion d'hommes chez les patients contenus; $p=0.08$).

Variables		NC	C	OR	IC 95%	P-Valeur
Score de Katz /32 m (±DS)		19 (0.4)	25 (0.9)	1.14	[1.08; 1.20]	<0.01
<u>Sous-items du score Katz</u>						
<i>Se Laver /4</i>	1	7.9%	2%	1.76	[1.18; 2.61]	0.04
	2	17.6%	10%			
	3	32.1%	24%			
	4	42.4%	64%			
<i>S'habiller/4</i>	1	12.4%	10%	1.47	[1.06; 2.04]	0.03
	2	20.3%	6%			
	3	25.9%	24%			
	4	41.4%	60%			
<i>Se déplacer/4</i>	1	21.7%	8%	1.74	[1.25; 2.43]	<0.01
	2	23.1%	24%			
	3	39.3%	26%			
	4	15.9%	42%			
<i>Aller aux WC/4</i>	1	25.9%	14%	1.29	[0.98; 1.69]	0.12
	2	20.7%	16%			
	3	26.1%	40%			
	4	27.3%	30%			
<i>Continence /4</i>	1	29.7%	8%	1.83	[1.38; 2.44]	<0.01
	2	33.8%	30%			
	3	15.2%	12%			
	4	21.3%	50%			
<i>Alimentation /4</i>	1	34.9%	4%	2.04	[1.52; 2.74]	<0.01
	2	41.7%	38%			
	3	10.3%	34%			
	4	13.1%	24%			
<i>Désorientation dans le Temps/4</i>	1	48.3%	2%	2.75	[2.03; 3.72]	<0.01
	2	29.3%	26%			
	3	10.3%	34%			
	4	12.1%	38%			
<i>Désorientation dans l'Espace/4</i>	1	49.3%	4%	2.57	[1.91; 3.45]	<0.01
	2	27.9%	30%			
	3	11.4%	28%			
	4	11.4%	38%			
Score SEGA /26 m (±DS)		15 (0.3)	18 (0.6)	1.19	[1.11; 1.28]	<0.01
<u>Sous-items du score SEGA</u>						
<i>Provenance /2</i> <i>Seul domicile; Domicile +aide;</i> <i>Maison de Repos</i>	0	27.7%	6%	2.25	[1.43; 3.53]	<0.01
	1	43.9%	46%			
	2	28.4%	48%			
<i>Médicaments/2</i> <i>0-3; 4-5; >5</i>	0	10%	6%	1.12	[0.70; 1.80]	0.70
	1	22.8%	26%			
	2	67.2%	68%			
<i>Fonction cognitive /2</i> <i>Peu altérées; Très altérées</i>	0	26.9%	0%	8.40	[4.01; 17.59]	<0.01
	1	42.1%	16%			
	2	31.0%	84%			

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; NC= Patients Non-Contentus; C= Patients Contentus; OR= Odds Ratios; IC95%= Intervalle de confiance à 95%; **Katz:** 1= absence d'aide, 2= aide légère/soutien, 3: aide partielle, 4= aide totale. **SEGA:** 0 = l'absence d'aide, 1= aide «partielle» et 2 = aide «totale». Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Variables		NC	C	OR	IC 95%	P-Valeur
Humeur /2 Normale; Anxiété; Dépression	0	12.4%	4%	1.74	[1.05; 2.88]	0.08
	1	56.2%	52%			
	2	31.4%	44%			
Perception de sa santé /2 Très bonne; Bonne; Très mauvaise	0	1.7%	4%	0.79	[0.45; 1.38]	0.43
	1	51.7%	54%			
	2	45.6%	42%			
Chute 6 mois /2 Aucune; Sans gravité; Motif d'hospitalisation	0	47.2%	24%	1.64	[1.13; 2.38]	0.01
	1	30%	44%			
	2	22.8%	32%			
Nutrition /2 Bonne; Diminution appétit; Dénutrition	0	22.4%	18%	1.39	[0.90; 2.14]	0.25
	1	49.7%	42%			
	2	27.9%	40%			
Maladies invalidantes/ Absence; 1 à 3; >3.	0	3.4 %	6%	0.98	[0.57; 1.70]	0.55
	1	59.7%	54%			
	2	36.9%	40%			
AVJ lever/2 Autonome; Soutien; Incapacité	0	31.7%	14%	1.66	[1.09; 2.53]	0.03
	1	45.2%	54%			
	2	23.1%	32%			
AVJ continence /2 Autonome; Incontinence accidentelle; Incontinence	0	34.1%	10%	2.19	[1.44; 3.33]	<0.01
	1	33.1%	34%			
	2	32.8%	56%			
AVJ manger /2 Autonome, Préparation, Assistance	0	28.6%	10%	1.81	[1.15; 2.83]	<0.01
	1	56.9%	46%			
	2	14.5%	44%			
IAVJ (repas, téléphone, médicaments, etc.) /2 Autonome; Aide; Incapacité	0	34.5%	4%	4.50	[2.60; 7.77]	<0.01
	1	53.1%	32%			
	2	22.4%	64%			
MMSE /30 m (±DS)		23 (0.5)	18 (1.8)	0.83	[0.74; 0.94]	0.01

Légende: m= moyenne; DS= Déviation Standard; NC= Patients Non-Contenus; C= Patients Contenus; OR= Odds-Ratios; IC95%= Intervalle de confiance à 95%; **SEGA:** 0 = l'absence d'aide, 1= aide «partielle» et 2 = aide «totale». Les variables continues sont présentées par leur moyenne accompagnée de leur déviation standard (DS) et les variables catégorielles sont présentées par leur pourcentage.

Commentaires

Il existe une différence significative entre les groupes concernant **le profil d'autonomie** (échelle de Katz; augmentation pour les patients contenus; $p < 0.01$), **le risque de déclin fonctionnel** (échelle SEGA; augmentation pour les patients contenus; $p < 0.01$) et **l'état cognitif** (échelle MMSE; diminution pour les patients contenus; $p = 0.01$). Cette différence significative est présente pour différents sous-critères des échelles respectives:

- Échelle de Katz: «se laver», «s'habiller», «se déplacer», «continence», «alimentation» et «désorientation dans le temps et dans l'espace».
- Échelle SEGA: «provenance», «fonctions cognitives», «humeur» (tendance, $p = 0.08$), «chute 6 mois», «AVJ lever», «AVJ continence», «AVJ manger» et «IAVJ».

Les groupes de patients sont semblables pour les autres critères de ces échelles.

7 Discussion

Nous pouvons affirmer que le programme de type «recherche-action» (démarche participative) a influencé l'utilisation des mesures de contentions physiques dans le service de Gériatrie. Cette affirmation sera étayée par divers arguments présentés ci-dessous.

Prévalence de la contention

L'étude montre une réduction de la **prévalence moyenne journalière de patients contenus** de façon significative de 6.3% à 2.6 % ($p < 0.01$). Soit une diminution de 59%. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus lors d'autres études (KOCZY, 2011 et MUNIZ; 2016). De plus, une diminution du **nombre de personnes contenues** est observée, passant de 32 à 18 patients (pour une même période d'observation). Ce changement s'est opéré malgré des **profils de patients semblables, voire plus lourds** pour certaines variables.

En effet, nous avons mis en évidence que les patients contenus étaient comparables en ce qui concerne: **l'âge**, le **sexe** (féminin en majorité), le **nombre d'appareillages**, le **profil d'autonomie** (échelle de Katz avec une tendance à une plus grande dépendance), le **risque de perte d'autonomie** (échelle SHERPA), **l'état cognitif** (échelle MMSE) et le **risque de chute** (échelle STRATIFY).

De plus, les patients contenus en phase 2 étaient plus à risque de **déclin fonctionnel** (échelle SEGA), **plus douloureux** (échelle EVA) et comportaient **plus de comorbidités** que ceux en phase 1.

En ce qui concerne les populations de patients non-contenus, l'étude révèle qu'ils avaient des profils semblables concernant : **l'âge**, le **profil d'autonomie** (échelle de Katz), le **risque de déclin fonctionnel** (échelle SEGA) et **l'état cognitif** (échelle MMSE). Une augmentation de la proportion de **femmes** dans la phase 2 a été observée.

Ces différents éléments permettent de lever un biais. En effet, les populations de patients (contenus et non contenus) étant semblables ou plus «complexes» (pour la phase 2), nous pouvons affirmer que la diminution de l'utilisation de la contention est bien due à la démarche et pas à une population en phase 2 «plus légère» et moins à risque d'être contenue.

Utilisation de la contention physique

Plusieurs participants et répondants ont mis en évidence qu'ils ressentait un changement dans **leur pratique de la contention** (Ex: «*Plus de réflexion*», «*Diminution du nombre de patients contenus et de la durée de la contention*», «*Plus de réévaluation*», «*Utilisation de mesures alternatives*»). Ceci est à nuancer car un certain nombre d'entre eux a émis la notion «*D'absence de changement*» et d'autres mettent en évidence une différence d'impact entre les deux services. Cette différence pourrait être très intéressante à explorer mais n'est pas abordée spécifiquement dans ce travail afin de ne pas comparer les deux équipes comme demandé.

De plus, l'étude révèle un changement significatif au niveau du **nombre de recommandations ANAES suivies**. En effet, un critère supplémentaire a été rempli passant ainsi de 4 à 5. Il s'agit principalement du critère n°8: «*Activités pour la personne contenue*». Les résultats obtenus sont différents de ceux de l'étude de VEDEL (2007) présentés dans la partie théorique. Notre projet a conduit notamment à une diminution de la prévalence de patients contenus; ce qui n'était pas le cas dans l'étude citée.

L'étude a aussi mis en évidence que les **types de contention utilisés** étaient différents entre les phases. Il s'agissait d'une diminution des ceintures abdominales, des tablettes au fauteuil, des contentions multiples et une augmentation des liens de membres. Ces différences peuvent s'expliquer par un plus grand nombre de patients devant garder une sonde naso-gastrique ou une sonde vésicale durant la phase 2. De plus, les **motifs de contention** étaient principalement: le risque de chute et les troubles du comportement. En phase 2, nous constatons une tendance à l'augmentation pour le risque de chute et la préservation du matériel. Ce dernier élément est en corrélation avec l'augmentation de l'utilisation des liens de membres exposée ci-dessus.

Il n'y a pas eu de changement au **niveau de la durée de la contention** (rapport entre le nombre de jours de contention et le nombre de jours d'observation). En effet, quelques patients se sont vus contenus pendant presque toute la durée d'observation car il n'a pas été possible de leurs trouver de mesures alternatives (Ex: patients avec sonde naso-gastrique à maintenir). Il s'agira dès lors de discuter de ces «cas-patients» lors de réunions pluridisciplinaires afin de pouvoir réfléchir aux mesures alternatives possibles si ces situations se représentaient.

Leviers et freins de la démarche

Les catégories présentes dans les réunions de travail permettent de mettre en évidence l'implication des professionnels dans le projet et d'autres **leviers** dans la démarche.

- La catégorie «Terrain». Celle-ci permet d'émettre l'hypothèse que les participants ont observé leur environnement et se sont questionnés concernant la manière dont les choses étaient réalisées.
- La catégorie «Personnes» reprend les expériences vécues par les professionnels ainsi que leur manière d'agir sur le terrain. Le fait de partager ce genre d'informations peut montrer (hypothèses) d'une part, un sentiment de confiance vis-à-vis du groupe et une envie de s'impliquer dans le projet. D'autre part, cela a pu permettre (hypothèses) une acquisition de savoirs informels. En effet, ce partage d'expériences a donné l'occasion d'entendre d'autres manières de procéder pouvant ainsi déboucher sur un changement dans les pratiques. Il s'agit d'apprentissages infirmiers incidents ou implicites (selon si les participants étaient conscients ou non de ces apprentissages).
- La catégorie «Changement» montre également l'implication des participants car ils ont réfléchi à propos des problèmes posés et ont tenté d'y trouver des solutions.
- La catégorie «Démarche». Celle-ci reprend les divers éléments propres à l'organisation du projet. Ils ont permis de donner une forme de structure (en termes de temps et d'objectifs à atteindre), permettant au projet d'évoluer (levier).

De plus, les participants et répondants ont exprimé le fait de s'être sentis impliqués dans le projet et que le sujet les intéressait. Ils évoquent également leur vécu intéressant des réunions et l'aspect positif des échanges multiples qu'elles ont occasionnés.

Concernant **les freins** de la démarche, un des premiers évoqué a été le temps. Prenons par exemple le fait que les outils développés sont toujours en cours de validation par les responsables. Cet élément a pu influencer les résultats obtenus lors de l'évaluation du programme. En effet, il est possible que l'utilisation de ces outils puisse avoir un impact sur l'utilisation des mesures de contention. Il sera intéressant d'évaluer leur impact après leur implémentation formelle sur le terrain.

Ensuite, concernant l'organisation des réunions, il a été complexe de trouver le «bon moment» pour rassembler un maximum de professionnels. Les raisons évoquées sont: «oublier la réunion» ou «*d'être en conflit horaire*» ou «*d'avoir une charge de travail trop importante*»; ce qui ne permettait pas d'y assister. Un répondant a dès lors proposé de réaliser une formation obligatoire pour garantir la participation de tous.

On peut également mettre ce constat en relation avec la présence aux réunions. En effet, 39 professionnels différents (sur 68) ont participé au- moins une fois aux réunions. Ce qui représente 57% de «participation». Il serait intéressant d'étudier le niveau de participation atteint sur base par exemple de «l'échelle d'Arnstein» (LOURDEL, 2013) ou «la grille d'analyse de partenariat» (FORTIER J., 2016). Néanmoins, nous ne disposons pas de tous les éléments nécessaires à la réalisation de ces échelles.

Il a également été mentionné que le fait d'avoir un groupe de travail ouvert n'avait pas permis de travailler de manière optimale (freine le processus car certains participants ne savaient pas être présents à toutes les réunions, ce qui nécessitait des mises à jour). Il a été proposé d'améliorer la démarche en créant un groupe de travail fermé qui comporterait un agenda plus structuré (Ex: réunions mensuelles) et qui impliquerait de manière ponctuelle l'ensemble des professionnels de terrain.

Ensuite, selon les participants, la manière de communiquer durant la démarche demande une amélioration. Il a, en effet, été difficile de trouver le bon canal de communication durant ce projet. La farde utilisée pour transmettre les informations n'a pas montré d'atout particulier. Certains participants estiment qu'une communication plus structurée et plus exclusivement par mail aurait été plus intéressante. Paradoxalement, durant ce projet, bons nombres de mails envoyés se sont révélés sans réponse, ce qui met en doute l'amélioration proposée. Une autre amélioration proposée consistait en l'utilisation d'un carnet de communication (même principe qu'un forum mais sur papier).

De plus, un répondant a évoqué le fait que les supports utilisés durant les réunions étaient insuffisants. Ceci représentera un point d'attention pour l'amélioration de la démarche.

Il reste tout de même **quelques zones d'ombre**. En effet, seulement quelques professionnels, n'ayant pas participé au projet, se sont exprimés. Il serait intéressant de connaître les raisons de leur non-participation en vue d'améliorer la démarche.

Vision à long terme

Un grand nombre de participants et répondants ont mis en évidence le fait que *«le projet n'était pas terminé»* (PM7) et qu'il y avait *«encore beaucoup de choses à développer (versant psychologique, adaptation des mesures alternatives et sensibilisation des autres services)»* (PM7, Inf13).

De plus, dans l'objectif de **pérenniser le projet**, des participants (PM7, Inf13, Inf16, Inf18, Inf36) ont insisté sur l'intérêt de *«nommer un référent pour la contention, de transmettre les outils développés notamment aux étudiants, de réaliser un suivi de la contention comme un indicateur et d'en évaluer l'utilisation lors des réunions de service»*.

Enfin, une perspective serait de réaliser un profil de «risque d'être contenu» dans les services de Gériatrie. En effet, nous avons pu observer que les patients contenus étaient **plus dépendants** (échelle Katz), **plus à risque de déclin fonctionnel** (échelle SEGA), et présentaient **plus de troubles cognitifs** (échelle MMSE) que les patients non contenus. Ceci étant appuyé par les différents Odds Ratios présentés. Après analyse de ces éléments, nous avons notamment pu conclure que les patients contenus :

- venaient plus souvent de Maison de Repos;
- étaient incontinents;
- étaient plus dépendants pour les AVJ «se lever», «aide pour manger» et «préparation des médicaments (AIVJ)»;
- avaient des antécédents de chute plus importants.

Ces informations permettraient de développer une démarche de prévention de la contention.

7.1 Limites

7.1.1 Réflexivité personnelle

Il est intéressant de préciser le fait que la mémorante fait partie d'une des deux équipes. De ce fait, elle a pu influencer le déroulé de la démarche et les résultats obtenus. En effet, le fait de connaître particulièrement certains professionnels et de les côtoyer régulièrement peut entraîner une certaine forme de «pique de rappel» par rapport au projet.

De plus, le fait de travailler ensemble permet plus de discussions informelles sur le sujet.

Enfin, pour limiter ce risque d'influence des résultats par la vision de la mémorante, un descriptif de sa vision de la contention ainsi que du terrain se trouve en annexe 11.

7.1.2 Réflexivité épistémologique

(1) Les limites concernant le **choix de la démarche et du sujet.**

La question de recherche porte sur un effet possible de la démarche participative. Cette décision a entraîné la non-exploitation de l'ensemble du matériel qualitatif et quantitatif car il ne répondait pas à la question définie.

De plus, même si le choix de traiter de la contention physique n'était pas partagé par tous les professionnels, les autres sujets proposés ne permettaient pas de récolter un matériel suffisant dans le temps imparti.

(2) Les limites concernant **le contexte de mise en place du projet.**

Celui-ci a été mis en place lors d'une période de changements multiples dans les unités (départs et arrivées de nouveaux professionnels infirmiers, médecins, paramédicaux, chef de service; nouvelle directrice générale avec de nouveaux objectifs à remplir; nouvelle organisation du travail). En plus, un des deux services s'est vu fermé plusieurs semaines en raison d'une épidémie. Ces éléments ont pu influencer les résultats obtenus.

Il y a aussi eu le départ d'un des deux psychologues après la première phase de collecte de données. La surcharge de travail pour celui restant n'a pas permis d'aborder en profondeur la piste du suivi psychologique. Il n'a été remplacé qu'au début de la collecte des données de la phase 3. C'est pour ces raisons que cet aspect «psychologique» n'a pas été très développé.

De plus, les nombreux changements au niveau des outils informatiques prennent beaucoup de temps pour être validés car il s'agit de responsables différents pour les dossiers infirmiers et médicaux. Il n'a donc pas été possible à ce jour, de mesurer leur efficacité. Il sera dès lors intéressant de refaire une évaluation lorsque l'ensemble des outils seront disponibles et utilisés. De plus, cet élément peut expliquer en partie la participation partielle des professionnels lors des réunions de d'évaluation; certains ont notamment exprimé attendre des changements concrets sur le terrain (Q4).

Enfin, l'absence d'un groupe de pilotage n'a pas permis de lever des freins relatifs au terrain (visions différentes du terrain et de la contention, absence de consensus au niveau de la

procédure proposée, personnes travaillant plus en terme de disciplines que de travail interdisciplinaire).

(3) Les limites liées à la **méthode et aux outils utilisés/développés** durant la démarche.

(3.1) Pour la recherche-action en elle-même:

-La mémorante faisant partie d'une des équipes, elle n'était donc pas tout-à-fait neutre.

-L'anonymat de tous les professionnels s'est avéré complexe à garantir (ex: une seule logopède).

-Les participants ne savaient pas dans quoi ils s'engageaient réellement vu l'imprévisibilité de la démarche (consentement éclairé difficile).

-Les outils développés sont adaptés au terrain et ne sont donc pas tous réutilisables dans d'autres circonstances tout comme les résultats de ce projet-mémoire (résultats non généralisables).

-Les résultats de la recherche-action n'ont pas été validés en tant que tel par tous les participants. Uniquement certains d'entre eux ont donné leur avis et il serait dès lors intéressant de mieux formaliser cette validation des résultats.

(3.2) En ce qui concerne la méthode de collecte des données quantitatives, celle-ci s'est faite grâce à la grille d'observation complétée par les professionnels pour les patients contenus. Cette manière de procéder a permis une conscientisation de ceux-ci face à la pratique de la contention. Néanmoins, il existe un biais car les soignants pouvaient omettre de compléter cette grille ou mal la compléter. Ce biais s'est vu limité par une vérification par la mémorante (1X/Semaine) mais toute erreur n'en était pas pour le moins écartée.

Les données complémentaires concernant les patients suivis (profils de risque) durant la période d'observation ont été recueillies sur base de l'étude des dossiers (par la mémorante). Dès lors, l'ensemble des échelles n'a pas été complété par le même soignant. Ceci s'explique par le fait que la spécificité de certaines échelles (ex: MMSE®) et le temps imparti pour voir systématiquement tous les patients n'a pas permis ce suivi par une seule personne. Il y a donc une possible limite concernant l'exactitude des résultats.

Les échelles choisies pour la construction des profils de risque seraient également à revoir. En effet, on peut relever que:

- L'échelle CAM® montre des limites au niveau de l'utilisation (pas de traduction en français validée, peu de professionnels formés).
- L'échelle STRATIFY® dont la littérature questionne la validité lorsqu'elle est utilisée sur un terrain différent de celui où elle a été conçue.
- L'échelle TINETTI® est manquante.
- L'échelle EVA® n'est pas très représentative car elle s'évaluait lors d'une seule journée.
- L'échelle Doloplus® n'a jamais été utilisée.
- L'échelle MMSE® n'a pas été réalisée systématiquement (suite à une demande de la Gériatre de ne pas mettre les patients présentant des troubles cognitifs majeurs en échec).
- L'échelle SHERPA® n'a pas pu être complétée de manière optimale suite à une absence de score MMSE®.
- Le profil de comorbidités (PEPERSACK, 2004) s'est révélé assez subjectif surtout pour un professionnel non-médical.

Il serait donc à envisager d'utiliser par exemple un profil de risque RAI-MDS® (SWINE et al., 2006).

D'autres éléments relevés se sont vus inutiles ou imprécis. Comme par exemple, la description sommaire de l'équipe qui n'a rien apporté car il y avait toujours un nombre suffisant de professionnels mais leur présence n'était pas synonyme de travail auprès des patients (Ex: réunions). Il a donc été décidé de ne pas tenir compte de ces informations dans l'analyse.

Enfin, les recommandations ANAES (2000) se révèlent être très exigeantes. Nous pouvons notamment pointer:

-«l'absence de prescription médicale» qui est responsable de la non-validation de 3 recommandations (n°1, 9, 10). Néanmoins des débuts de changements se sont opérés. Les médecins commencent à mettre des notes concernant la contention mais l'outil informatique ne permet toujours pas de réaliser une prescription médicale en tant que telle.

-«l'absence d'accompagnement psychologique de la contention» rend impossible la réalisation des recommandations (n° 3, 9). En ce qui concerne le suivi du projet, un des objectifs sera justement de développer cet aspect.

-«l'absence de discussion à propos de la contention au niveau du tour pluridisciplinaire» ne permet pas de valider la recommandation n°2. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'outil informatique ne permet pas à l'heure actuelle de laisser une trace de cette discussion. Il s'agit encore une fois d'un objectif pour la poursuite de ce travail. Il serait intéressant de continuer de tenter de les remplir mais également de chercher d'autres recommandations en la matière pour ouvrir nos horizons.

(3.3) Pour la méthode de collecte des données qualitatives, il est à déplorer une absence d'évaluation «formelle» des connaissances en début de recherche-action. En effet, ceci n'a pas permis de démontrer/ mesurer que les participants avaient acquis des connaissances suite à la démarche. De plus, bien que les réunions de discussion aient été riches en échanges, il a certainement manqué une partie de «théorie pure». Il s'agissait plus d'informations distillées au fur et à mesure des discussions afin de préserver l'esprit «recherche des expériences de terrain». Ceci pour toujours rester dans la démarche de recherche-action.

Ensuite, la mémorante n'étant pas une spécialiste des réunions de discussion, il a fallu un certain nombre de séances pour corriger quelques éléments problématiques (laisser des blancs pour la réflexion, ne pas poser plusieurs questions en même temps, ne pas construire ses questions en présentant déjà une partie de la réponse, ne pas parler trop vite, s'assurer que tout le monde comprenait la question). De plus, les séances n'étaient pas observées et donc beaucoup d'informations non-verbales n'ont pas été captées (ex: jeux de pouvoirs) mais il s'agit d'un choix car l'organisation des réunions devait parfois être adaptée (selon la charge de travail). Enfin, un souci technique n'a pas permis d'enregistrer une des réunions.

En ce qui concerne l'organisation des réunions, elles se réalisaient généralement durant l'après-midi (entre 14 et 15h), quand la charge de travail le permettait. Il y a donc eu une limite concernant les personnes présentes. Peu de veilleuses fixes ont été incluses et les médecins ne pouvaient pratiquement jamais y assister car il s'agissait de la période où ils finalisaient leurs prescriptions. Si c'était à refaire, il serait peut-être préférable d'organiser quelques séances durant la nuit pour permettre aux veilleuses d'y assister et fin d'après-midi pour donner la possibilité aux médecins d'y être présent.

Aussi, le fait qu'il ne s'agissait pas d'un groupe de travail fixe mais bien d'un groupe ouvert n'a pas permis aux participants de réaliser des tâches spécifiques, ce qui aurait accéléré la démarche. Ce choix a été posé pour justement laisser l'aspect «participatif» transparaître. Chacun était libre d'assister et de s'impliquer bien que ceci ait ralenti la progression du groupe (car les groupes différents demandaient des mises à jour).

Sans oublier la limite due au temps imparti pour la réalisation de ce travail. Il a été nécessaire de cibler les outils à développer (uniquement l'outil d'aide à la décision et la modification des fenêtres informatiques). Les outils doivent passer par un long processus de validation par les responsables pour être utilisés de manière formelle sur le terrain, ce qui explique que les professionnels ne les utilisent pas encore et n'en font pas beaucoup référence dans l'évaluation.

Enfin, le questionnaire n'était pas validé et s'est construit sur base des catégories présentes dans les réunions d'évaluation. En effet, il s'agissait d'un moyen pour compléter les avis recueillis auprès des professionnels et pour leur proposer un autre moyen d'expression que la réunion. Dès lors, certaines questions n'ont pas été exploitées à cause du biais qu'elles représentaient (ex: formulation à revoir). Si c'était à refaire, il serait judicieux d'utiliser un questionnaire validé pour ainsi aller plus loin dans la compréhension et l'explication des effets de la démarche.

(4) Les limites concernant l'analyse des résultats

Il faut d'abord mettre en évidence qu'une partie des données (quantitatives et qualitatives) a été exploitée afin de répondre à la question de recherche. Les données restantes (Ex: l'analyse précise des sous-critères des recommandations de l'ANAES, l'analyse multivariée et l'analyse plus détaillée des réunions de travail) pourraient être exploitées dans d'autres travaux.

En ce qui concerne les résultats qualitatifs, il est à noter qu'il n'y a pas eu de véritable triangulation au niveau des données recueillies. Cependant, il a été demandé aux participants de donner leur avis à chaque réunion (sur base des comptes rendus) et tout au long de la démarche (surtout concernant les résultats obtenus), ce qui permet en quelque sorte de valider ces données.

Tableau 10: Synthèse des limites de l'étude

Limites	Développement
Choix de la démarche et du sujet	- Question de recherche sur «l'existence d'un impact» qui a entraîné une non-exploitation de l'ensemble du matériel récolté. - Choix du sujet ne s'est pas fait à l'unanimité.
Contexte de mise en place du projet	- Multiples changements dans les unités. - Période d'épidémie. - Diminution du suivi psychologique car un seul psychologue. - Changements long au niveau informatique n'a pas permis l'implémentation des outils sur le terrain. - Absence d'un groupe de pilotage n'a pas permis de lever des freins comme la difficulté à travailler en interdisciplinarité.
Méthode et outils utilisés/développés concernant la recherche-action	- Pas complète neutralité de la chercheuse appartenant à une équipe. - Anonymat complexe à garantir pour les professionnels. - Consentement éclairé difficile à réaliser. - Résultats/outils non généralisables car propres au terrain. - Absence de validation des résultats par tous les participants.
Méthode et outils utilisés/développés pour la collecte des données quantitatives	- Grille d'observation complétée par les professionnels a permis une conscientisation mais n'assure pas l'absence de biais. - Profils de risque complétés sur étude de dossier. - Échelles choisies ont montré des faiblesses. - Recommandations ANAES trop exigeantes.
Méthode et outils utilisés/développés pour la collecte des données qualitatives	- Absence d'évaluation «formelle» des connaissances au départ. - Manque de théorie pure. - Réunions de discussions non observées et mémorante inexpérimentée. - Organisation des réunions. - Groupe de travail ouvert a ralenti la progression du travail. - Outils ciblés par manque de temps et pas encore implémentés. - Questionnaire construit sur base des réponses des réunions d'évaluation.
Analyse des résultats	- Absence de triangulation des données mais une validation des comptes rendus des différentes réunions par les participants.

Pour améliorer la compréhension des différents éléments évoqués dans les points précédents, des tableaux récapitulatifs de l'analyse des résultats quantitatifs et qualitatifs peuvent être consultés en annexe 15 et le tableau des messages clés de ce mémoire est présenté ci-dessous.

Tableau 11: Messages clés de ce mémoire

Catégories	Messages
Résultats	Une démarche participative permet de diminuer l'utilisation de la contention à court terme: diminution de la prévalence moyenne journalière de patients contenus de 6.3% à 2.6 %; soit une diminution de 59% malgré des profils de patients semblables ou parfois plus lourds.
Méthode	Le fait d'utiliser une méthode mixte permet d'avoir une vue d'ensemble de la situation et la structure du programme permet d'avoir un chemin à suivre. Les réunions de discussion (participation libre) sont des lieux d'expression qui permettent de développer le sentiment d'implication, d'écouter et d'élaborer des pistes de solutions (les échanges permettent de confronter ses idées à celles des autres).
Sujet	Un sujet en lien avec les besoins du terrain est un levier pour la démarche.
Organisation	Organisation des réunions de discussion: il est important de trouver un moment propice à la participation des professionnels. Cela demande parfois des adaptations (réunions informelles ou adaptation des horaires). Travailler en groupe ouvert ne permet pas une progression rapide et structurée. Il est important de réaliser des feed-back et de donner des moyens de suivre l'évolution du travail (nécessite une bonne communication).
Leviers	Le projet d'équipe: ceci donne une réelle envie à tous les professionnels de s'impliquer. Le choix du sujet et la manière de travailler doivent être décidés ensemble. De plus, le fait de prendre en considération les avis des professionnels permet d'apporter une réponse adaptée aux limites et besoins du terrain.
Freins	L'absence de prescription médicale écrite, le suivi psychologique complexe et l'absence de discussion de la contention dans les tours pluridisciplinaires n'ont pas permis de remplir les recommandations de l'ANAES.
Limites	Il est important que le contexte se prête à la réalisation de la démarche, que les réunions puissent s'organiser de façon régulière et que les outils développés répondent aux besoins de terrain et puissent être implémentés.
Éléments à intégrer si c'était à refaire	Impliquer les responsables très tôt dans le processus pour créer un véritable comité de pilotage qui permet de lever les freins rencontrés. Utiliser les échelles déjà présentes sur le terrain pour faciliter la collecte des données. Modifier l'organisation, la communication et utiliser un questionnaire validé.

8 Conclusion

Cette étude démontre que dans un contexte spécifique (Gériatrie), une recherche-action a eu un impact à court terme sur les pratiques et a permis la réduction de l'utilisation de la contention physique. Il se dégage une diminution de la prévalence (moyenne journalière de patients contenus) de 59%, malgré des profils de patients similaires voir plus lourds pour certaines caractéristiques. Néanmoins, nous n'avons pas pu observer une diminution de la durée de la contention en raison du profil des patients dans la deuxième phase.

L'étude révèle également un changement significatif au niveau de la compliance des soignants aux recommandations de bonne pratique publiées par l'ANAES (amélioration en moyenne de 4 à 5 recommandations sur 10). La recommandation qui s'est le mieux améliorée est celle qui consistait à proposer des activités au patient.

Plusieurs participants ont aussi exprimé avoir observé des changements dans leurs pratiques quotidiennes mais également d'avoir acquis des connaissances plutôt d'ordre pratique (en lien avec les changements perçus sur le terrain).

Cette démarche participative (recherche-action) se caractérise par six étapes allant du plan de communication à l'évaluation du projet mis en place. Les étapes intermédiaires ont tenu compte du vécu et des besoins des professionnels et ont consisté en une élaboration de propositions de changements et une construction d'outils permettant l'adaptation des pratiques de terrain. Il s'agit en somme d'un processus de résolution de problème.

Cette recherche-action se situe entre deux périodes d'observations de l'utilisation de la contention. Ceci permettant de constater l'impact de la démarche sur les pratiques.

Les éléments clés dans la réalisation de ce projet sont les réunions de discussion avec les multiples échanges qu'elles ont permis, l'implication des participants dans un «projet d'équipe» et le fait d'élaborer, en groupe, des solutions en adéquation avec le terrain.

Néanmoins, certains freins sont à considérer. Le fait d'avoir utilisé un groupe de travail ouvert s'est révélé ralentir la progression du projet. De plus, des difficultés au niveau de l'organisation des réunions et de la communication autour de celles-ci n'ont pas permis de récolter les avis de tous les professionnels. Ensuite, l'absence de prescription médicale écrite, le suivi psychologique complexe et l'absence de réflexion autour de la contention dans les

réunions pluridisciplinaires n'ont pas permis de remplir en tous points les recommandations de l'ANAES. Enfin, le temps nécessaire à la validation des outils développés n'a pas permis leur implémentation sur le terrain.

La démarche pourrait être améliorée en tenant compte des différentes limites relatives au terrain, aux choix méthodologiques posés, au temps, à la collecte et à l'analyse des résultats.

De plus, pour faciliter la collecte des données, il serait préférable de repenser le profil de risque, d'utiliser un questionnaire validé et d'avoir un observateur pour les réunions afin de déceler par exemple les jeux de pouvoirs. Les réunions pourraient être facilitées par une meilleure organisation et surtout une amélioration de la communication (plus structurée).

Il serait également intéressant d'impliquer les responsables très tôt dans le processus pour créer un véritable comité de pilotage qui permettrait de lever certains freins rencontrés.

Enfin, ce projet n'étant pas clôturé, nous pensons qu'il peut encore montrer d'autres résultats à plus long terme avec l'implémentation des nouveaux outils et la poursuite des réunions de discussion.

8.1 Perspectives

D'abord, il est question de continuer le projet et d'y apporter les modifications proposées afin de le mener à bien. De plus, il est déjà envisagé par les responsables de réaliser des séances de «sensibilisation» concernant la contention au sein des autres services qui peuvent accueillir des personnes âgées. Ceci dans le but de créer une réelle «culture gériatrique» au sein de l'institution qui se voit accueillir toujours plus de patients âgés.

Ensuite, l'ensemble des données recueillies pourrait se révéler être un très beau matériau pour réaliser un autre travail de fin d'étude qui s'orienterait sur les raisons pouvant expliquer les résultats positifs (pourquoi et comment) de la démarche sur les professionnels de terrain.

De plus, un profil de «risque de contention» pourrait être développé à partir de l'analyse des données quantitatives. Ce profil permettrait de développer une démarche de prévention concernant de l'utilisation des mesures de contention.

Enfin, s'il s'avère que les prochains résultats confirment l'effet positif de cette démarche participative, il sera envisagé de la réutiliser dans le cadre d'autres projets dans l'institution.

9 Bibliographie

- ALLA F., KIVITS J. (2015). La recherche interventionnelle en santé publique: partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique* 2015/3 (Vol. 27). p. 303-304. Disponible sur le site Web de Cairn: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-303.htm>, consulté le 26/04/18.
- ANAES/HAS et COZON CH. et NOURHASHEMI F. (2000). Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé- Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Disponible à l'adresse: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>; consulté le 14/06/17.
- ARRÊTÉ ROYAL (18 JUIN 1990). Arrêté royal portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre (M.B. du 26/07/1990, p. 14684. Err.: M.B. du 05/09/2006, p. 44176). Disponible à l'adresse: <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8750-10053-2592>, consulté le 26/04/18.
- BAGARAGAZA E., VEDEL I. et CASSOU B. (2006). Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive. *Gérontologie et société* 2006/1 (vol. 29/ n° 116), p. 161-170. Disponible sur le site Web de Cairn: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-p-161.htm>; consulté le 16/08/17.
- BELL J., ROSSI T., BAUER J. and CAPRA S. (2014). Developing and evaluating interventions that are applicable and relevant to inpatients and those who care for them; a multiphase, pragmatic action research approach. *BMC Med Res Methodol.* 2014 Aug 18, p.14:98. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=option2Multi-disciplinary+action+research+improves+nutritional+outcomes+in+hip+fracture.+Bell+JJ+%2C+Bauer+JD+%2C+Capra+S>, consulté le 25/09/17.
- BLEIJLEVEN MH, WAGNER LM, CAPEZUTI E, HAMERS JP, International Physical Restraint Workgroup. (2016). Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2016. Disponible sur le site Web de Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- CASTLE NG. & ENGBERG J. (2009). The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Medical Care.* 47, p. 1164-1173. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125061>; full article: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.bib.ucl.ac.be:8888/doi/10.1111/jocn.12384/epdf>; p 3014, consulté le 09/08/17.
- CHUANG, Y. H., & HUANG, H. T. (2007). Nurses feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing.* 16(3), p.486-494. Disponible sur le site Web de Pubmed : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17335524>, consulté le 11/05/18.

- COGHLAN D. & CASEY M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. *J Adv Nurs*. 2001 Sep. 35, p. 674-82. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529969>, consulté le 22/09/17.
- CRAIG P, DIEPPE P, MACINTYRE S, MICHIE S, NAZARETH I, PETTICREW M, (2008). Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008, p. 337. Disponible à l'adresse: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- CRONHOLM S. & GOLDKUHL G. (2004). Conceptualising participatory action research : Three different practices. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 2(2). p.47-58. Disponible à l'adresse: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1476750316678916>, consulté le 09/05/18.
- CTAI (Commission Technique de l'Art Infirmier)- SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (Octobre 2007). COMMISSION TECHNIQUE DE L'ART INFIRMIER- GROUPE DE TRAVAIL: CONTENTION ET ISOLEMENT- Rapport Final. p 3-8;12-15. Disponible à l'adresse: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde-fr/19071744_fr.pdf, consulté le 08/08/17.
- DAY J., HIGGINS I., KOCH T. (2009). The process of practice redesign in delirium care for hospitalised older people: a participatory action research study. *Int J Nurs Stud*. 2009 Jan, p.13-22. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18950767>, consulté le 25/09/17.
- DAYEZ J.-B. (2014). Aînés privés de liberté: la contention en question- Analyse ENEO. 2014/05. Disponible à l'adresse: http://www.eneo.be/images/analyses/2014/analyse_contention.pdf, consulté le 14/06/17.
- de VRIES OJ, LIGTHART GJ, NIKOLAUS T & European Academy of Medicine of Ageing-Course III (2004). Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *The Journals of Gerontology. Series A Biological Sciences Medical Sciences*. 59, M922-M923. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22176771>, consulté le 09/08/17.
- ENGBERG J., CASTLE NG. & MCCAFFREY D. (2008). Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *The Gerontologist*. 48. p.442-452. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125061>, consulté le 09/08/17.
- ERICSON-LIDMAN E. & STRANDBERG G. (2016). Learning to deal constructively with troubled conscience related to care providers' perceptions of not providing sufficient activities for residents. *Clin Nurs Res*. 2015 Apr. 24, p.211-27. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24021209>, consulté le 25/09/17.
- ERICSON-LIDMAN E. and STRANDBERG G. (2016). Using a developed participatory action research process in practice to help care providers deal with troubled conscience in residential care of older people. Disponible à l'adresse: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1476750316678916>, consulté le 27/09/17.

- FENG Z., HIRDES JP., SMITH TF., FINNE-SOVERI H., CHI I., DU PASQUIER J., GILGEN R., IKEGAMI N. & MOR V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24, p. 1110-1118. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125061>, consulté le 09/08/17.
- FORTIER J., Ph.D. (2016). Grille d'analyse du partenariat. Université du Québec à Trois-Rivières. Disponible à l'adresse: https://www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/grille_analyse_du_partenariat_02-2-2017.pdf, consulté le 23/04/18.
- FRANCK T., SAGER MA., INOUE SK., (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med*. 1996, p. 156:645-52. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076854>, consulté le 26/04/18.
- FRENGLEY JD, MION LC. (1986). Incidence of physical restraints on acute general medical wards. *J Am Geriatr Soc*. 1986. P.34:565-8. Disponible à l'adresse: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>, consulté le 14/06/17.
- GIROUX M., MAHEUX C., CHEVALIER M. (2005). Pour une approche bienfaisante de la contention- la communication, la logique et l'imagination. Formation continue. *Le médecin du Québec*. Vol.40, n°1. Disponible à l'adresse: <http://patrickjddaganaud.com/5-EHDAA/x-CONTENTION/FORMATION%20POUR%20%C9VITER/083-091Giroux0105.pdf>, consulté le 21/08/17.
- GLASSON J., CHANG E., CHENOWETH L., HANCOCK K., HALL T., HILL-MURRAY F., COLLIER L. (2006). Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. *J Clin Nurs*. 2006 May.15, p.588-98. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16629968>, consulté le 25/09/17.
- GUAY, H., & PRUD'HOMME, L. (2011). La recherche-action. In T. KARSENTI, & L. SAVOIE-ZAJC (Éds). *La recherche en éducation: étapes et approches*. (3e éd., pp. 183-211). Montréal: ERPI. Disponible à l'adresse: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v13/RQ%20HS%2013%20Savoie-Zajc.pdf, consulté le 19/09/17.
- GULPERS MJ, BLEIJLEVEN MH, AMBERGEN T, CAPEZUTI E, VAN ROSSUM E, HAMERS JP. (2011). Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011. p. 2029-36. Disponible à l'adresse: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- HAMERS JP, GULPERS MJ & STRIK W (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*. 45, p. 246-52. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22176771>, consulté le 09/08/17.
- HAMERS JP. & HUIZING AR. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 38. p. 19-25. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22176771>, consulté le 09/08/17.

- HANTIKAINEN, V., & KÄPPELI, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: A qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*. 32(5). P. 1196-1205. Disponible à l'adresse: http://www.eneo.be/images/analyses/2014/analyse_contention.pdf, consulté le 14/06/17.
- HAUT A., KOLBE N., STRUPEIT S., MAYER H., MEYER G. (2010). Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Dec. 42, p.448-56. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091628>, consulté le 09/08/17.
- HEALEY F., OLIVER D, MILNE A, CONNELLY JB. (2008). The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age and Ageing*. 2008. p.368-78. Disponible sur le site Web de Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- HEINZE C., DASSEN T. & GRITTNER U. (2011). Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2012 Apr. 2, p.1033-40. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22176771>, consulté le 09/08/17.
- HOENIG HM, RUBENSTEIN LZ. (1991). Hospital-associated deconditioning and dysfunction. *J Am Geriatr Soc*. 1991. p. 220-2. Disponible à l'adresse: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>, consulté le 14/06/17.
- HOFMANN H. & HAHN S. (2013). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2014 Nov. 23, p. 3012-24. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125061>, consulté le 09/08/17.
- JUTHBERG C., ERICSON-LIDMAN E. (2016). Experiences of a PAR Intervention in Care for Older People. *Clin Nurs Res*. 2016 Dec. 25, p. 646-664. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26122787>, consulté le 25/09/17.
- KEMMIS S. & MCTAGGART R. (2000). Participatory action research. In DENZIN N.K. & LINCOLN L.K. (Eds.). *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567-605). Disponible à l'adresse: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1476750316678916>, consulté le 09/05/18.
- KOCZY P., BECKER C., RAPP K., KLIE T., BEISCHE D., BÜCHELE G., KLEINER A., GUERRA V., RISSMANN U., KURRLE S., BREDTHAUER D. (2011). Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Feb. 59, p.333-9. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21314651>, consulté le 09/08/17.
- KÖPKE S., MÜHLHAUSER I, GERLACH A, HAUT A, HAASTERT B, MÖHLER R, MEYER G. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012. p 2177-84. Disponible sur le site Web de Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- KRÜGER C, MAYER H, HAASTERT B, MEYER G. (2013). Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *International Journal of Nursing*

- Studies*. 2013. p 1599ï 606. Disponible sur le site Web de Cochrane Library:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- LAROUSSE (2012). Le Larousse Médical. Ed. Larousse: Paris. 1113p.
 - LAURIN D, VOYER P, VERREAULT R & DURAND PJ (2004). Physical restraint use among nursing home residents: a comparison of two data collection methods. *BMC Nursing*. 3. p5. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22176771>, consulté le 09/08/17.
 - LES CHERCHEURS IGNORANTS (EHESP: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) (2015). Les recherches-actions collaboratives ï Une révolution de la connaissance. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Col.: Politiques et interventions sociales. 240 p.
 - LONGNEAUX J-M. (2008). La dignité, c'est quoi au juste ?. Neufchateau. WEYRICH éditions. Disponible à l'adresse: www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/download/942, consulté le 14/06/17.
 - LOURDEL N. (2013). Participation et participation- Echelle D'Arnstein. Disponible à l'adresse: http://www.territoires-durables.fr/IMG/pdf/autremen-participation1_2013.pdf, consulté le 11/01/18.
 - MALO, P.-Y. (2000). Des conduites sécuritaires au risque de la maltraitance. *Gérontologie et Société*. 92, p. 135-150. Disponible à l'adresse: http://www.eneo.be/images/analyses/2014/analyse_contention.pdf, consulté le 14/06/17.
 - MAMUN K. & LIM J. (2005). Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine*. 34, p. 158ï 162. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125061>, consulté le 09/08/17.
 - MARSICK V.; WATKINS K. (1990). Informal and incidental learning in the workplace. In MULLER (2016). Les savoirs professionnels infirmiers ï Pour une valorisation des apprentissages informels. Ed. Seli Arslan SA, Paris. 2016. p64.
 - MEYER G., KÖPKE S., HAASTERT B. & MÜHLHAUSER I. (2008). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. 18, p. 981. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125061>, consulté le 09/08/17.
 - MINNICK AF, MION LC, JOHNSON ME, CATRAMBONE C, LEIPZIG R. (2007). Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007. p30ï 7. Disponible sur le site Web de Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
 - MION LC, GREGOR S, BUETTNER M, CHWIRCHAK D, LEE O, PARAS W. (1989). Falls in the rehabilitation setting: incidence and characteristics. *Rehabil Nurs*. 1989, p.17-22. Disponible à l'adresse: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>, consulté le 14/06/17.
 - MÖHLER R., MEYER G. (2013). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. Disponible à l'adresse:

https://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/Moehler_Atitudes%20of%20nurses%20towards%20the%20use.pdf, consulté le 10/08/17.

- MÖHLER R, NÜRNBERGER C, ABRAHAM J, KÖPKE S, MEYER G. (2016). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings (Protocol). Disponible sur le site Web de Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- MONCEAU G. (2012) In LES CHERCHEURS IGNORANTS (2015). Les recherches-actions collaboratives : Une révolution de la connaissance. Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique. Col. Politiques et interventions sociales. p 18-28.
- MOORE, K., & HARALAMBOUS, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*. 58, p. 532-540. Disponible à l'adresse: http://www.eneo.be/images/analyses/2014/analyse_contention.pdf, consulté le 14/06/17.
- MULLER A. (2016). Les savoirs professionnels infirmiers : Pour une valorisation des apprentissages informels. Ed. Seli Arslan SA. Paris. 2016. 224 p.
- MUÑIZ R., GÓMEZ S., CURTO D., HERNÁNDEZ R., MARCO B., GARCÍA P., TOMÁS JF., OLAZARÁN J. (2016). Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Jul. 17, p.633-9. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27161315>, consulté le 26/04/18.
- O'KEEFE, S.T. (2004). Down with bedrails?. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Dec. 42, p.448-56. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091628>, consulté le 09/08/17.
- PEPERSACK T. (2004). Outils de dépistage des problèmes gériatriques pour l'évaluation gériatrique globale- Belgian Minimum Geriatric Screening Tools for Comprehensive Geriatric Assessment. Disponible à l'adresse: www.geriatrie.be/mediastorage/FSDocument/330/Protocol_BMGST_Fr.do, consulté le 10/07/17.
- PHILLIPS CD, HAWES C, FRIES BE (1993). Reducing the use of physical restraints in nursing homes: will it increase costs ?. *Am J public Health*. 1993. 83, p.342-8. Disponible à l'adresse: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>, consulté le 14/06/17.
- POIRIER MF (1998). La contention en gériatrie: quelle liberté pour nos aînés. Laennec. 1998, P.16-20. Disponible à l'adresse: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>, consulté le 14/06/17.
- PROSSER S. & WILLIAMSON G. (2002). Action research: politics, ethics and participation. *J Adv Nurs*. 2002 Dec.40, p.587-93. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12437608>, consulté le 23/04/18.
- QUIXLEY, S. (2008). Participatory action research: An outline of the concept. Disponible à l'adresse: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1476750316678916>, consulté le 09/05/18.

- REASON & BRADBURY (2002). Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice. Disponible à l'adresse: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v13/RQ%20HS%2013%20Savoie-Zajc.pdf, consulté le 19/09/17.
- ROUSSEL J.-F. (2010). L'apprentissage informel: une nouvelle donne, de nouveaux défis. Dossier spécial. *Le développement de Compétence*. n°13. In MULLER (2016). Les savoirs professionnels infirmiers : Pour une valorisation des apprentissages informels. Ed. Seli Arslan SA, Paris. 2016. p62.
- ROY M.; PREVOST P. (2013). La recherche-action: origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de gestion. Disponible à l'adresse: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero32\(2\)/32-2-roy-prevost.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero32(2)/32-2-roy-prevost.pdf), consulté le 13/09/17.
- SAVOIE-ZAJC L. (2012). Du déroulement évolutif de la recherche-action au format linéaire l'écriture: quelques défis dans la rédaction et la diffusion de la recherche-action. Disponible à l'adresse: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v13/RQ%20HS%2013%20Savoie-Zajc.pdf, consulté le 19/09/17.
- SWINE, Ch.; DE GRYSE, J.; SCHOEVAERDTS, D.; BOLAND, B.; CORNETTE, P. (2006). L'évaluation de la personne âgée et le système RAI-MDS. *Louvain médical*, Vol. 125, no.9, 2006 p. S337-S343. Disponible sur l'adresse: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/fr/object/boreal%3A173527>, consulté le 23/04/18.
- TANG WS, CHOW YL, KOH SSL. (2012). The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews*. 2012, p.30751. Disponible sur le site Web de Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012476/full>, consulté le 21/08/17.
- TINETTI M., WEN-LIANG L., MAROTTOLI R., & GINTER S. (1991). Mechanical restraint use among residents in skilled nursing facilities. *Journal of the American Medical Association*. 265, p. 468-471. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18728294>, consulté le 09/08/17.
- VAN VYVERE A., DUMONT C. (2013). Procédures et contention physique. Disponible à l'adresse: www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/download/942, consulté le 14/06/17.
- VEDEL I., LECHOWSKI L., SIMON I., LAZAROVICIC., de STAMPA M., PEDRONO V., MAURIAT C., BAGARAGAZA E., ANKRI J., CASSOU B. (2006). La contention physique passive en gériatrie: une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES. *Gérontologie et société*. 2006/1. vol. 29. n° 116. p.292 Disponible sur le site Web de CAIRN: <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-153.htm>, consulté le 14/06/17.
- VEDEL I., LECHOWSKI L., DE STAMPA M., AEGERTER P., SIMON I., PEDRONO V., LAZAROVICI C., MAURIAT C., ANKRI J., CASSOU B. (2007). Évaluation d'une intervention multiple pour implanter des recommandations nationales: le cas de la contention physique passive

- en gériatrie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2007 Apr. 55, p.79-86. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17434280>, consulté le 26/01/18
- WATERMAN H., TILLEN D., DICKSON R., de KONING K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess*. 2001, p.157. Disponible sur le site Web de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11785749>, consulté le 19/09/17.
 - WENNER M. (2006). L'Expérience infirmière. In MULLER (2016). Les savoirs professionnels infirmiers – Pour une valorisation des apprentissages informels. Ed. Seli Arslan SA, Paris. 2016. p70.
 - WITTORSKI R. (2005). Les Dynamiques de professionnalisation des individus, des activités et des organisations. In MULLER (2016). Les savoirs professionnels infirmiers – Pour une valorisation des apprentissages informels. Ed. Seli Arslan SA, Paris. 2016. p 161-163.
 - YANCIK R, ERSHLER W, SATARIANO W, HAZZARD W, COHEN HJ, FERRUCCI L. (2007). Report of the national institute on aging task force on comorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007, p.275-80. Disponible à l'adresse: http://www.jle.com/download/gpn-305289-evaluation_des_comorbidites_chez_la_personne_agee--WuR-6H8AAQEAAHbsLAgAAAAQ-a.pdf, consulté le 28/04/18.

Cours

- AUJOULAT I. (16 Mars 2017). Cours 6: Présentation des résultats- Critères de validité- Recherche-Action. Issu du cours: WFSP2106- Introduction aux méthodes qualitatives en Santé Publique. UCL Louvain. Woluwe-St-Lambert. Cours dans le Cadre du Master 1 en Santé Publique. Année académique 2016-2017. Dia 20-31.
- CORNETTE P. (29 Septembre 2017). WFSP2273- Cours 1 : Evaluation et réadaptation en gériatrie. UCL Louvain. Woluwe-St-Lambert. Cours dans le Cadre du Master 2 en Santé Publique. Année académique 2017-2018. P. 15.
- DEGRYSE J-M. MD PhD. (3 Novembre 2016). TP1- Indicateurs épidémiologiques. Issu du cours : WFSP 2105- Introduction à l'épidémiologie et à la démographie. UCL Louvain. Woluwe-St-Lambert. Cours dans le Cadre du Master 1 en Santé Publique. Année académique 2016-2017. Dia 2-5.
- SPEYBROECK N. (Octobre 2016). WESP 1010- Introduction à la statistique descriptive et aux probabilités. UCL Louvain. Woluwe-St-Lambert. Cours dans le Cadre du Master 1 en Santé Publique. Année académique 2016-2017. p37.

10 Table des annexes

Annexe 1: Tableau récapitulatif des conséquences de la contention physique

Annexe 2: Mesures alternatives

Annexe 3: Grille d'observation des patients contenus

Annexe 4: Dossier du profil de risque pour les patients contenus

Annexe 5: Présentation des différentes échelles utilisées

Annexe 6: Guides d'entretiens des différentes réunions

Annexe 7: Agenda et participation aux différentes réunions

Annexe 8: Plan de communication

Annexe 9: Questionnaire

Annexe 10: Outil créé lors de la démarche : Algorithme décisionnel

Annexe 11: Vision de la mémorante par rapport à la contention et le terrain

Annexe 12: Descriptif du contenu des réunions de «travail»

Annexe 13: Evaluation des outils créés durant le projet

Annexe 14: Analyse statistique multivariée

Annexe 15: Tableaux récapitulatifs de l'analyse des résultats qualitatifs et quantitatifs

Annexe 16: Ensemble des réunions de discussions (plateforme DIAL)

Annexe 17: Ensemble des réponses relatives au questionnaire (plateforme DIAL)

Titre: « La mise en place d'un programme de type «recherche-action» pourrait-elle influencer l'utilisation de la contention physique dans un service de Gériatrie ? »

Auteur: DE BRUYCKER Eline

Promoteur: Pr. SCHOEVAERDTS Didier ; **Co-promoteur:** Mr. BLAIRON Jean-François

Résumé

Introduction: La contention physique est une pratique qui est rapportée dans les institutions de soins pour personnes âgées bien qu'il soit recommandé d'en limiter l'utilisation. Partant de ce constat, nous avons choisi de mener un programme de type recherche-action dans un service aigu de Gériatrie. Celui-ci a pour but d'observer l'effet d'une démarche participative sur le respect des bonnes pratiques en matière de contention physique. Cette méthode s'inspire des leviers concernant les programmes d'application des recommandations concernant ce sujet de BAGARAGAZA et KOCZY.

Méthodes: La démarche consiste en une série de réunions de discussion semi-dirigées, incluant de manière collective les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. Elle se caractérise par les six étapes suivantes: réalisation d'un plan de communication, étape diagnostique avec état des lieux du vécu des soignants par rapport à la contention, définition des changements possibles avec leurs freins et leviers, définition d'actions prioritaires à développer, implémentation des outils créés et mise en place de séances d'évaluation du projet (entretiens et questionnaire). Au terme de cette démarche, une mesure du niveau de compliance aux recommandations sera réalisée. A cette approche qualitative est jointe une mesure d'impact, sous forme d'une étude de type « avant-après », qui observe sur deux périodes la prévalence de l'utilisation de la contention physique.

Résultats: Notre étude démontre une diminution de la prévalence (moyenne journalière de patients contenus) de 59%, malgré des profils de patients similaires voir plus lourds pour certaines caractéristiques. L'étude révèle également un changement significatif au niveau de la compliance des soignants aux recommandations de bonne pratique publiées par l'ANAES (5 recommandations sur 10 suivies, au lieu de 4).

Conclusion: Notre démarche a permis de montrer que la participation des professionnels à l'adaptation de leurs pratiques a un impact favorable, à court terme, sur la prévalence de la contention.

Mots-clés (MeSH): Sujet âgé, Contention physique, Recherche-action, Services de santé pour personnes âgées, Soins infirmiers en Gériatrie.

