



# «La mise en place d'un programme "recherche-action" pour implémenter une procédure sur l'utilisation de la contention en gériatrie »

Mémoire en Master en Sciences de la Santé  
Publique UCL

Oratrice: DE BRUCYKER Eline

Infirmière spécialisée en Gériatrie et Master en Santé Publique (UCL)  
Infirmière en Gériatrie au CHR de la Haute Senne- Site « Le Tilleriau »  
[elinedebruycker221193@gmail.com](mailto:elinedebruycker221193@gmail.com) ou [eline.debruycker@chrhautesenne.be](mailto:eline.debruycker@chrhautesenne.be)



# Plan de la présentation

- Problématique
- Points de théorie- la contention physique
- Projet
- Déroulement du projet
- Principaux résultats
- Éléments clés du projet
- Conclusion



- ❑ Les pratiques des professionnels relatives à la contention sont non-systématiques et comportent peu de réévaluations (en lien avec ANAES, 2000).
- ❑ Une sous-utilisation des outils informatiques permettant d'assurer la justification et le suivi des contentions physiques.
- ❑ La contention = un sujet peu débattu en réunions pluridisciplinaires et peu de notes (prescriptions) médicales réalisées à ce sujet alors qu'il s'agit d'une obligation dans l'Institution.

# Points de théorie

## La contention physique

### □ Définition(s)

- «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).
- «Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité» (LAROUSSE, 2012, p.217).

### □ Prévalence

- 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%».

### □ Législation (AR 18/06/1990 et CTAI, 2007)

- 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).

1. Prescription médicale motivée dans le Dossier Patient.
2. Appréciation rapport bénéfice/risque par l'équipe pluridisciplinaire.
3. Surveillance programmée et retranscrite dans le dossier.
4. Information du patient et de ses proches (consentement).
5. Utilisation correcte du matériel contention.
6. Préservation de l'intimité et de la dignité de la personne.
7. Activités proposées pour maintien des AVQ et état fonctionnel (contention levée régulièrement).
8. Activités pour confort psychologique.
9. Evaluation de la situation (causes et conséquences de la contention) /24h.
10. Contention reconduite si nécessaire sur base d'une prescription médicale/ 24h.



CHR  
Haute Seine

# Projet

---

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.

-> Objectif: 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.

-> Sous-objectifs: L'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail/ à l'hôpital.

# Déroulement du projet

Juillet – Septembre 2017

**Phase 1:**

**Observation du terrain**

- Grille d'observation des patients contenus
- Profils de risque pour les patients contenus et non contenus
- Observation du suivi des recommandations ANAES

Février-Avril 2018

**Phase 3:**

**Observation du terrain**

- Grille d'observation des patients contenus
- Profils de risque pour les patients contenus et non contenus
- Observation du suivi des recommandations ANAES

Septembre 2017 –Avril 2018

**Phase 2:**

**Démarche de Recherche-action**

- 1. Plan de communication
- 2. Vécu des professionnels par rapport à la contention
- 3. Propositions de changements
- 4. Choix des changements prioritaires et outils à développer
- 5. Construction et validation des outils
- 6. Evaluation des outils et de la démarche

# Principaux résultats

Quantitatifs	Qualitatifs
↓Prévalence moyenne journalière de patients contenus: 6.3% à 2.6 % ( $p < 0.01$ , ↓59%).	Sentiment de changement dans les pratiques de la contention physique (exemples).
↓Nombre de personnes contenues: 32/140 à 18/150 P (même durée d'observation).	Sentiment d'implication, sujet intéressant et acquisition de savoirs pratiques.
Profils de patients semblables, voire plus lourds pour certaines variables entre les deux phases d'observation.	Vécu intéressant des réunions et l'aspect positif des échanges multiples permis.
↑Nombre de recommandations ANAES suivies: de 4 à 5 (activité et PM).	<u>Création d'outils:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algorithme décisionnel</li> <li>- Nouvelles fenêtres informatiques (contention et chute)</li> <li>- Document de structuration de la communication</li> <li>- Test de nouvelles mesures alternatives</li> <li>- Adaptation de la procédure interne</li> </ul>
Pas de changement au niveau de la durée de la C.P.	
Changement des types et motifs de C.P.	



- ❑ «Réflexion avant de contentionner»
- ❑ «Réévaluation plus systématique»
- ❑ «Changement des moyens de contention»
- ❑ «Directives différentes chez les médecins»
- ❑ «Utilisation de mesures alternatives telles que le cathéter avec bouchon» + sacs urinaires de jambe »
- ❑ «Lever la contention quand la famille est présente»

# Éléments clés du projet

Sujet	En lien avec les besoins du terrain = levier
Résultats	Diminution de la prévalence de la C.P. de 59%
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mixte (Recherche-action centrale)</li> <li>• Réunions de discussion</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation++</li> <li>• Groupe ouvert</li> </ul>
Leviers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet d'équipe</li> <li>• Sujet a permis d'impliquer tous les professionnels</li> <li>• Adaptation à tous les niveaux grâce à la recherche-action</li> </ul>
Freins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de prescription médicale écrite</li> <li>• Suivi psychologique complexe</li> <li>• Contexte</li> </ul>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation des réunions</li> <li>• Outils développés et implémentés</li> <li>• Temps</li> </ul>
Si c'était à refaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de pilotage</li> <li>• Choix outils (Ex: échelles, questionnaire validé)</li> <li>• Organisation (temps, petits groupes fermés)</li> <li>• Communication (clarté et structure)</li> </ul>

- 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.
- Démarche participative réalisée par l'intermédiaire de réunions de discussion pluridisciplinaires.
- Projet non-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.

