



BOUSSAYOUD Naouel

BOUSSEKINE Rizlane

LA CONTENTION PHYSIQUE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN DÉLIRIUM

**Travail de fin d'études en vue de l'obtention
du grade de Bachelier en Soins Infirmiers**

Année académique 2016 /

2017 Juin 2017

J'autorise l'accès à mon TFE aux futurs étudiants de BSI

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement :

Notre promoteur THIERRY VEEKMAN pour son accompagnement et son soutien tout au long de la réalisation de ce travail ;

HABIB BEN AICHA pour son aide et son intérêt pour notre travail ;

Ainsi que nos familles respectives pour leur soutien.

Nous tenons à remercier également le ou les lecteurs de ce travail de fin d'études.

Nous attestons sur l'honneur,

BOUSSAYOUD NAOUEL et BOUSSEKINE RIZLANE,

n'avoir en aucun cas plagié un contenu quel qu'il soit dans le cadre
de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION

II. PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....7

- 2.1 Contexte et origine de la question.....7
- 2.2 Contexte socio-sanitaire.....7
- 2.3 Cadre légal.....10
- 2.4 Définition des éléments clés.....11

III.MÉTHODE.....13

- 3.1 bases de données.....14
- 3.2 Mots-clés et combinaisons.....14
- 3.3 cross referencing.....15

IV. RÉSULTATS.....17

V. ANALYSE DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS.....21

- 5.1 Présentation des articles.....21
- 5.2 Analyse des principaux résultats.....27

VI. DISCUSSION, LIMITES ET PERSPECTIVES.....35

6.1 Discussion.....35

6.1.1. La formation des infirmières et l'augmentation de leurs connaissances sur les alternatives..... 35

6.1.2. L'amélioration de la collaboration interdisciplinaire.....37

6.1.3. L'utilisation d'un arbre décisionnel spécifique au patient gériatrique.....39

6.1.4. La tenue d'un dossier patient avec une documentation efficiente.....42

6.1.5 Adoption d'une posture de leadership.....43

6.1.6 Établir un partenariat patient/famille.....44

6.2 LIMITES.....45

6.3 PERSPECTIVES.....45

VII. CONCLUSION

VIII. BIBLIOGRAPHIE

I. INTRODUCTION

La contention est souvent utilisée afin de prévenir les chutes, limiter la déambulation, contenir une personne agressive ou agitée. Cependant cette pratique, courante, semble être banalisée dans les pratiques de soins, avec des multitudes de dispositifs de contention, alors qu'elle ne devrait pas l'être.

Cette pratique de soins porte atteinte à la liberté et expose souvent les patients à de nombreux risques dont l'efficacité est souvent remise en cause.

Dans ce travail, après avoir introduit notre question de recherche, nous avons abordé le contexte général de la problématique des situations en lien avec la contention ainsi que ses alternatives pour les personnes âgées en délirium.

Nous avons défini les différents concepts de notre thématique et nous nous sommes penchées sur le cadre légal en Belgique.

Les premières réflexions nous ont permis de mettre en évidence que la contention physique n'était pas la solution, mais plutôt un échec d'une situation de soins, et que des alternatives étaient possibles. De plus, à la suite de nos lectures, de nos observations et de nos réflexions avec l'infirmière en chef du service de gériatrie, il apparaît que les infirmières ont un rôle prépondérant pour améliorer la qualité des soins des patients.

Les alternatives à la contention sont devenues alors la cible principale de nos réflexions en lien avec ce travail.

Nous avons ensuite explicité notre méthode de recherche des articles scientifiques qui répondent à notre question. Et nous avons présenté les articles sélectionnés.

Dans la discussion de ce travail, nous avons essayé de présenter une synthèse de ce que devraient être les considérations infirmières en lien avec les alternatives à la contention physique des patients âgés en délirium.

Nous avons identifiés 6 considérations que notre discipline devrait investir avec force pour améliorer la qualité des soins en lien avec ces situations cliniques.

Au travers de nos recherches, la contention des personnes âgées en milieu hospitalier, maison de repos et service de longs séjours est encore trop utilisée.

Nous sommes rendus compte que contrairement à certains pays d'Europe ou nord-américain, la Belgique n'a pas publié beaucoup d'articles sur le sujet.

Néanmoins, nous restons persuadées que des alternatives existent afin de pallier la contention physique et éviter les risques et conséquences qui en résulte. Nous aimerions que cette pratique apparaisse comme évitable aux yeux des praticiens de santé et qu'il puisse mettre en place des soins adaptés, en instaurant de nouvelles pratiques.

Nous mettons dans notre travail de nombreuses suggestions, ainsi que des pistes qui permettraient d'éviter d'avoir recours à la contention physique de nos aînés. Nous espérons que le scénario de simulation pourra participer activement à la formation aux alternatives à la contention.

Dans l'espoir de contribuer à l'amélioration de la sécurité des personnes âgées, d'éviter une dégradation de leur état de santé tout en préservant leur qualité de vie, leur dignité et leurs droits.

Projet SIMUCAREPRO

Nous avons participé au projet Simucarepro. Pour ce faire nous avons été en stage dans le service de gériatrie aiguë.

La problématique du TFE devait être discutée et émergée d'une analyse commune avec l'équipe infirmière et particulièrement avec l'infirmière-chef.

Suite à divers entretiens avec celle-ci, elle nous a proposé d'étudier le rôle infirmier dans la prise en charge de la contention chez la personne âgée présentant un delirium.

Nous nous sommes donc penchés sur le sujet. Par l'intermédiaire des premiers articles consultés et des différents cours que nous avons reçus durant ces trois années, nous en dégagons un aspect délétère, voire mortel plutôt que sécuritaire de la contention physique.

De plus, pendant notre stage dans l'unité de gériatrie, il apparaissait clairement de par nos observations et nos échanges avec les infirmières (particulièrement avec l'infirmière-chef) que la contention était mise en place sans forcément avoir l'effet escompté. L'infirmière en chef nous a remis un exemplaire de l'arbre décisionnel standard de l'institution hospitalière.

Persuadés que nous sommes face à une vraie problématique professionnelle, nous avons décidé de nous plonger sur les différents outils à notre disposition (Cinhal, revues, pubmed, tripdatabase...) afin de poursuivre notre collecte d'informations sur le sujet. Notre questionnement a donc évolué. Quelles peuvent être les risques d'une contention ? Qu'est-ce qui peut être à l'origine de la confusion ? Quelles pourraient être les alternatives à cette contention et quels en sont leurs résultats ?

II. PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

2.1 Contexte et origine de la question

Dans le cadre du projet Simucarepro, qui s'effectuait en binôme, nous avons d'abord eu plusieurs réunions organisées avec les différents étudiants et professeurs participants. Suite à cela nous avons pris connaissance de nos lieux de stage, en l'occurrence dans un service de gériatrie pour Naouel et Rizlane. Il était question de six semaines de stage, dont trois en commun.

Naouel a commencé le stage dans l'unité de gériatrie. Elle a pu s'entretenir à plusieurs reprises avec la chef-infirmière, qui a organisé une réunion concernant le projet Simucarepro avec son équipe infirmière. La problématique que les infirmières voulaient aborder était la contention chez la personne âgée en délirium.

En binôme, nous avons amorcé les recherches sur les différentes bases de données et dans nos cours pour récolter un maximum d'informations avant de les soumettre à notre promoteur. Rizlane est ensuite arrivée dans le service de gériatrie et nous avons effectué trois semaines ensemble. Lors de celles-ci, il apparaissait clairement que la contention était utilisée régulièrement. Nous avons pu observer les différents cas dans lesquelles elle était utilisée, la prise de décision des infirmières dans sa mise en place, notamment chez les patients confus.

En parallèle, nos recherches se poursuivaient et nous permettaient de cibler au maximum la problématique en fonction de ce que nous observions. Nous avons donc organisé une rencontre avec l'infirmière en chef durant laquelle elle nous a transmis l'arbre décisionnel pour la contention utilisé dans l'hôpital. Nous l'avons donc analysée. Nous avons donc par rapport à cela affiné nos recherches scientifiques. Au fur et à mesure de nos lectures, une chose était commune à quasiment tous les articles lus concernant la contention : Comment trouver les solutions afin d'y palier et quels en sont les effets ?

Suite aux échanges avec les infirmières, certaines disaient se sentir démunies face à la contention, car elles n'avaient pas tous les outils nécessaires pour pallier celle-ci. Malgré cela, elles se sentaient obligées de les poser pour des raisons de sécurité.

« Les contraintes physiques sont utilisées pour protéger particulièrement les patients atteints de confusion » (Demir, 2007)

En alliant le fruit de nos échanges avec l'équipe et nos lectures, notre problématique a évolué comme suit :

« Quelles seraient les considérations infirmières pour éviter la contention chez le patient gériatrique en délirium? »

2.2 Contexte sociosanitaire

La population est de plus en plus vieillissante. La plupart des patients sont des personnes âgées, et ce quel que soit le service d'hospitalisation adulte. Nous avons pu le constater durant nos différents stages. Si la question de notre TFE concerne la gériatrie, il sera aussi possible de transférer un certain nombre de réponses et de réflexions dans d'autres contextes de soins concernés par la prise en charge de la contention des personnes âgées.

Concernant la contention, il est très délicat d'obtenir des chiffres reflétant la réalité, car dans la plupart des cas, la procédure n'est pas respectée et/ou le dossier infirmier, pas ou mal, complété.

« Non-application des procédures réglementaires. Dysfonctionnement d'organisation »
(Houpert, 2013).

Selon la HAS (Haute Autorité de Santé), en 2009, il est estimé entre 20 % et 80% la proportion de contention dans les établissements de longs séjours accueillant les personnes âgées.

Il est donc important de pouvoir assurer une prise en charge optimale et leur permettre de garder un maximum d'indépendance, d'autonomie et de dignité. Il apparaît paradoxal de pouvoir assembler indépendance et contention.

La contention peut être définie comme étant :

« L'ensemble des moyens physiques visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne qui nécessitent l'aide d'un tiers pour être enlevés. La contention suppose donc l'intervention d'un tiers à deux moments. »

(Fromage et al. 2003)

Ces auteurs montrent bien dans leur définition que l'indépendance et l'autonomie de la personne sont mises à mal en situation de contention physique.

De plus, selon Houpert (2013), lorsque l'on s'attarde aux ressentis du patient vis-à-vis de cette contention, on peut mettre en évidence les conséquences psychologiques telles que l'auto dévalorisation, l'aggravation ou l'apparition d'un syndrome dépressif et un sentiment de dépendance psychologique et physique accru.

Il a été mis en évidence que les conséquences psychologiques interfèrent aussi chez le personnel soignant et qui nous avons pu constater lors d'échanges avec les équipes soignantes de notre lieu de stage.

« culpabilité, angoisse, frustration lors de la pose de contention. »

(Poulain et al. 2004).

Les motifs de contention sont multiples. En voici les principaux:

« le risque de chute réel (en opposition au risque de chute ressenti par les soignants), les patients agités et difficilement contrôlables, l'agressivité et l'hétéroagressivité, la déambulation excessive, la protection du matériel médical, la dépendance fonctionnelle. »

(Gulpers et al. 2004).

Dont les causes peuvent être :

« Des absences de projet de soins, le manque d'effectif chronique, les arrêts de travail ou les congés maternité non remplacés. Le manque de formations. Le manque de moyens humains et/ou matériels »

(Houpert, 2013)

Il est aussi confirmé par d'autres études que les formations sont insuffisantes aussi bien pour les infirmières en poste, que durant les études infirmières (Becker et al., 2010).

L'une des considérations de notre problématique met bien en évidence la formation des infirmières et l'impact positif que cela engendre sur le processus de contention. Nous y reviendrons largement dans la discussion de ce travail.

La contention peut avoir plusieurs effets indésirables, notamment au niveau économique avec l'augmentation de la durée d'hospitalisation.

« On constate une augmentation de la durée des hospitalisations au décours d'une contention physique, maintenue sur plusieurs jours, due en partie à une perte de force musculaire, un syndrome de glissement, une augmentation de la durée de la rééducation pour une reprise d'autonomie similaire à celle du début de l'hospitalisation. »

(Houpert, 2013)

Mais aussi au niveau physique et physiologique :

« Apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation. Syndrome d'immobilisation (rétraction tendineuse, troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinences sphinctériennes, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit, hyperthermie et déshydratation). Déconditionnement, trouble de l'équilibre, perte de la marche. Escarres, points de compression, rhabdomyolyse et ses complications (insuffisance rénale, trouble du rythme sur hyperkaliémie). »

(Dumont & Van de Vyvere, 2013 ; Frank et al, 1996)

Il existe différents facteurs de risques et ce à différents niveaux. Tout d'abord les facteurs de risques liés aux patients, à savoir le grand âge, le déclin cognitif, la perte d'autonomie, une démarche instable et un état d'agitation.

Ensuite les facteurs liés aux soignants : les croyances erronées sur l'efficacité de la contention, le sentiment de sécurité primant sur la liberté de l'individu, la peur des représailles avec la famille et/ou l'administration. L'intolérance aux comportements perturbateurs, la difficulté à gérer l'incertitude et le besoin de contrôle, le stress et le sentiment d'impuissance. Cela démontre que souvent la contention n'est pas utilisée à bon escient et pour les bonnes raisons. (Houpert, 2013)

Les facteurs liés aux proches, à la famille :

« Méconnaissance du problème et des enjeux de la contention physique. Un besoin de sécurité. Le patient étant dans un cadre de soin, pour la famille, il est protégé de toute agression ou accident. »

(Houpert, 2013)

On peut donc ici penser que pour une famille n'ayant pas conscience des risques liés à la contention, il serait difficile de la dissuader, surtout si elle souhaite que l'on contienne un de leur proche ?

De plus il apparaît qu'il n'y a pas plus de chutes ou autre incident sans contention :

« la levée de la contention n'augmente pas le nombre de chute ou de blessure. »

(Capuzeti, 1998 ; Dassen et al., 2011)

2.3 Cadre légal

Dans la liste des prestations techniques de soins infirmiers pouvant être accomplies par des praticiens de l'art infirmier :

"Les mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention des chutes et surveillances tombent sous les prestations B1"
(Arrêté Royal du 18 Juin 1990).

Le législateur en Belgique a donc considéré que l'infirmière ne devait pas disposer obligatoirement d'une prescription médicale pour recourir à la contention physique des patients.

Il est important ici de différencier la "lettre et l'esprit" de la loi.

Car si telle était l'esprit de la loi, celle-ci aurait été d'ailleurs à l'encontre des recommandations professionnelles qui encouragent l'interdisciplinarité en matière de prise de décisions aux alternatives à la contention, nous y reviendrons plus loin dans ce travail.

Cependant la loi, telle qu'elle est écrite, implique de facto d'engager la responsabilité professionnelle de l'infirmière, elle se fera sur base de son jugement clinique et devrait faire l'objet d'une description argumentée dans le dossier. Notre promoteur dans le cours de déontologie et d'aspects légaux de la profession cite cet élément à l'instar du débit d'administration de l'oxygène qui n'est plus soumis à une limitation et à la prescription médicale.

Recourir à une contention ou son contraire, choisir une alternative à la contention engage la responsabilité professionnelle de l'infirmière. Dans le dossier, l'infirmière argumentera la décision de soin sur base de son jugement clinique en accord avec les avis des membres de l'équipe infirmière ou médicale.

Si la contention est effectivement dans la liste des prestations techniques considérée comme un acte B1, il est important de souligner que fort logiquement dans les faits, les unités de soins adoptent des procédures qui prévoient que la contention doit faire l'objet le plus

rapidement possible d'un avis médical voir même d'un accord médical qui prendra alors la forme d'une prescription médicale.

Dans la littérature, les auteurs constatent que trop souvent dans les services de soins, les procédures "de contention" se limitent à des décisions rapides sans questionner les alternatives et que le médecin sollicité par les infirmières n'a que peu de marge de manœuvre. (Houpert, 2013)

Si les procédures de "*contention*" des hôpitaux pouvaient se transformer dans les pratiques en procédures "*d'alternatives à la contention*", alors les patients seraient les premiers bénéficiaires de ce changement, nous reviendrons bien entendu sur cette réflexion plus loin dans notre travail.

L'idée du législateur n'est donc pas de dire aux infirmières qu'elles sont autonomes pour gérer les situations cliniques en lien avec la contention, mais de leur permettre de gérer des situations particulières, "d'urgence" ou des situations où la concertation avec d'autres professionnels et en particulier avec le médecin n'est pas possible immédiatement.

Ces situations sont par exemple les situations urgentes, les situations pendant la nuit ou encore les lieux de soins qui ne jouissent pas de la présence permanente ou immédiate d'un médecin. Nous évoquerons ces situations dans la discussion de notre travail.

Une autre considération légale peut certainement éclairer le cadre de la réflexion de ce travail. Il s'agit de la loi du 22 août 2002 instituant les droits des patients. Nous avons dans cette loi, voulu mettre en évidence deux articles:

- le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins, et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite".

(L'article 5, chapitre III)

- Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

(article 7 paragraphe I)

Ces deux articles sont importants, car ils sont directement concernés par des réflexions qui seront faites dans la discussion de ce travail.

[2.4 Définition des éléments clés](#)

Personne âgée:

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit une personne âgée à partir de 60 ans. Il s'agit d'un vieillissement qui peut être primaire (génétiquement programmé, non modifiable et propre à chaque individu) ou secondaire (lié aux facteurs extérieurs et modifiable). Selon le docteur Dumont pour les personnes âgées, il est souvent question de fragilisation. Si le sujet âgé est défini par des polyopathologies actives, une polymédication et une durée de séjour excédentaire. Le sujet âgé fragilisé comprend les mêmes critères avec en plus le fait de vivre seul depuis plus de 2 ans, avoir été hospitalisé lors de l'année écoulée, être en

insécurité financière, avoir un ou plusieurs handicap(s) associés et présenter des chutes fréquentes. Il est important de savoir que cette population est plus sensible aux complications notamment : complication cutanée, complication ostéo-articulaire, complication digestive, complication pulmonaire, complication cardio-vasculaire, complication urinaire et complication dépressive.

Contention :

La contention physique est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent, ou limitent, les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. Le but est de répondre à deux intérêts : assurer la sécurité du patient et/ou de son entourage lorsqu'il existe un danger pour le patient ou son entourage. (HAS, 2000)

Les restrictions définies par le Collège des infirmières et infirmiers de l'Ontario (CNO, Ordre des infirmières et infirmier de l'Ontario, revue 2009) "sont des mesures physiques, environnementales ou chimiques utilisées pour contrôler l'activité physique ou comportementale d'une personne ou d'une partie de son corps. Les contraintes physiques limitent le mouvement d'un client. Les restrictions physiques comprennent une table fixée sur une chaise ou un rail de lit qui ne peut pas être ouvert par le client. Les contraintes environnementales contrôlent la mobilité d'un client. Les exemples incluent une unité, une isolation ou une salle de réveil. Les contraintes chimiques sont toute forme de médicament psychoactif utilisé pour ne pas traiter la maladie, mais pour inhiber intentionnellement un comportement ou un mouvement particulier. La séparation, avec ou sans retenue, est une mesure utilisée comme intervention pour gérer les clients qui restent mal documentés dans les établissements de soins de santé. "

Lorsque l'on s'intéresse à la contention, il est important de distinguer les deux types de contention usuelle, l'une est appelée " contention physique" et l'autre est appelée " contention chimique".

- **Physique** "est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. Le but est de répondre à deux intérêts : assurer la sécurité du patient et/ou de son entourage lorsqu'il existe un danger pour le patient ou son entourage." (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé, 2000)

Nous avons décidé de traiter seulement de la contention physique dans le cadre de ce travail.

Delirium/état confusionnel :

Selon Voyer (2006), le delirium est une perturbation du cerveau. L'association américaine de psychiatrie, citée par Voyer, le définit par la présence de 4 grandes caractéristiques. La première est une perturbation de l'état de conscience s'accompagnant d'une incapacité à soutenir l'attention. La deuxième est une atteinte des capacités cognitives ou de perception [...]. La troisième caractéristique du delirium est le court laps de temps que mettent les symptômes à s'installer, de quelques heures à quelques jours, et leur fluctuation dans une période de 24 heures. Enfin, la quatrième caractéristique se rapporte aux causes du problème. Ainsi pour qu'il y ait delirium, il faut une mise en évidence, d'après le dossier médical, l'examen physique et des examens complémentaires, que les perturbations observées sont les conséquences physiologiques directes d'un état de santé.

Il affirme qu'« un delirium et un syndrome confusionnel aigu [...] sont synonymes »

D'après le docteur Dumont, le délire se caractérise comme étant une maladie métabolique cérébrale avec un début rapide et datable, fluctuant, une symptomatologie neuro-végétative, réversible, limitée dans le temps et des hallucinations fréquentes et souvent à caractère menaçant. Ce qui l'oppose complètement à la démence qui est une maladie organique cérébrale avec un début insidieux, relativement stable, pas de symptôme neuro-végétatif, irréversible et rares hallucinations.

III. MÉTHODE

Nous allons vous présenter la méthode de recherche. Pour cela nous définirons les bases de données consultées, les outils d'analyse utilisés ainsi que les critères d'inclusions et d'exclusions.

Dans un premier temps, l'infirmière en chef nous a proposé un thème. Ensuite, nous avons utilisé plusieurs bases de données, nos cours et les documentations en ligne pour pouvoir peaufiner nos recherches et connaissances sur le sujet. Une fois la problématique élaborée, nous avons alors ciblé nos recherches en précisant les mots-clés.

3.1 Bases de données

La construction de notre revue de littérature s'est déroulée en plusieurs temps.

Premièrement, nous avons identifié les mots clés et les synonymes en français et en anglais. Ensuite, nous avons poursuivi une première recherche sur la base de données PubMed. : personnes âgées, délirium, confusion, contention physique, gériatrie, infirmière, risques.

Pour ce faire nous avons interrogé le Mesh pour être sûres d'utiliser les bons descripteurs. Suite à cela, nous avons utilisé les mots clefs dans plusieurs bases de données à savoir Pubmed et tripdatabase. Ce qui nous a permis d'avoir accès à des articles de la littérature scientifique et qui faisait donc référence à des données probantes et pertinentes dans le cadre de notre travail.

Ensuite nous avons été sur la base de données Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), spécialisée dans les sciences infirmières, qui permet d'apporter une réelle plus-value concernant les preuves scientifiques. Nous avons ici eu recours aux processus de recherche sur base des descripteurs (détaillés par la suite) afin de cibler notre recherche. Nous avons trouvé beaucoup de texte en lien avec notre thématique. Nous avons bien évidemment filtré les résultats en ciblant la gériatrie et particulièrement les personnes âgées confuses. La recherche étant de plus en plus précise, nous avons pu faire ressortir plusieurs articles pertinents. Nous avons alors filtré avec des critères plus précis d'inclusion et d'exclusion (voir ci-dessous).

Nous avons déjà trouvé des guidelines avec la Base de Données Trip data Base. Cependant, ces documents n'ont pas été retenus et nous avons alors consulté le RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). Suite à nos recherches, nous avons ici fait ressortir 2 guidelines qui répondaient à notre problématique. Les mots-clés utilisés étaient « nurse », « physical restraints » et « procédure ».

Les critères d'inclusion étaient guideline, USA nous avons obtenus 28 résultats nous avons pris le premier article et continué nos lectures durant lesquelles nous en avons sélectionné un second.

3.2 Mots-clés et combinaisons :

Catégorie	Mots-clés (MESH)
Population : personnes âgées confuses	Olders adults, older people, confused
Interventions : alternatives infirmières afin d'éviter la contention physique	Physical restraint, nurse care, guideline, practice guidelines
Contexte : service de gériatrie aigue	Hospital, geriatric

Pour nos recherches, nous avons surtout utilisé l'opérateur booléen « AND ». Les autres opérateurs booléens n'ont abouti à aucun résultat pertinent. (Voir à ce propos le tableau ci-après)

3.3 Cross-referencing

Lors de nos différentes recherches, nous avons exploité les bibliographies des textes que l'on a parcouru, ce qui nous a permis notamment de retrouver des articles de fond ou des articles connexes à notre question qui nous serviront plus tard dans la discussion et dans la rédaction de la problématique de ce travail. Par exemple des articles qui précisent certaines définitions ou d'autres qui permettent d'amplifier ou confirmer des données. Nous avons cependant, par la méthode du cross-referencing, sélectionné deux articles (article N° 4 et 6 voir ci-dessous). Lors de nos explorations, nous avons trouvé un article qui répondait à notre problématique : "Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents". Pour cet article, malheureusement payant, un courriel a été envoyé à l'auteur via la plateforme Research gate, qui nous apparaissait pertinent dans le cadre de notre problématique. L'auteur a répondu positivement à notre demande.

Grâce à la technique du cross referencing nous avons trouvé la base de données Minerva (Evidence Base Medicine de première ligne) qui s'avéra intéressante pour notre travail, puisqu'elle nous a permis de sélectionner des articles de fonds pour la rédaction de notre problématique, ainsi qu'un article scientifique pertinent.

TABLEAU : mots clés :			
Mots clés	Traduction	Descripteurs CINHAL	Descripteurs PUBMED
Personnes âgées	Olders adults, Older people Ederly patients	Older people Olders adults Ederly patients	Elderly patient
Confuse , delire	Confused, Delirium	Confused, Delirium	
Contention physique	Physical restraint	Physical restraint	Physical restraint
Gériatrie	Geriatric	Geriatric	Geriatric
Rôle infirmiers	Nurse care/ Nurse practice	Nurse care/ Nurse practice	Nurse care/ Nurse practice
Lignes directrices	Guideline, guideline practice	Guideline, Guideline practice	Guideline, Guideline practice
Hôpital	Hospital	Hospital	Hospital
Formation continue des infirmières	Continuing education for nurse	Continuing education for nurse	Continuing education for nurse

Il nous est apparu important de rassembler ici les mots clés de nos équations. Les résultats observés dans nos recherches, grâce à ces termes, démontrent bien le lien avec le sujet étudié.

Lorsque nous avons déterminé notre liste de mots clés, nous avons alors pu combiner les termes afin d'élaborer des combinaisons de recherche, qui nous semblaient appropriées et pertinentes. Par l'addition de ces équations, nous avons du moins essayé de combler l'ensemble de notre problématique.

Nous avons, par la suite, intégré les différentes équations dans les trois bases de données utilisées. Et nous nous sommes vite aperçus que selon les équations, les résultats étaient conséquents.

Nous avons de ce fait conservé une équation de recherche qui était fructueuse en fonction de la base de données utilisée et ainsi nous avons pu mettre des critères d'inclusion et d'exclusion, afin d'affiner le plus possible notre recherche.

Nous avons aussi fixé la limite de recherche seulement à la contention physique.

Au vu du nombre conséquent de résultats, dans un premier temps nous avons commencé par regarder le titre et le résumé des articles. Puis dans un second temps, nous avons présélectionné les articles qui nous semblaient les plus pertinents et avons alors consulté leurs bibliographies afin de voir si d'autres articles intéressants y figuraient.

IV. RÉSULTATS

Suite à la recherche en utilisant les différentes équations dans les bases de données, nous avons sélectionné 98 articles.

Nous nous sommes, par la suite, répartis la liste d'articles trouvés, que nous avons étudiée afin de savoir s'ils correspondaient à notre sujet et s'ils prenaient en compte nos critères d'inclusions. Ces critères nous ont permis de détecter les articles qui convenait le plus : rôle infirmier, danger de la contention, alternative à la contention, détection des facteurs de risques et des facteurs prédisposant, etc.

Nous avons exclu les articles qui n'abordaient pas le rôle infirmier, ne se rapportant pas à notre problématique et ceux qui ne comprenaient pas nos critères d'inclusions.

Après cette sélection, nous avons, parmi les articles résiduels, filtré de nouveau notre documentation en lisant l'abstract ou en lisant l'article lui-même, pour ne retenir que les articles qui répondaient réellement à notre question.

Afin d'assurer que tous les articles sélectionnés répondent correctement à la question posée et présentent des qualités méthodologiques et scientifiques, qui nous permettent de valider les réponses, nous avons utilisé la grille d'évaluation de l'Institut Briggs Joanna. (voir Annexe 1)

TABLEAU : équations de recherche (effectué entre Décembre 2016 et Janvier 2017)				
Equation de recherche sur CINHAL	Nombre d'articles trouvés	Equation de recherche sur PUBMED	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
Physical restraint AND Olders adults AND Confused AND Guidelines AND Nurse care AND Geriatric	1	Physical restraint AND Olders adults AND Confused AND Guidelines AND Nurse care AND Geriatric	1	/
Physical restraint AND Olders adults AND Confused AND Guidelines AND Nurse care	75	Physical restraint AND Olders adults AND Confused AND Nurse care	5	4
Physical restraint AND Olders adults AND Guidelines AND Nurse care	510	Physical restraint AND Olders adults AND Nurse care	41	9
Physical restraint AND Guidelines AND Nurse care	944	/	/	13
Physical restraint AND Guidelines AND Nurse care AND alternative	299	Physical restraint AND Nurse care AND alternative	41	7
Physical restraint AND Guidelines AND Nurse care AND alternative AND Confused	65	/	/	3
Physical restraint AND Guideline AND Nurse care	944	/	/	35
Continuing education for nurse AND physical restraint AND Ederly patients	52	Continuing education for nurse AND physical restraint AND Ederly patients	1	3

Nous avons appliqué une première sélection sur base des critères d'inclusion et d'exclusion suivants:

- Articles gratuits et intégral
- Références disponibles
- Articles incluant le travail infirmier face à la contention physique
- Articles écrits ou coécrits par des infirmiers
- Guidelines de la prise en charge infirmière
- Articles de moins de 5ans

Nous avons obtenu 35 articles. Nous avons éliminé les doublons. Nous avons ensuite réalisé une lecture plus attentive en incluant des critères de sélection plus précis:

- (in) Articles concernant exclusivement des patients gériatriques en délirium.
- (out) Articles traitant de la psychogériatrie
- (out) Articles traitants de patients gériatriques hospitalisés en soins intensifs, aux urgences et au quartier opératoire.

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection de nos articles sont synthétisés dans le tableau ci-dessous:

Critères d'inclusion :
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Articles gratuit et intégral<input type="checkbox"/> Références disponibles<input type="checkbox"/> Articles incluant le travail infirmier face à la contention physique<input type="checkbox"/> Articles écrits ou co-écrits par des infirmiers<input type="checkbox"/> Guidelines de la prise en charge infirmière<input type="checkbox"/> Articles de moins de 5ans<input type="checkbox"/> Articles concernant exclusivement des patients gériatriques en délirium
Critères d'exclusion :
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Articles incluant tout âge de patient<input type="checkbox"/> Articles de plus de 5ans (exception pour l'article 3)<input type="checkbox"/> Articles ne traitant pas de la prise en charge infirmière<input type="checkbox"/> Articles traitant de la psychogériatrie<input type="checkbox"/> Articles traitant de patients gériatriques hospitalisés en soins intensifs, aux urgences et au quartier opératoire.<input type="checkbox"/> Articles concernant les maisons de repos et maisons de repos et de soins (exception article 4 et 6)

Nous n'avons pas utilisé «l'impact factor » pour sélectionner les articles. Ces différents critères nous ont permis d'instaurer une méthodologie précise afin de sélectionner les articles les plus pertinents. Nous avons lu les abstracts et les articles pour éliminer les articles qui ne répondaient pas spécifiquement à notre question. Nous avons donc retenu les articles qui nous paraissaient les plus intéressants et les plus fondés pour répondre à notre question de recherche.

Nous avons soumis les articles sélectionnés à la grille d'analyse de contrôle de l'Institut Briggs Joanna JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive. (voir Annexe 1) Nous avons réalisé pour chacun des articles une observation en parallèle. Etant donné que nous avons eu toutes les deux les mêmes résultats, nous n'avons pas dû nous référer à notre promoteur pour s'enquérir de son avis.

Nous avons retenu les articles suivants :

Article 1: Registered nurses' association of Ontario (2012)

Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints (Clinical best practice guidelines)

Article 2: Registered nurses' association of Ontario (2016)

Delirium, dementia, and depression in older adults: Assessment and care (Clinical best practice guidelines)

Article 3: Hsiao-Chen Tang, J. & Myonghwa, P. (2007) Evidence-Based Guideline

Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care.

Article 4: Gerlach, A., Haastert, B., Haut, A., Köpke, S., Meyer, G., Möhler, R., & Mühlauer, I. (2012).

Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial

Article 5: Dumont, C. & Van de Vyvere, A. (2013)

Procédures et contention physique

Article 6: Becker, C., Beische, D., Bredthauer, D., Büchele, G., Guerra, V., Kleiner, A., Klie, T., Koczy, P., Kurrle, S., Rapp, K. & Rimann, U. (2011)

Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents.

V. ANALYSE DES ARTICLES SELECTIONNES

5.1 PRESENTATION DES ARTICLES

Article 1:

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). Promoting safety : alternative approaches to the use of restraints (Clinical best practice guidelines)

C'est un article de type « Guideline ». Les auteures sont des infirmières expertes.

L'Association des infirmières de l'Ontario (RNAO) est l'association professionnelle représentant les infirmières expertes, praticiennes et les étudiants en sciences infirmières dans la province de l'Ontario, au Canada . Elle fournit une voix forte et crédible pour la profession et se veut d'influencer et de promouvoir une politique publique de la santé.

Nous avons choisie de conserver cet article car il répond de façon globale à notre travail de recherche. De plus il s'agit de recommandations infirmières et des meilleures lignes directrices pour le travail infirmier.

Le but de ce guideline est de fournir des recommandations, pour aider les infirmières dans la prise en charge de soins aux personnes qui risquent d'adopter un comportement dangereux pour soi ou autrui et conduire à l'utilisation éventuelle de contraintes (Physique, chimique, environnemental).

Dans ce « Guideline », la discussion se concentre sur la contrainte physique. Ce qui est l'intérêt central de notre travail.

Ce Guideline vise à présenter les meilleurs résultats de recherche disponibles sous la forme de recommandations. Néanmoins les limites de cet article : il est reconnu que ce Guideline ne peut englober tous les milieux organisationnels et les populations en raison du manque de recherche dans certains domaines de pratique.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	OUI									
Etudiante 2	OUI									

Article 2:

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016). Delirium, dementia and depression in older adults: Assessment and care (Clinical best practice guidelines)

Comme pour l'article N°1, cet article est un article de type « Guideline ». Les auteurs sont des infirmières expertes appartenant à l'association des infirmières RNAO.

Nous avons choisie cet article car, comme le précédent, il provient du RNAO. Il s'agit de lignes directrices mises à disposition du personnel infirmier et évoque aussi le travail interdisciplinaire.

Les lignes directrices sont soumises sous formes de recommandations afin de prévenir et/ou de prendre en charge le délire, la démence et la dépression de la personne âgée. Pour notre part, nous nous sommes limitées aux données concernant le délire et la contention (page 44-53) qui font partie de notre problématique pour ce travail.

Les directives se concentrent sur les recommandations de pratique, d'éducation, d'organisation et de politique qui concerne les fournisseurs de soins, qui permettraient une prise en charge optimal de la personne âgée.

Les limites de cet article sont : il n'aborde pas assez le lien en profondeur entre le delirium et la contention physique et la fréquence de l'évaluation du délire n'est pas spécifiquement décrite dans la littérature.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	OUI									
Etudiante 2	OUI									

Article 3:

Hsiao-Chen Tang, J. & Myonghwa, P. (2007) Evidence-Based Guideline Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care

Nous avons décidé de choisir cet article car il a été publié dans le Journal of Gerontological Nursing. C'est un journal de la littérature infirmière spécialisé, international, et existe depuis plus de 40 ans. Les articles sont soumis à une revue par les pairs avant publication. Il s'agit d'un article écrit par une doctorante en sciences infirmières de la Chungnam National University, en Corée du Sud.

C'est un article de type "Guideline".

Il nous fournit des informations importantes concernant la prise en charge de nos aînés hospitalisés, sans avoir recours à la contention physique. L'auteur souligne que la contention physique n'est pas compatible avec la dignité, mais plutôt dégradante et en totale contradiction avec l'autonomie du patient. Le personnel infirmier devrait déterminer la ou les causes de la contention en utilisant une évaluation complète qui permette de se diriger vers le soin sans contention. Ce qui répond à notre question des alternatives à la contention.

L'article présente un algorithme de décision aux alternatives de la contention sur base du travail d'auteurs précédents.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	OUI									
Etudiante 2	OUI									

Article 4:

Gerlach, A., Haastert, B., Haut, A., Köpke, S., Meyer, G., Möhler, R., & Mühlauser, I. (2012). Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial.

Les auteurs sont pour la majorité des docteurs en sciences infirmières et de la santé. Ils font partie d'un groupe de recherche en soins infirmiers et font partie de l'unité des sciences de la santé et de l'éducation de l'université de Hambourg en Allemagne. Les auteurs annoncent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt.

L'article est récent et utilise les recommandations infirmières. Les résultats obtenus démontre que la formation est primordiale pour l'évolution des comportements infirmiers et la diminution des contentions physiques.

L'article a été publié dans la revue JAMA (*Journal of the American Medical Association*) qui publie des travaux de recherches inédits.

Ce journal est reconnu pour la sévérité de son comité de lecture.

Cet article est une étude de type "essai contrôlé randomisé". Cette étude est d'un niveau de preuve élevé. C'est une étude de type expérimentale où les patients et les infirmiers sont répartis en deux groupes semblables. L'intervention étudiée est réalisée sur un seul des deux groupes, l'autre groupe, appelé groupe témoin ne subit pas l'intervention.

Dans cette étude, les deux groupes d'infirmiers ont reçu une formation standard sur base des guidelines pour l'utilisation des contentions physiques et l'intervention consistait à augmenter le suivi et le soutien de la formation aux infirmiers du groupe étudié.

Pour permettre de voir l'impact sur le taux de contention dans une unité de soins après que les infirmiers aient bénéficié d'une formation spécifique sur la contention ou au contraire seulement une formation standard.

Bien que l'article traite des maisons de repos, ils nous paraît pertinent dans le sens où la population rencontrée est la même que dans les services gériatriques hospitalier. De plus ces résidents sont très souvent amenés à être hospitalisés. Les solutions apportées sont tout à fait transposables dans un service de gériatrie, tant au niveau des équipes que pour les patients. Le résultat escompté est commun à notre travail. Quelles solutions pour éviter la contention chez la personne âgée ?

De plus l'étude porte essentiellement sur le comportement des infirmiers en lien avec le type de formation reçue.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	OUI									
Etudiante 2	OUI									

Article 5: Dumont, C. & Van de Vyvere, A. (2013).

Procédures et contention physique.

Nous avons décidé de sélectionner cet article car il est écrit dans le contexte national de la Belgique. Soulignons que les auteurs sont médecins et que nous pensons qu'il est intéressant de connaître les points de réflexions de ces derniers en lien avec les alternatives à la contention, car l'adoption de meilleurs comportements professionnels passent aussi par une meilleure collaboration entre soignants et notamment entre les infirmiers et les médecins.

En effet cet article précise l'importance de l'implication des infirmières et leurs rôles dans le processus d'alternative à la contention. Il apporte de nombreuses recommandations pour la pratique des infirmières et développe aussi des points de vue émanant de l'éthique.

Le docteur Van de Vyvere est spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale avec des activités cliniques de gériatrie au GHDC Charleroi.

Le docteur Dumont est chef de service adjoint, Médecin gériatre, coordinateur médical du programme de soins gériatrique au GHDC Charleroi.

L'article est publié dans la revue médicale de Bruxelles qui émane de l' **Association des Médecins et anciens étudiants de l'Université libre de Bruxelles (AMUB)**.

Les auteurs se sont basés sur des articles de lois et des expériences vécues dans différents services, en déterminant la place de chaque professionnels et proposant un travail interdisciplinaire.

Le but de cet article est de rappeler la procédure à suivre avant la pose de la contention en détaillant chacune des étapes, ce qui permet de compléter la réflexion à propos de l'arbre décisionnel évoqué dans l'article n°3.

JBIC QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	OUI									
Etudiante 2	OUI									

Article 6:

Becker, C., Beische, D., Bredthauer, D., Büchele, G., Guerra, V., Kleiner, A., Klie, T., Koczy, P., Kurrle, S., Rapp, K. & Rimann, U. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents.

Les auteurs sont essentiellement des doctorants en soins infirmiers et médecins qui appartiennent au département de la Clinique gériatrique de l'hôpital Robert Bosch à Stuttgart en Allemagne.

L'article concerne une étude de type essai contrôlé randomisé. Il est référencé sur de nombreuses bases de données et est publié dans le Journal of the American Geriatrics Society.

Le but de cet article est d'évaluer l'efficacité d'une approche multifactorielle pour réduire l'utilisation des contraintes physiques des résidents des maisons de repos.

Il s'agit ici d'une étude démontrant l'efficacité d'une approche multifactorielle afin de diminuer l'utilisation de la contention. Le cours comprenait des informations à la pointe de la technologie sur l'épidémiologie et les effets secondaires de l'utilisation de la retenue. L'équipe de recherche a fourni des informations sur les aspects juridiques et les solutions de rechanges possibles pour l'utilisation de la restriction du point de vue de l'infirmière scientifique et du gériopsychiatre.

Les équipes ont été formées sur la façon d'adapter ou de modifier l'environnement et des facteurs organisationnels pour encourager le bien-être des patients atteints de délirium.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etudiante 1	OUI									
Etudiante 2	OUI									

5.2 ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Article 1: Registered nurses' association of Ontario. (2012). Promoting safety : alternative approaches to the use of restraints (Clinical best practice guidelines)

But de la recherche	Présentation des méthodes et des objectifs	Présentations des résultats et des retombées sur la pratique
<p>Le but de ce « Guideline » est de fournir des recommandations, pour aider les infirmières dans les soins aux personnes qui présentent de par leurs comportements un risque pour eux-mêmes ou pour autrui, et ainsi conduire les infirmières à recourir à l'utilisation éventuelle de contraintes (Physique, chimique, environnemental).</p> <p>Dans ce « Guideline », la discussion se concentre sur la contrainte physique.</p> <p>Cette ligne directrice se concentre sur trois axes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation, prévention 2. Gestion des crises 3. Utilisation de contrainte axée sur la sécurité du client. 	<p>La méthode est basée sur un recensement des données probantes de la littérature scientifique, et qui sont retranscrites par des experts sous formes de 12 recommandations.</p> <p>Ainsi que des outils d'évaluations adaptés et validés pour la prise en charge infirmière et interdisciplinaire. (Voir en annexe)</p> <p>Les études visent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le développement d'outils valides qui identifient les facteurs de risques chez les patients dans tous les secteurs de la santé, dont les services spécialisés comme la gériatrie. • Identifier l'impact que la prévention ou la réduction de l'utilisation des contentions peuvent avoir sur la relation thérapeutique. • Des études randomisées pour identifier les interventions spécifiques en soins infirmiers qui mettent l'accent sur des approches alternatives les plus efficaces pour éviter l'utilisation des contentions. • Exploration des dilemmes éthiques impliqués dans les soins infirmiers tout en équilibrant la sécurité et la qualité de vie des clients. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le leadership permet d'appuyer des approches alternatives à la contention et ces alternatives doivent devenir une priorité organisationnelle : □ Créer une vision pour aider à orienter l'effort de changement et élaborer des stratégies pour atteindre et maintenir la vision. □ Effectuer une évaluation des besoins organisationnels □ Identifiez les objectifs à court terme et à long terme. □ La représentation et la gestion participative des membres de l'équipe pour soutenir le changement. ➤ Concevoir des séances éducatives et un soutien continu pour la mise en œuvre d'outils de formation qui peuvent consister à des présentations, un guide facilitateur, des brochures, des études de cas. ➤ Des affiches et des cartes (de poche) peuvent être utilisés comme des rappels en cours de formation.

	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des facteurs reconnus pour influencer les infirmières dans la décision d'utiliser des contraintes (par exemple, la charge de travail). • L'impact des formations continues sur la réduction et la prévention des risques de contention. • Les stratégies les plus efficaces pour le transfert des connaissances de la recherche vers la pratique clinique, favoriser la prise en charge de la contention fondée sur les données probantes. • L'identification des facteurs (par exemple, structures, processus, philosophie et culture) dans les milieux de soins de santé qui permettrait de contribuer à une approche alternative de l'utilisation de la contrainte physique • Les meilleures pratiques de surveillance et de sécurité pendant le processus de contrainte. • Le développement de meilleurs outils pour aider les fournisseurs de soins de santé et les organisations à réaliser des environnements sans contraintes physiques. • Le développement d'outils ou de stratégies pour aider au sevrage sécuritaire de la contention. • Identifier l'impact des politiques de santé dans la sécurisation des environnements de soin. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planifiez les séances éducatives interactives, incluent la résolution de problèmes, des questions d'intérêt immédiat qui offrent des occasions de pratiquer et de nouvelles compétences. (Davies et Edwards, 2004) ➤ Développer une nouvelle évaluation et outils de documentation. (Davies et Edwards, 2004). ➤ Au-delà des infirmières compétentes, une infrastructure est requise pour mettre en œuvre cette directive qui comprend l'accès à des équipements spécialisés (Méthodes d'approche et de contentions alternatives). ➤ Orientation du personnel à l'utilisation d'outils (comme par exemple un arbre décisionnel, des questionnaires, des grilles d'observation, etc.) doivent être fourni et une formation de recyclage régulière doit être prévue ➤ Travail d'équipe, interdisciplinaire au sein du service, évaluation collaborative des situations et planification du traitement, des interventions avec le patient et/ou famille.
--	--	---

Article 2:) Registered nurses' association of Ontario. (2016). Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (Clinical Best Practice Guidelines.

But de la recherche	Présentation des méthodes et des objectifs	Présentations des résultats et des retombées sur la pratique
<p>Le but de cette recherche est d'aider les infirmières et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, qui se doivent d'améliorer la qualité de leur pratique relative au délire, à la démence et à la dépression chez les personnes âgées, en s'aidant des recommandations.</p> <p>Les recommandations devraient donc permettre de détecter et/ou différencier le délire de la démence et/ou de la dépression. Ces recommandations devraient aussi permettre d'envisager de manière optimale la prise en charge de la personne âgée en délirium et éviter ainsi la contention en recourant aux alternatives.</p>	<p>La méthode s'est faite en optimisant des résultats cliniques, en utilisant des pratiques fondées sur des données probantes (CINHAL, MEDLINE). Une revue systématique de la littérature permet d'identifier des recommandations concernant la manière d'évaluer le délire dans les contextes hospitalier et dans les établissements de long séjours.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Engager activement les participants dans les discussions sur le délirium ➤ Aidez le personnel de soins de longue durée à identifier les différences entre le délire, la démence et la dépression ➤ Renforcer les meilleures pratiques en matière du délirium 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les soignants peuvent utiliser une liste de facteurs de risques du délirium pour évaluer les personnes âgées. De nombreux facteurs de risque ont été validés dans la littérature. Ceux-ci incluent une variété de facteurs prédisposant, tels que l'âge avancé, les déficiences cognitives et la dépression et de facteurs de précipitation, tels que les médicaments multiples, les maladies aiguës et les valeurs sanguines anormales associées, menant à l'utilisation de contraintes physiques (Inouye et al., 2014). ➤ Le délirium est bien souvent méconnue des soignants tant dans sa détection, que dans sa prise en charge. ➤ Le RNAO et le NICE (the National Institute for Health and Care Excellence) préconisent fortement que la personne à risque soit clairement identifiée par les soignants et qu'un plan de prévention soit mis en place. (mais avant tout il est important de déterminer pourquoi la personne présente des facteurs de risque). ➤ Le délire doit être une priorité qui donne la direction de la thérapie pour les soignants et ils doivent être en mesure de reconnaître ses signes ➤ La collaboration continue avec les membres de l'équipe de soins de santé et la famille est une base.

Article 3: Hsiao-Chen Tang, J. & Myonghwa P. (2007). Evidence-based guideline changing the practice of physical restraint use in acute care.

But de la recherche	Présentation des méthodes et des objectifs	Présentations des résultats et des retombées sur la pratique
<p>Cet article est un Guideline basé sur une analyse des données probantes. Le but est de faciliter le travail infirmier afin de mettre en place des interventions centrées sur les personnes âgées hospitalisées susceptibles d'être contentionnées. De laisser place au soin sans contention physique. Et ce en se tournant vers le maintien ou la promotion de la qualité de vie des personnes âgées.</p>	<p>Ce guideline est une revue de la littérature scientifique qui nous fournit des informations importantes concernant la prise en charge de nos aînés hospitalisés, sans avoir recours à la contention physique.</p> <p>Les preuves ont montré les effets de la contention et son inefficacité dans la prévention des chutes et les blessures (Capezuti, 2004; Capezuti et al., 2002).</p> <p>Des études n'ont démontré aucune preuve de bénéfices dans l'utilisation de la contention et de mauvais résultats associés à l'utilisation de contraintes physiques. Le thérapeutique fait office de valeur des contraintes physiques, qui sont surestimés par erreur, et les dangers sont sous-estimés (Martin, 2002)</p> <p>Évaluation chez les patients à risque de contention:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifier les comportements <input type="checkbox"/> Identifier les déclencheurs ou facteurs contributifs sous-jacents <input type="checkbox"/> Examiner les antécédents médicaux <input type="checkbox"/> Evaluation du traitement <input type="checkbox"/> Evaluation psychologique <input type="checkbox"/> Evaluation environnementale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etablir un travail interdisciplinaire ➤ Utilisation de la consultation d'experts, comme la pratique avancée Infirmières (leadership) et équipes interdisciplinaires pour l'évaluation du patient ➤ Fournir une formation au personnel sur les pratiques sans contrainte. Informer sur la philosophie et les normes, les croyances erronées ou les mythes sur les contraintes physiques ainsi que ses effets. Aspects légaux et législatifs de l'utilisation de la contrainte, types d'alternatives, interventions à l'utilisation de la contention (Smith et al., 2003) Formation par le biais de présentations d'études de cas ou scénarios (Smith et al., 2003). ➤ Favoriser une prise en charge individualisé du patient (algorithme décisionnel) ➤ Changement dans la pratique des soins pour aller vers un soin sans contention physique ➤ Inviter la famille à participer aux soins (Cotter & Evans,2003; Martin, 2002) ➤ Comprendre les comportements des patients et les significations sous-jacentes sont la clé du succès pour des soins sans contentions physiques (Capezuti & Wexler,2003; Martin, 2002; Shorr et al., 2002).

Article 4. Gerlach, A., Haastert, B., Haut, A., Köpke, S., Meyer, G., Möhler, R., & Mühlhauser, I. (2012). Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial.

But de la recherche	Présentation des méthodes et des objectifs	Présentations des résultats et des retombées sur la pratique
<p>Réduire la prévalence de la contrainte physique dans les maisons de soins infirmiers en utilisant des Guidelines et l'intervention multicomposante basée sur la théorie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Etude essai contrôlée randomisée Population étudiée, 36 maisons de repos dans lesquelles plus de 20 % des résidents étaient soumis à une forme de contention physique dans deux régions d'Allemagne. Pour un total de 4449 résidents âgés en moyenne de 83 à 85 ans, dont 32 à 40 % étaient agités □ Protocole d'étude : <ul style="list-style-type: none"> -Groupe intervention (18 maisons de repos ; 2283 résidents) : intervention à composantes multiples basée sur un guide de bonne pratique élaboré pour l'étude et comportant les éléments suivants : séances en groupe pour le personnel infirmier et soignant, formation complémentaire pour le personnel infirmier de référence, matériel de support pour le personnel infirmier, les résidents, les familles et les représentants légaux. -Groupe témoin (18 maisons de repos ; 2166 résidents) : les infirmières en chef ont reçu une brochure et ont assisté à une brève présentation sur l'utilisation de la contention physique et sur les méthodes pour éviter d'y avoir recours -Suivi : effectué en aveugle par des investigateurs externes après 3 et 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> □ La formation a permis une diminution significative du taux de contention au court et long terme (3mois) pour le groupe d'intervention (22,6%) grâce à des programmes éducatifs contrairement au groupe témoin (29,1%) qui lui stagne. □ La diminution de la contention n'a impliqué aucune augmentation de fractures, chutes ou psychotropes. □ En plus des versions complètes et concises de la ligne directrice, l'intervention a fourni des programmes d'information pour tout le personnel infirmier, l'approbation explicite des responsables des foyers de soins infirmiers, l'éducation et le soutien structuré des infirmières clés dans chaque grappe et le matériel de soutien □ Les facilitateurs potentiels étaient des attitudes de soutien chez les infirmières en chef; Cercles de qualité internes avec discussion de cas; Conseil et éducation des proches; des informations explicites et qualifiées pour les tuteurs légaux et les médecins. Les obstacles importants étaient les expériences négatives des infirmières, les préoccupations et les incertitudes des familles, des tuteurs légaux et des problèmes d'organisation.

Article 5. Dumont, C. & Van de Vyvere, A. (2013). Procédures et contention physique.

But de la recherche	Présentation des méthodes et des objectifs	Présentations des résultats et des retombées sur la pratique
<p>Le but de cet article est de rappeler la procédure à suivre avant la pose de la contention entre autre chez le patient gériatrique en détaillant chacune des étapes</p>	<ul style="list-style-type: none">□ Méthode est basée sur des articles de lois et des expériences vécues dans différents services.□ Ils ont ici fait la proposition d'une démarche à suivre avant de poser la contention:<ul style="list-style-type: none">-La recherche d'alternatives est la première étape à suivre pour éviter la contention, il s'agira de traiter l'agent causal du délirium-L'évaluation pluridisciplinaires constate l'échec des alternatives (sauf dans les cas d'urgence) et décide d'opter pour la contention du patient. Cette équipe devrait être composée au minimum de 4 personnes de fonctions différentes.-La prescription Médicale qui doit être faite par le médecin obligatoirement et décrit tout ce qui doit apparaitre dessus.-Le dossier du patient et tout ce qui doit y apparaitre pour permettre une bonne prise en charge du patient et de la contention-Le choix de la contention, dans le but d'éviter des complications et qu'elle puisse être efficace sans représenter un danger.-La surveillance de la contention, qui doit se faire par les infirmières toutes les heures.-Un programme d'éducation du personnel permet de diminuer la prévalence des contentions, mais aussi les complications liées aux contentions qui restent indiquées. L'abstention de contention ne majore pas les chutes graves, ni le nombre de plaintes. Elles permettent de diminuer également la mortalité et la morbidité tout en améliorant la qualité de vie des personnes âgées.	<ul style="list-style-type: none">□ Capabilité à détecter un délirium secondaire et proposer un traitement de celui-ci rapidement afin de tenter d'éviter la contention.□ La décision doit être pluridisciplinaire afin d'en détecter la cause réversible ou d'établir des alternatives.□ Le dossier du patient doit être correctement tenu pour une prise en charge optimale du patient sous contention. La contention doit faire état d'une procédure écrite et d'un suivi rapproché par l'équipe soignante, comprenant une évaluation journalière de son utilité, afin de la retirer au plus vite.□ Un programme d'éducation du personnel permet non seulement de diminuer la prévalence des contentions, mais aussi les complications liées aux contentions qui restent indiquées. L'abstention de contention ne majore pas les chutes graves, ni le nombre de plaintes. Elles permettent de diminuer également la mortalité et la morbidité tout en améliorant la qualité de vie des personnes âgées.

Article 6. Becker, C., Beische, D., Bredthauer, D., Büchele, G., Guerra, V., Kleiner, A., Klie, T., Koczy, P., Kurrle, S., Rapp, K. & Rimann, U. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents.

But de la recherche	Présentation des méthodes et des objectifs	Présentations des résultats et des retombées sur la pratique
<p>Le but de cet article est d'évaluer l'efficacité d'une approche multifactorielle Intervention pour réduire l'utilisation des contraintes physiques dans Résidents des maisons de soins infirmiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Il s'agit d'une étude essai contrôlé randomisé. La période d'intervention était de 3 mois. Quatre membres de l'équipe de recherche ont dirigé la formation Cours: une infirmière scientifique (U.R.), un avocat, un Gerontopsychiatre et un travailleur social. □ Une formation pluridisciplinaire a été instaurée pour permettre une exposition complète de la contention, ses risques, alternatives, aspects juridiques. Ceci établi d'un point de vue infirmier, scientifique, juridique(avocat) et gérontopsychiatrique. Exemples de soins médicaux les causes du comportement agité ont été données, et différentes stratégies pour aider le personnel à gérer la démence ont été discutés. L'intention générale de la formation était d'améliorer Les connaissances des équipes infirmières sur le changement concernant la prévention des chutes et symptômes comportementaux. Une approche interdisciplinaire basée sur les soins médicaux et infirmiers La science, y compris les aspects éthiques et juridiques est susceptible de Donner les meilleurs bénéfices □ Démontrer et souligner le risque d'effets secondaires et la perception d'être retenue, les infirmiers étaient volontairement retenus. De plus les alternatives à la contention ont été discutées à l'aide d'une préparation de rapport de cas □ Les chercheurs ont été chargés d'effectuer en interne l'enseignement pour améliorer la 	<ul style="list-style-type: none"> □ L'intervention multifactorielle à court terme a considérablement réduit la nécessité de contention. □ Les résultats de cette étude, ont en outre incité le gouvernement Allemand au niveau fédéral à lancer des programmes similaires dans le but de réaliser, le plus rapidement possible, un environnement exempt de contention dans les soins de longue durée. □ Il apparaît que la réduction de l'utilisation de la contention n'a pas entraîné un plus grand nombre de chutes et des blessures liées à l'absence de celles-ci. □ Pour prévenir les blessures, les établissements participants ont été encouragés à utiliser des dispositifs d'assistance tels que des tapis de capteur, de la hanche Des protecteurs et des chaussettes antiglisse □ Des conseils par téléphone de l'équipe de recherche étaient disponibles Pendant toute la période d'intervention de 3 mois. Une visite d'un membre de l'équipe de recherche a été proposée sur demande, et 22 maisons de soins infirmiers ont profité de cela. □ Après 3 mois, la probabilité d'être sans contention était plus de deux fois plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin. □ Aucun effet n'a été observé sur le nombre de médicaments psychoactifs pris ou en

	<p>connaissance de leurs collègues et mettre en œuvre le contenu du cours dans les établissements de soins sur une période de 3 mois. Ils étaient équipés de matériel de formation comprenant des tracts, un manuel de formation et une présentation en PowerPoint pour leur propre session d'enseignement interne. Une autre suggestion était de lancer des consultations de cas pour les résidents retenus.</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Les croyances personnelles et les attitudes du personnel peuvent prédire l'utilisation de contraintes physiques □ La durée par jour pour laquelle les restrictions ont été utilisées ont été documentées dans un calendrier quotidien, ainsi que des chutes et des fractures. □ Un membre du personnel de chacune des maisons de repos participantes a complété la documentation quotidienne pour chaque résident. Une fois par mois, le calendrier a été envoyé à l'équipe de recherche. Données manquantes ou erreurs dans la documentation ont été clarifiées par téléphone. 	<p>changement de comportement.</p> <ul style="list-style-type: none"> □ L'intervention multifactorielle à court terme a considérablement réduit la nécessité de restrictions physiques □ Le résultat principal pour le groupe d'intervention était la cessation complète de la contrainte physique pendant 3 jours consécutifs 3 mois après la formation reçue □ Diminution des psychotropes, diminution de l'agitation et de comportements violents dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.
--	---	---

VI.DISCUSSION, LIMITES ET PERSPECTIVES

6.1 Discussion

Notre revue de littérature cherche donc à répondre à la question de recherche suivante :

Quelles seraient les considérations infirmières pour éviter la contention chez le patient gériatrique en délirium ?

Il apparaît de l'analyse de nos articles que le recours à la contention est surutilisé. De plus, l'ampleur des conséquences et des effets adverses de la contention doit pousser les professionnels de la santé à bannir la contention physique de leur option thérapeutique à moins d'y recourir de manière très limitée avec une extrême prudence et avec un contrôle renforcé de la prise en charge.

Au point précédent, dans l'analyse des résultats, nous avons identifié les diverses actions et solutions que chacun des auteurs propose aux infirmières pour éviter la contention chez le patient gériatrique en délirium. Nous avons voulu synthétiser ces actions et nous les avons regroupées en six considérations que nous présentons ci-dessous.

1. La formation des infirmières et l'augmentation de leurs connaissances sur les alternatives.
2. L'amélioration de la collaboration interdisciplinaire.
3. L'utilisation d'un arbre décisionnel spécifique au patient gériatrique.
4. La tenue d'un dossier patient avec une documentation efficiente.
5. Adopter une posture de leadership.
6. Établir un partenariat patient/famille.

Ces considérations professionnelles répondent à notre question.

6.1.1. La formation des infirmières et l'augmentation de leurs connaissances sur les alternatives.

Prendre conscience de la réalité, "déconstruire" les représentations erronées des infirmières.

Selon les auteurs des articles sélectionnés, un programme d'éducation du personnel soignant permet de diminuer la prévalence des contentions, mais aussi les complications liées aux contentions qui restent indiquées. L'abstention de contention ne majore pas les chutes graves, ni le nombre de plaintes et permet de diminuer également la mortalité et la morbidité tout en améliorant la qualité de vie des personnes âgées. (Dumont & Van de Vyvere, 2013)

Les raisons le plus souvent évoquées pour l'utilisation de la contention physique, comme la prévention des chutes et le risque de blessures, pour soi et autrui, n'ont jamais concrètement démontré ses bénéfices. Voire même, elle engendrerait une augmentation de ces risques. Selon *Evans et al.*, « L'utilisation de contraintes physiques pour prévenir les chutes et les blessures n'a pas été prouvée et pourrait même augmenter le risque de chutes. » (RNAO, 2012)

La majorité de nos articles évoque qu'une amélioration des connaissances mènerait à une diminution des contraintes physiques pour favoriser ses alternatives.

« Une compréhension plus approfondie de la prise de décision clinique peut également aider les infirmières à mettre en œuvre des politiques et de sécuriser les pratiques en ce qui concerne les clients à risques et permettre le développement de connaissances et de compétences pour servir de modèle sur l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire pour empêcher l'utilisation de la contention »

(Kontio et al., 2009).

Selon Davies et Edwards, planifier les séances éducatives interactives, inclut la résolution de problèmes, des questions d'intérêt immédiat, qui offrent des occasions de pratiquer de nouvelles compétences. (RNAO, 2012)

Les croyances personnelles et les attitudes du personnel peuvent prédire l'utilisation de contraintes physiques (Becker et al., 2011)

Augmenter les connaissances pour améliorer l'examen clinique des signes.

Selon Inouye et al., les personnes âgées à risque de délirium doivent être identifiées afin que les prestataires de soins de santé puissent les surveiller de près et mettre en œuvre des interventions préventives. (RNAO, 2016 ; Van de Vyvere, & Dumont, 2013)

Les auteurs des Guidelines de la RNAO nous signifient qu'il faudrait aider le personnel de soins de longue durée à identifier les différences entre le délire, la démence et la dépression.

Selon NICE, ceci est important, non seulement parce que le délirium présente de sérieuses conséquences, y compris un risque accru de démence et de décès (RNAO, 2016) ; mais aussi, selon Inouye et al., Khan et al., LaMantia et al., parce que le délirium est souvent non (re)connu par les fournisseurs de soins de santé. (RNAO, 2016)

Le délirium peut parfois s'exprimer de manière sournoise. Les signes prédictifs ou précoces ne sont pas toujours faciles à reconnaître. La qualité des observations peut s'améliorer avec l'expérience et la formation.

Selon Clegg et al., Holroyd-Leduc et al., & Inouye et al., le délirium est un phénomène complexe. Il est rarement causé par un seul facteur de risque, mais par une combinaison de multiples facteurs prédisposant qui créent une vulnérabilité, et divers facteurs de précipitation. (RNAO 2016)

Le délirium est une priorité pour les soignants, ils doivent être en mesure de reconnaître les signes (RNAO 2016). Le délirium sera au centre de l'attention des diverses interventions thérapeutiques. La capacité à détecter un délirium et de proposer un traitement rapidement permet de mieux éviter la contention. (Van de Vyvere & Dumont, 2013)

L'implication maximale des soignants tout au long du processus de contention est primordiale, car la détection du délirium, l'évaluation des facteurs de risques et des facteurs prédisposant du patient au moment de son hospitalisation permettraient l'anticipation et l'annulation des contraintes physiques.

Établir des séances de formation et soutenir les compétences dans le temps.

Il a été démontré que l'utilisation de formations était bénéfique sur le long terme (3 mois) et que les formations continues donnaient de très bons résultats.

La formation a permis une diminution significative du taux de contention à court et à long terme. Les infirmières formées sont capables de réexpliquer ce qui leur a été appris et de l'appliquer. (Gerlach et al., 2012 ; Dumont & Van de Vyvere, 2013)

La formation devrait aussi permettre aux soignants d'avoir une utilisation efficace des outils (par exemple: l'arbre décisionnel, des questionnaires, des grilles d'observation, etc.). Une formation de recyclage régulière doit être prévue (RNAO, 2012)

La formation devrait se construire sur une structure variée, car selon ces mêmes auteurs, il apparaît qu'une intervention à composantes multiples basée sur un guide de bonne pratique et sur la théorie, comparativement à des informations standards, réduit l'utilisation de la contention physique chez la personne âgées.

Les auteurs des guidelines du RNAO conseillent de concevoir des séances éducatives et un soutien continu pour la mise en œuvre de sessions d'éducation qui peuvent consister à des présentations, un guide facilitateur, des brochures, des études de cas.

Selon Davies et Edwards, Il est conseillé de développer des outils de documentation. (RNAO,2012).

Les affiches et les cartes de poche peuvent être utilisées comme des rappels en cours de formation. (Becker et al., 2011 ; RNAO 2012)

Les guidelines de la RNAO nous signifient qu'il faudrait engager activement les participants dans des discussions. Cette idée est appuyée par d'autres auteurs qui proposent de planifier des séances éducatives interactives, qui incluent la résolution de problèmes sur des questions d'intérêt immédiat. Ces séances offrent des occasions de pratiquer et de développer les compétences (ce qui permet de tenir les équipes à jour et permettrait de répondre aux questions). L'idée de construire des scénarios de simulation à l'instar de ce qui est proposé par le projet SIMUCARPRO est aussi évoquée dans la littérature. (Becker et al.,2011 ; Hsiao-Chen Tang, & Myonghwa, 2007 & RNAO, 2012).

Dans un second guide-ligne, Smith et al., nous signifient également de mettre en place une formation par le biais de présentations d'études de cas ou scénarios (Hsiao-Chen Tang, & Myonghwa, 2007).

Des auteurs proposent que les soignants suivent une formation interdisciplinaire, pour permettre une vue complète de la contention, ses risques, ses alternatives, les considérations éthiques et juridiques, scientifique et gérontopsychiatrique... (Becker et al., 2011) Cette idée nous amène naturellement à poursuivre cette réflexion avec la considération suivante.

6.1.2. L'amélioration de la collaboration interdisciplinaire.

Comme nous l'avons évoqué plus haut dans ce travail, la législation en Belgique considère que l'infirmière ne doit pas disposer obligatoirement d'une prescription médicale pour recourir

à la contention physique des patients. Le législateur a voulu donner la possibilité à l'infirmière de recourir à la contention physique d'un patient, dans des situations particulières. Une telle décision implique évidemment d'engager la responsabilité professionnelle de l'infirmière. Elle se fera sur base de son jugement clinique et devrait faire l'objet d'une argumentation dans le dossier.

Cette argumentation devrait prendre en considération les alternatives de l'arbre décisionnel.

Si la contention est effectivement dans la liste des prestations techniques considérée comme un acte B1, il est important de souligner que fort logiquement dans les faits, les unités de soins adoptent des procédures qui prévoient que la contention doit faire l'objet le plus rapidement possible d'un avis médical voir même d'un accord médical qui peut prendre alors la forme d'une prescription médicale.

Mais il serait dommage de limiter les procédures de décision de contention par la signature d'une infirmière et la contre signature d'un médecin, les auteurs des articles sélectionnés affirment que la collaboration entre le médecin et l'infirmière doit être efficiente (Dumont, & Van de Vyvere, 2013) et évoquent que la collaboration n'est pas limitée à ces deux soignants, mais devraient inclure les autres soignants.

Plusieurs articles avancent que les infirmières ont tendance à poser la contention, car elles "pensent" que c'est utile. (Becker et al., 2011 ; Dumont, & Van de Vyvere, 2013)

Selon Choi & Song, les infirmières sont les principaux décideurs dans l'utilisation des contraintes pour la sécurité des clients. (RNAO, 2012)

La décision de contention physique ne devrait pas être posée selon le ressenti ou la perception d'un seul soignant, mais sur des faits qui sont clairement exposés et débattus en interdisciplinarité.

Une approche interdisciplinaire basée sur les soins médicaux et infirmiers, y compris les aspects éthiques et juridiques est susceptible de procurer les meilleurs bénéfices. (Becker et al., 2011)

Le travail collaboratif interdisciplinaire permet d'aborder chaque patient dans sa globalité et sa complexité. Connaître l'avis des différentes professions permet de mesurer la balance-bénéfices / risques de la contention.

Selon Swauger & Tomlin, la collaboration interdisciplinaire est considérée comme une stratégie essentielle pour assurer la sécurité des clients (RNAO 2012).

Les guidelines de la RNAO affirment qu'il est primordial que l'évaluation collaborative et la planification du traitement se fassent de manière interdisciplinaire. Dans la même idée, d'autres auteurs affirment que l'évaluation doit être interdisciplinaire pour constater l'échec des alternatives (sauf dans les cas d'urgence) et décide d'opter pour la contention du patient. L'équipe qui a en charge l'évaluation devrait être composée au minimum de quatre personnes de fonctions différentes. (Dumont & Van de Vyvere, 2013)

À ce stade de notre travail, nous avons voulu avoir un peu plus d'éléments sur le concept d'interdisciplinarité. L'interdisciplinarité a comme objectif la mobilisation des compétences de

différentes disciplines, qui peuvent par leurs spécificités répondre ensemble à une situation clinique vécue par un patient et son entourage, et ce de manière bien plus pertinente que si chaque professionnel intervient de manière indépendante. Il y a donc une notion de collaboration et d'inclusion des champs de compétences qui est essentielle.

L'interdisciplinarité n'est pas aisée, elle demande de la volonté, des accords et repose sur des procédures de communication entre les disciplines. Elle demande aussi une reconnaissance des compétences des autres disciplines. (Bonis, 2013)

Nous nous rendons compte que l'interdisciplinarité est un sujet vaste, il aurait pu à lui seul faire l'objet d'une réflexion dans le cadre d'un travail de fin d'études. Dans notre future pratique, quels que soient les lieux de soins où nous exercerons, nous devons très certainement nous intéresser à cette dimension de notre profession.

Des infirmières compétentes, bien formées ne suffisent pas à éradiquer le recours à la contention, une infrastructure plus large est requise. (RNAO 2012)

C'est ainsi que l'infirmière de nuit ou l'infirmière en MR / MRS se retrouve parfois dans une situation particulière. Leur situation ne leur permet pas facilement un travail collaboratif interdisciplinaire. De la même manière les ressources humaines et/ou techniques parfois nécessaires pour l'évaluation d'une situation qui permettraient d'identifier les alternatives potentielles à la contention (voir à ce sujet le point suivant: arbre décisionnel) ne sont pas toujours disponibles la nuit ou en MR / MRS.

Bien que nous n'ayons rien trouvé à ce sujet dans les articles sélectionnés, nous pouvons penser que la qualité des prises en charge en journée devrait pouvoir diminuer les situations problématiques de la nuit. Il serait intéressant de consulter les bases de données pour savoir si des chercheurs ont pu mettre en évidence un lien entre qualité du travail collaboratif et la diminution des recours à la contention la nuit. Ou poser sous forme de question de recherche qui serait par exemple :

« Est-il possible d'anticiper les situations de délirium nocturne? »

De manière plus globale, la question de recherche dans le cadre d'un travail de fin d'études en bachelier en soins infirmiers pourrait aussi identifier les considérations professionnelles particulières des délirium nocturnes en service de gériatrie.

6.1.3. L'utilisation d'un arbre décisionnel spécifique au patient gériatrique.

L'arbre décisionnel, parfois appelé algorithme des alternatives à la contention, est un schéma qui permet d'évaluer la situation clinique du patient dans un ensemble de données systémiques et qui facilite l'identification des interventions et des thérapeutiques optionnelles. La contention physique étant la dernière option, le dernier recours.

Dans l'infrastructure de leur environnement de travail, il est donc important pour les soignants de disposer d'un arbre décisionnel.

Idéalement celui-ci doit être spécialement conçu pour les particularités du patient gériatrique. Selon Dumont et Van de Vyvere, la tram de l'arbre décisionnel la plus adaptée à la gériatrie serait:

- La recherche d'alternatives est la première étape à suivre pour éviter la contention. Il s'agira de traiter l'agent causal du délirium.
- L'évaluation pluridisciplinaires constate l'échec des alternatives (sauf dans les cas d'urgence) et décide d'opter pour la contention du patient. Cette équipe devrait être composée au minimum de 4 personnes de fonctions différentes.
- La prescription Médicale qui doit être faite par le médecin obligatoirement et décrit tout ce qui doit apparaitre dessus.
- Le dossier du patient et tout ce qui doit y apparaitre pour permettre une bonne prise en charge du patient et de la contention.
- Le choix de la contention, dans le but d'éviter des complications et qu'elle puisse être efficace sans représenter un danger.
- La surveillance de la contention, qui doit se faire par les infirmières toutes les heures afin d'éviter les complications possibles liées à la contention.

Après le dépistage du risque de délirium, les soignants doivent utiliser un algorithme de prise de décision (voir algorithme plus bas) ou l'utilisation d'un formulaire de documentation de profil de comportement pour guider les infirmières et l'équipe interdisciplinaire pour mettre en œuvre une évaluation ciblée et initier un traitement spécifique.(Hsiao-Chen Tang, & Myonghwa, 2007 ; RNAO, 2012)

Le service de gériatrie qui nous a accueilli pour notre stage dispose d'un arbre décisionnel, mais celui-ci n'est malheureusement pas spécifique au contexte gériatrique.

Dans le cadre de ce travail et sur base de nos lectures, nous pouvons dès lors encourager l'infirmière-chef de l'unité en concertation avec les différents intervenants de l'unité de soin de proposer et d'adopter un modèle spécifique au sein de leur unité d'hospitalisation.

Il faut donc favoriser la cohésion entre les infirmières (et des autres soignants) pour une prise en charge individualisée du patient (algorithme décisionnel et évaluation hebdomadaire).

Exposition des patients :

Errant, risque de chute,
Interférer avec les dispositifs médicaux,
Résistant aux soins,
Danger pour soi ou pour les autres



Évaluation des soins infirmiers : Identifiez la signification ou la (les) raison (s) pour le (s) comportement (s)

Facteurs physiques : Etat altérée ; élimination ; mobilité réduite ; malaise	Facteurs physiologiques : Niveau cognitif ; Modification au niveau : neurologique respiratoire, cardiovasculaire, Douleur métabolique endocrine ; infection ; médication	Facteurs Psychologique : Anxiété ; peur ; dépression ; douleur ; le déni ; problèmes En faisant face ; stress ; la communication barrières	Facteurs Environnement : Bruit / conversation ; éclairage ; organisation de la chambre ; Emplacement de la chambre ; Objets inconnus
---	--	--	--



Interventions en soins infirmiers :

- A) Traiter / éliminer la cause
- B) Répondre aux besoins exprimés
- C) Collaborer avec les membres de l'équipe

Facteurs physiques : Renvoi : APN consultant (infirmière spécialisée en pratique de soins avancé) ; la communication renforcement du confort ; des mesures ; Positionnement ; exercice thérapie ; amélioration du sommeil ; Prévention des chutes	Facteurs physiologiques : Neurologique surveillance ; Orientation de la réalité ; surveillance respiratoire ; surveillance nutritionnelle ; gestion de la douleur ; gestion du traitement médical : Identifier le médicament et ses effets	Facteurs Psychologique : Visite et Aide ; intervention communicationnelle : Explique toutes procédures ; émotif soutien ; faire face amélioration ; patient souffrant ; la gestion des médicaments et l'administration	Facteurs Environnement : Réduire Stimuli : environnement calme ; la gestion environnementale : considération dans la chambre, sonnette d'appel ; au chevet ; équipement médical ajusté
--	--	---	--



Figure. Algorithme de décision: gestion du comportement et soins sans contention (Fletcher, 1996; Martin, 2002; & Ortiz-Pruitt, 1995). (Hsiao-Chen Tang & Myonghwa. 2007)

Selon Engberg et al., la présence de facteurs prédisposant tel que l'anxiété, la peur ou le besoin d'éliminer peuvent être des facteurs précipitants réels et entraîner des comportements difficiles à vivre pour les clients (agressivité, préjudice pour soi / autrui) qui entraînent l'utilisation de contraintes (RNAO, 2012).

Les patients âgés sont plus vulnérables et fragiles en raison de l'existence de nombreux facteurs de risques: hypotension orthostatique, dénutrition et amyotrophie, troubles cognitifs, perte d'autonomie, etc. Tous ces éléments médicaux seront consignés dans le dossier médical (Dumont & Van de Vyvere, 2013)

Dans un premier temps, en ce qui concerne la recherche des alternatives, il s'agira d'identifier et de traiter l'agent causal du délirium.

Il est aussi judicieux que les soignants aient bien conscience de toutes les causes possibles du délirium, que celles-ci soient réversibles et de s'assurer que toutes les causes ont été analysées et correctement traitées. L'investigation doit être aussi complète que le permettent les circonstances: recherche entre autres de troubles ioniques, d'un sepsis, d'une pathologie cérébrale aiguë, d'un bas débit sanguin par exemple sur une pathologie cardiaque, de problèmes typiquement gériatriques (globe vésical, fécalome...). Il faut également rechercher un déficit sensoriel, exclure une étiologie médicamenteuse, etc.. Face à cette multitude de causes potentielles, l'arbre décisionnel est un outil qui permet de structurer les postures soignantes.

Il faudra aussi le cas échéant organiser une évaluation interdisciplinaire pour constater l'échec des alternatives (sauf dans les cas d'urgence) et décider d'opter pour la contention du patient. Cette équipe devrait être composée au minimum de 4 personnes de fonctions différentes pour permettre une vue d'ensemble. (voir à ce propos le point 7.1.2)

Les alternatives à la contention ou les contentions sont donc des situations de soins complexes qui demandent très certainement un plan thérapeutique structuré et organisé et comprenant des objectifs thérapeutiques. Cette réflexion nous conduit naturellement au point suivant de notre discussion traitant de la tenue du dossier.

6.1.4. La tenue d'un dossier patient avec une documentation efficiente.

Que ce soit pour une situation de prévention et d'alternatives à la contention ou que ce soit dans une situation où la contention a dû être placée, les auteurs mettent en évidence que trop souvent le dossier n'est pas suffisamment utilisé comme un véritable outil professionnel au service de la qualité des soins.

Le RNAO et le NICE préconisent fortement que la personne à risque soit clairement identifiée par les soignants et qu'un plan de soins de prévention soit mis en marche. Il est pour cela nécessaire et important de déterminer les étiologies et les facteurs de risque.

C'est une combinaison de jugement clinique et d'évaluation par l'utilisation d'outils de dépistage ciblée sur l'identification de facteurs spécifiques du patient qui aidera les infirmières à identifier les patients à risque.

Le groupe d'experts convient que l'évaluation de la plupart des paramètres devrait se produire au moins tous les jours, mais peut-être doit-elle être plus fréquente (par exemple: chaque quart d'heure) dans des situations ou des contextes aigus avec des incidences élevées connues de délire (par exemple, les personnes âgées après la chirurgie, les soins intensifs) ou lorsque, selon le jugement clinique, la personne exige une surveillance étroite.

Cependant, il a été démontré que dans la plupart des cas, les infirmières ne remplissaient pas bien, voire pas du tout, les dossiers des patients concernant la contention des patients. Ainsi la réévaluation n'est pas faite ou mal faite.

Certains auteurs évoquent les opportunités des dossiers informatisés. Ceux-ci permettent non seulement à l'infirmière de disposer facilement des outils, des indicateurs précis, de la terminologie commune et partagée, mais aussi de rendre le suivi dynamique pour la planification des interventions.

Les paramètres doivent être observés quotidiennement pour tous changements (par exemple, en quelques heures ou jours) ou des fluctuations de comportement.

Le dossier permet de faciliter la planification des interventions par l'équipe interdisciplinaire. Le dossier permet de développer des stratégies adaptées pour faire face et gérer les comportements réactifs pouvant mener à une crise afin d'anticiper l'utilisation de contraintes physique.

Si la contention s'avère inévitable, elle doit faire l'objet d'une procédure écrite et d'un suivi rapproché par l'équipe soignante, avec évaluation quotidienne de son utilité, de façon qu'elle soit la plus brève possible. (Dumont & Van de Vyvere, 2013)

Notons aussi que la contention est reprise dans le DIRHM (Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum). Le DIRHM prévoit l'encodage des données suivantes relatives aux mesures de protection : instauration et suivi d'une contention physique (mettre, contrôler et ôter les mesures de contention utilisées afin de réduire la mobilité du patient comme un gilet thoracique, une ceinture abdominale, des attaches de poignets et de chevilles ou un siège gériatrique avec tablette...), instauration et suivi d'une contrainte physique (réduction de la mobilité du patient désorienté à sa chambre, à une partie ou l'entièreté de l'unité ou de l'hôpital avec bracelets électroniques ou unité de soins fermée...), en cas d'isolement et/ou de contention, l'infirmier doit accroître sa surveillance. (Dumont & Van de Vyvere, 2013)

Nous pensons que c'est dommage que l'encodage ne concerne pas les interventions en lien avec les alternatives à la contention. La qualité des soins qui prône l'autonomie de la personne et qui évite les risques de la contention n'est pas directement scorée dans le DIRHM.

6.1.5 Adoption d'une posture de leadership

La planification des interventions en lien avec les alternatives à la contention ou à la contention elle-même, si elle s'avère nécessaire, est avant tout un travail de collaboration interdisciplinaire. Les infirmières ont un rôle prépondérant à jouer dans cette collaboration interdisciplinaire.

Par définition de leur profession dans l'organisation des soins de santé, les infirmières s'intéressent naturellement à l'autonomie de la personne. De plus, leurs proximités physiques et continues dans le temps auprès des patients devraient permettre aux infirmières de développer des compétences professionnelles de grandes importances en ce qui concerne les alternatives à la contention.

L'infirmière a aussi une proximité importante avec la famille du patient, ce qui représente un point essentiel dans les stratégies à mettre en place. (voir à ce sujet le point 7.1.6. ci-dessous)

Il faut réellement instaurer un changement de point de vue des infirmières sur la contention. La contention du patient est le dernier recours lorsque toutes les alternatives s'avèrent inefficaces. Pour cela les infirmières doivent développer des postures de leadership, en créant un mouvement pour aider à orienter l'effort de changement et élaborer des stratégies pour atteindre et maintenir le mouvement.

Le leadership permet d'appuyer des approches alternatives à la contention et ces alternatives doivent devenir une priorité organisationnelle. Le leadership est nécessaire dans tous les secteurs de l'organisation et de la santé pour créer un mouvement vers un environnement sans contention. Les représentations professionnelles des infirmières doivent s'engager à mener l'initiative et le soutien du changement. (RNAO, 2012)

Soulignons aussi l'importance de la consultation d'experts, comme des infirmières en pratique avancée qui agissent au sein des équipes interdisciplinaires pour l'évaluation du patient. (RNAO, 2012)

Les infirmières qui exercent dans de services exemplatifs ou de référence en matière d'alternatives à la contention ont aussi un rôle de leadership à jouer. On peut ainsi se rendre compte que les résultats encourageants peuvent avoir des conséquences même au niveau du gouvernement.

Ainsi, l'étude menée par Becker et al. a entre autre incité le gouvernement allemand au niveau fédéral à lancer des programmes similaires dans le but de réaliser, le plus rapidement possible, un environnement exempt de contention dans les soins de longue durée. (2011)

6.1.6 Établir un partenariat patient/famille

Lorsque les guidelines évoquent que le travail d'équipe, interdisciplinaire au sein du service, permet l'évaluation collaborative des situations et planification du traitement, des interventions, ils précisent que cela doit se faire avec le patient, les proches et la famille. (RNAO, 2012)

Une collaboration continue entre les membres de l'équipe de soins de santé et la famille est une base. Selon l'ensemble de nos articles, lors de la prise de soins, il est nécessaire prendre en charge le patient, mais il est également important de prendre en considération son entourage. Cet élément apparaît dans les articles que nous avons lus. Ceux-ci précisent en effet l'importance de prendre en compte et de travailler en partenariat avec les familles des personnes âgées. Les résultats font ressortir le besoin des proches d'être impliqués dans le processus afin d'éviter la contention physique. Il est recommandé que l'infirmière doit obtenir le cas échéant, et avec le consentement du client, un historique collatéral

d'informations fiables, qui puissent inclure des familles et des soignants et permettre d'identifier avec précision les changements dans le comportement du client.

Développé en collaboration avec l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire une série de mesures préventives implique la famille de la personne (RNAO, 2016).

Si l'on opte pour l'absence de contention chez un patient, il est également important d'expliquer les raisons de cette décision, car souvent les familles ne comprennent pas nécessairement ce choix. (Dumont & Van de Vyvere, 2013)

6.2 LIMITES

Les limites rencontrées étaient diverses. En effet, dans un premier temps il nous a été difficile de trouver des articles traitants des solutions apportées à la contention sur le long terme. Soit nous avions des résultats immédiats, soit des résultats un peu plus tardifs n'excédants pas les 3mois.

Lors de nos recherches, nous avons du mal à trouver des articles qui traitaient spécifiquement du service de gériatrie. Nous étions souvent confrontés à des articles qui faisaient référence aux maisons de repos, c'est pourquoi nous avons sélectionné deux articles qui traitent des maisons de repos avec suffisamment de transversalités, comportant des réponses à notre question.

Enfin la langue anglaise a été une barrière pour nous. Néanmoins nous avons certainement développé de nouvelles compétences dans ce domaine. De plus nous nous sommes rendu compte que nous étions capables de surmonter cette difficulté.

Malgré la difficulté de ce travail et la nécessité de le porter en binôme, nous avons pu développer une communication efficace en nous écoutant, en nous organisant des moments de rencontre et en adaptant les priorités. Nous avons établi des échanges constructifs qui nous ont permis d'apprendre l'une de l'autre ainsi que de nos erreurs. Nous avons aussi apprécié rencontrer et entendre les expériences des autres groupes étudiants associés dans le projet Simucapro. Ce travail d'équipe nous a permis de développer de nombreuses compétences, qui nous seront essentielles, dans notre future profession.

6.3 PERSPECTIVES

Nous avons aussi compris que face à une situation clinique problématique ou que face à une question de notre future pratique, il est possible de trouver des réponses pour améliorer les soins dispensés. À l'instar de notre rencontre avec l'infirmière-chef de l'unité de gériatrie où nous avons réalisé notre stage, nous espérons un jour pouvoir guider des étudiant(e)s avec les qualités professionnelles qu'elle nous a témoignées.

Nous pensons qu'il serait peut-être intéressant d'intégrer des mises en situation, des ateliers de simulation, dans la formation en soins infirmiers, au cours déjà prévu (*SI personnes âgées*). Pour, par la suite continuer dans les services de soins. Comme affirmé dans les articles, il semblerait que les scénarios de simulation soient un bon allié à la formation et à la pratique. Il serait intéressant de pouvoir greffer cela à la formation sur la contention. Ce qui permettrait une réelle mise en situation et compréhension du ressenti. Ainsi l'infirmière pourra voir la contention sous deux aspects, à travers un œil professionnel et à travers le

ressenti du patient (en se mettant à sa place concrètement). C'est dans ce sens que nous avons imaginé la construction du scénario de simulation du projet SIMUCAREPRO.

Le travail d'anticipation doit être aussi beaucoup plus structuré et apparaître dans des plans de soins qui prennent bonne place dans le dossier infirmier car le personnel de jour a un rôle prépondérant pour désamorcer les situations de soins critiques de la nuit.

Il restera cependant toujours des situations d'urgence et particulièrement pour le personnel de nuit qui n'est pas aussi nombreux. Il serait peut-être alors judicieux de trouver une solution ou des soutiens spécifiques pour les infirmières de nuit. Et qu'elles puissent aussi participer à ce genre de projet et de formation.

Enfin, il est important que les infirmières développent des postures de leadership en ce qui concerne les alternatives à la contention. Cela passe, entre autre, par l'affirmation de leurs connaissances et leur façon de communiquer avec les autres soignants et les familles. C'est toute l'équipe des infirmières et des aides-soignantes qui doit être mobilisée et soutenue. La reconnaissance de leur rôle pour améliorer la qualité de vie des patients sera alors d'autant plus reconnue par les patients, leur famille et les autres professionnels.

Nous n'avons pas pu aborder dans ce travail les décisions des alternatives de contention en lien avec la spécificité des aides-soignantes. Il est évident que si dans l'arbre décisionnel, il y a une majorité d'éléments qui sont réservés aux champs de compétences des infirmiers (ou des médecins), il y a aussi d'autres données qui peuvent s'entendre avec une collaboration efficace entre les infirmières et les aides-soignantes. Faire preuve de leadership pour l'équipe infirmière c'est aussi inclure pleinement les aides-soignantes dans le projet de diminution des contentions physiques.

SCÉNARIO DE SIMULATION:

Dans le cadre de notre travail, il a été question de mettre en place un scénario de simulation. Ceci pour permettre à l'équipe de se mettre en situation et de pousser la réflexion, afin de les confronter à de situations réelles, concrètes, où elles seraient confrontées à leurs propres actes. (Voir annexe 2)

VII. CONCLUSION

Utiliser la contention physique chez la personne âgée pour prévenir les chutes, les troubles du comportement ou les blessures, ne devrait pas être utilisé en premier recours. En effet, son efficacité n'a jamais réellement fait ses preuves.

Nos recherches de la littérature mettent en évidence plusieurs points importants que nous avons détaillés dans notre discussion :

1. La formation des infirmières et l'augmentation de leurs connaissances sur les alternatives.
2. L'amélioration de la collaboration interdisciplinaire.
3. L'utilisation d'un arbre décisionnel spécifique au patient gériatrique.
4. La tenue d'un dossier patient avec une documentation efficiente.
5. Adopter une posture de leadership.
6. Etablir un partenariat patient/famille.

Ces six points sont les considérations professionnelles qui permettraient de mener une réflexion sur une prise en charge sans contention physique ou du moins qui permettraient de limiter les contentions physiques aux situations urgentes.

Il est évident que les équipes susceptibles de prendre en charge des sujets âgés doivent être informés et formés sur des programmes alternatifs à la contention physique permettant une amélioration et une efficacité en continu des pratiques professionnelles.

Réaliser ce travail nous a permis d'apprendre différentes choses. Il nous a fait découvrir différentes notions concernant la contention, tant au niveau sécuritaire que juridique. Cela nous a permis de comprendre les enjeux de l'utilisation de la contention physique sur les sujets âgés et les dangers qu'elle pouvait induire.

Nous avons pu découvrir l'importance du rôle infirmier dans le processus de contention. Voilà pourquoi il nous paraît indéniable qu'une formation sur les alternatives, qu'une utilisation d'algorithmes et qu'une collaboration interdisciplinaire sont possibles. Nos lectures nous ont permis d'avoir une vue plus détaillée de l'intérêt des points évoqués.

L'un des objectifs de ce travail était de nous familiariser avec le processus de recherche qui n'a pas toujours été évident pour nous, même si ce fut un travail intéressant et enrichissant. Nous avons dû, dans un premier temps, en concertation avec l'équipe de notre stage déterminer une problématique, comme convenu dans le projet SIMUCAREPRO. Nous avons aussi, en fin de travail, sur base de nos nouvelles connaissances, créer une proposition de scénario de simulation qui sera par la suite proposé, le cas échéant, dans le centre de simulation de notre école.

Ce travail a permis de nous initier à l'utilisation des différentes bases de données. Pour enfin faire des choix parmi les différents articles, détecter ceux qui répondaient le mieux à notre problématique et vérifier qu'il s'agissait bien de données probantes. Il a été important de développer un certain esprit de synthèse et une capacité de filtration pour faire le choix de nos articles. Ce qui n'a pas été évident vu la masse d'informations traitées.

De plus, travailler en binôme ne fût pas une nouvelle expérience pour nous mais une occasion nouvelle de développer des compétences de collaborations et d'échanges de points de vue.

Ce fût une raison de se motiver mutuellement et de se soutenir du début à la fin. Nous avons pu partager nos ressenties, nos réflexions et nos questionnements, même s'il a fallu, parfois, faire des concessions, nous avons toujours fini par trouver un terrain d'entente vue que nous partageons les mêmes valeurs professionnelles.

Ce travail nous aura aussi permis d'apporter des consolidations quant à notre positionnement en tant que futur professionnel. Nous pouvons ainsi réaliser l'importance du rôle infirmier dans de telles situations de soin et de préciser les pratiques infirmières en s'appuyant sur des données probantes.

Le travail de recherche et de réflexion aura permis de donner de la crédibilité et de la valeur à nos propos et pas seulement apparaître comme des faits basés sur des intuitions ou des suppositions. Cette posture devrait permettre aux infirmières d'affirmer leurs connaissances et leur professionnalisme, indispensable pour l'autonomie et la reconnaissance de notre discipline.

Un pas vers le leadership.

Bibliographie

- ANAES. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2000). *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. En ligne ligne <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf> consulté en janvier 2017 ;
- Arrêté royal du 18 juin 1990 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes. (1990)
Association belge des praticiens de l'art infirmier ;
- Becker, C., Beische, D., Bredthauer, D., Büchele, G., Guerra, V., Kleiner, A., Klie, T., Koczy, P., Kurrle, S., Rapp, K. & Rimann, U. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. 59(2):333-9. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03278.x ;
- Becker, F. & Ben Natan, M. (2010). Israelis' perceived motivation for choosing a nursing career. *Nurse education today*. 30(4):308-13. Doi: 10.1016/j.nedt.2009.08.006 ;
- Bonis, S.A. (2013). Concept analysis method to enhance interdisciplinary conceptual understanding. *Advances in nursing science*, 36 (2), 80-93. Doi : 10.1097/ANS.0b013e318290d86e ;
- Capezuti, E., Evans, L-K., Grisso, J-A., Maislin, G. & Strumf, N-E. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among home residents. *Journal of gerontology*. PMID: 9467433 ;
- Dassen, T., Grittner, U. & Heinze, C. (2011). Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*. 21(7-8):1033-40. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03931.x ;
- Demir, A. (2007). Nurses' use of physical restraints in four turkish hospitals. *Journal of nurses scholarship*. Volume 39. P.38-45. Doi : 10.1111/j.1547-5069.2007.00141x ;
- DIRHM (Dossier Infirmier Résumé Hospitalier Minimum)
<https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm/directives-rhm> ;

Dumont. D. (2016). *Gériatrie*. Document non publié, Haute école Galilée, Schaerbeek ;

Dumont, C., & Van de Vyvere, A. (2013). Procédures et contention physique.
Revue médicale de Bruxelles ;

Fromage, B., Gardey, M.-A., Perardel, M. & Vasseur, E. (2003). Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque NPG : neurologie-psychiatrie-gériatrie.
La revue du vieillissement cérébral, p.30-33 ;

Gerlach, A., Haastert, B., Haut, A., Köpke, S., Meyer, G., Möhler, R., & Mühlauer, I. (2012, May 23). Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*. 23;307(20):2177-84. doi: 10.1001/jama.2012.4517 ;

Gobert, M. & D'Hoore W. (2004). Sécurité et liberté en institution de long séjour: le non recours aux contentions comme une prudente prise de risques. *Ethica clinica*, n 34, pp43-45 ;

Gulpers, M., Hamers, J. & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of advanced nursing*; 45 (3):245-51. Doi : 10.1046/j.1365-2648.2003.02885.x ;

HAS. Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles.(2006). Rapport de l'expérimentation nationale. *Audit clinique cible appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée*. HYPERLINK
"http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf" \t "_blank"
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf , consulté en janvier 2017 ;

Houpert, T. (2013). *Audit clinique ciblé: évaluation de la traçabilité des pratiques professionnelles de la contention physique passive en gériatrie*. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, non publiée, centre hospitalier universitaire de Poitiers ;

Hsiao-Chen Tang, J. & Myonghwa Philippe. (2007). Evidence-based guideline changing the practice of physical restraint use in acute care. *Journal of Gerontology Nurse*. En ligne
<http://search.proquest.com/openview/6f159d721b7bde1a4283cc506e0ea226/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47810>, consulté en janvier 2017 ;

- Joanna Briggs Institute., JBI Critical Appraisal Checklist for Case Control Studies.
[Http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/criticalAppraisalForms/JBI-QARI-CriticalAppraisalChecklist InterpretiveCriticalResearch.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/criticalAppraisalForms/JBI-QARI-CriticalAppraisalChecklist%20InterpretiveCriticalResearch.pdf), consulté en mars 2017 ;
- Loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient fixant les droits du patient. (2002).
Moniteur Belge du 26 septembre 2002. En ligne <https://www.health.belgium.be/fr/loi-du-22-aout-2002-relative-aux-droits-du-patient>, consulté en mars 2017 ;
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). 10 faits sur le vieillissement et la qualité de vie. HYPERLINK "http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/" \t "_blank"
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/> , consulté en janvier 2017 ;
- Poulain, G., Vanpee, D., Swine, C. & Schoevaerts, D. (2004). Réflexion sur l'usage de la contention dans un service de médecine gériatrique. *Ethica clinica*, 34 : 14-17. En ligne <http://www.fihhasbl.be/getattachment/0557879b-13c9-49fd-bf0f-9dd25519ffba/La-contention.aspx> , consulté en avril 2017 ;
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). Delirium, dementia and depression in older adults: Assessment and care (Clinical best practice guidelines). En ligne <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression> , consulté en janvier 2017 ;
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints (Clinical Best Practice Guidelines). En ligne <http://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints> , consulté en janvier 2017 ;
- SPF Economie, *Chiffres clés. Aperçu statistique de la Belgique*. En ligne http://statbel.fgov.be/fr/binaries/FR_kerncijfers2015_WEB_COMPLET_tcm326-275721.pdf , consulté en mars 2017 ;
- Veekman, T. (2014). *Histoire et déontologie*. Document non publié, Haute école Galilée, Schaerbeek ;
- Voyer, P. (2006). Le délirium, chapitre 7. En ligne <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/Chapitre7-le-delirium.pdf>, consulté en janvier 2017.

RÉSUMÉ

Introduction : La contention est souvent utilisée afin de prévenir les chutes, limiter la déambulation, contenir une personne agressive ou agitée et cette pratique c'est installer de façon trop fréquente ces dernières années. Sachant que la contention est très souvent mise en place par le personnel infirmier. Cela nous a mené à nous poser la question suivante :

Quelles seraient les considérations infirmières pour éviter la contention chez le patient gériatrique en délirium ?

Méthode : nous avons réalisé une recherche de la littérature à partir de différentes bases de données. Une liste de mots clés nous a permis de trouver des articles en lien avec notre problématique. Nous avons retenu de nombreux articles et différents critères nous ont permis de faire une sélection précise en lien avec notre question.

Résultat : nous avons retenu six articles qui traitent de la contention physique chez la personne âgée en délirium dans les services de soins gériatriques. Nous avons aussi complété notre analyse en consultant le cadre législatif belge. Les facteurs prédisposant, les facteurs de risques, les complications, les alternatives à la contention et particulièrement la formation du personnel et l'importance d'inclure dans les considérations le patient et sa famille sont abordés dans ce travail.

Discussion : Il apparaît de l'analyse de nos articles que l'ampleur des conséquences et des effets adverses de la contention doivent pousser les professionnels de la santé à bannir la contention physique de leur option thérapeutique à moins d'y recourir de manière très limitée avec une extrême prudence et avec un contrôle renforcé de la prise en charge.

La discussion de notre travail fait apparaître 6 considérations infirmières essentielles qui répondent à notre question:

1. La formation des infirmières et l'augmentation de leurs connaissances sur les alternatives.
2. L'amélioration de la collaboration interdisciplinaire.
3. L'utilisation d'un arbre décisionnel spécifique au patient gériatrique.
4. La tenue d'un dossier patient avec une documentation efficiente.
5. Adopter une posture de leadership.
6. Établir un partenariat patient/famille.

Les articles présentent plusieurs données, dont la nécessité d'une formation préalable et continue ainsi qu'un suivi pour favoriser la mise en œuvre d'alternatives à la mise en place de contention, afin qu'elle ne soit utilisée quand dernier recours, voire pas du tout. Plusieurs pistes d'alternatives et de surveillances sont proposées.

Conclusion : Nous avons mis en évidence les considérations professionnelles pour les alternatives à la contention physique des patients gériatrique en délirium, mais aussi les enjeux les plus significatifs qui ont alimenté notre réflexion. L'importance de nos apprentissages est mise en lumière dans ce travail, notamment nos connaissances, nos recherches et notre positionnement en tant que futur professionnel. Dans le cadre du projet SIMUCAREPRO, nous avons aussi connu la joie de l'expérience de construire un scénario de simulation pour le CCSim de notre école. Ce fut un exercice difficile.

Mots clés : personnes âgées, délirium, confusion, contention physique, gériatrie, infirmière, risques.

TABLE DES MATIERES :

Annexe 1: JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Annexe 2 : Scénario de simulation

Annexe 3 : Arbre décisionnel standard de la contention

ANNEXES :

Annexe 1

JBIR QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

Annexe 2



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union 
15PS0009 (2015-1-BE01-KA203-013218)

STRUCTURE COMMUNE DES SCENARIOS DE SIMULATION HAUTE FIDELITE

TITRE DU SCENARIO¹ :

Prise en charge d'une personne âgée en délirium à risque de contention.

VUE D'ENSEMBLE DU SCENARIO :

TYPE DE MANNEQUIN : Etudiant

SERVICE DE SOINS : Gériatrie aigue

GROUPE CIBLE : Etudiants en Soins Infirmiers et infirmiers bacheliers

DUREE ESTIMEE DU SCENARIO : 10min.

RESUME DU SCENARIO: Le patient est agité, en plein délirium. L'infirmière entre en chambre et tente de trouver une solution adapté à son état actuel.

¹ Ce scénario n'est pas le scénario définitif, il a fait l'objet d'affinements, de test et de modifications. Le scénario définitif se trouve sur le site du projet (INFOREF/SIMUCAREPRO).

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

GENERAUX : Eviter la contention/trouver l'agent causal du délirium

SPECIFIQUES AU SCENARIO :

-Trouver des alternatives

-Evaluation globale des besoins du patient

ROLE DES PARTICIPANTS :

ETUDIANT : 1	Patient agité		
PROFESSIONNEL : 1	Infirmier ayant la formation qui doit prendre en charge un patient		
FORMATEURS	/		

LISTE DES EQUIPEMENTS :

Dispositifs médicaux : /

-Circulation : /

-Ventilation : /

-Divers : /

Médicaments et solutés : /

Documents : Documents répertoriant l'anamnèse du patient.

Accessoires : Liens de contention

Environnement : Lit

PREPARATION DU SCENARIO :

PREPARATION DU SIMULATEUR :

-Réglages : correspondant à l'état initial (cf tableau)

-Installation : Semi-assis ou couché au lit

-Accessoires : /

PREPARATION DE L'ENVIRONNEMENT : Chambre d'hôpital

PREPARATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : /

PREPARATION DES ETUDIANTS/APPRENANTS : Tenue professionnelle mise

BRIEFING :

HEURE : Le matin lors de la prise en charge des soins d'hygiène

SITUATION : Le patient est en état d'agitation, il est en délirium. Il a reçu son traitement habituel

DOCUMENTS : Feuille reprenant la liste exhaustive des médicaments.

INFORMATIONS PATIENT

Nom : B

Age : 70ans

Prénom : C

Poids : 80 kg

Date de naissance : 25/04/1947

Taille : 1,70 m

Allergies : /

Sexe : Homme

Antécédents Médicaux :

*Thrombose veineuse profonde

*Pneumonie

*Cystite à répétition

Antécédents Chirurgicaux :

*PTH droite

*Appendicectomie

Pathologies coexistantes :

*HTA

*Hypercholestérolémie

*IRA

*Anémie non traitée

Traitement personnel :

*Amlor 5mg à 8h PO

*Simvastatine 40mg à 20h PO

*Bisoprolol 2,5mg à 8h PO

*Clexane 40mg SC à 8h PO

*Pantomed 40mg à 6h PO

REFERENTIELS / RECOMMANDATIONS D'EXPERTS :

-Becker, C., Beische, D., Bredthauer, D., Büchele, G., Guerra, V., Kleiner, A., Klie, T., Koczy, P., Kurrle, S., Rapp, K., & Rimann, U. (2011) Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents

-Dumont, C. & Van de Vyvere, A. (2013) Procédures et contention physique. *Revue médicale de Bruxelles*. PMID: 24195254

-- Gerlach, A., Haastert, B., Haut, A., Köpke, S., Meyer, G., Möhler, R. & Mühlhauser, I.(2012) Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*. 2012 May 23;307(20):2177-84. Doi: 10.1001/jama.2012.4517

- Hsiao-Chen Tang, J., PhD, RN & Myonghwa, P., PhD, RN. (2015) Evidence-Based Guideline Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *Journal of Gerontology Nurse*. 2007 Feb;33(2):9-16.PMID: 17310658

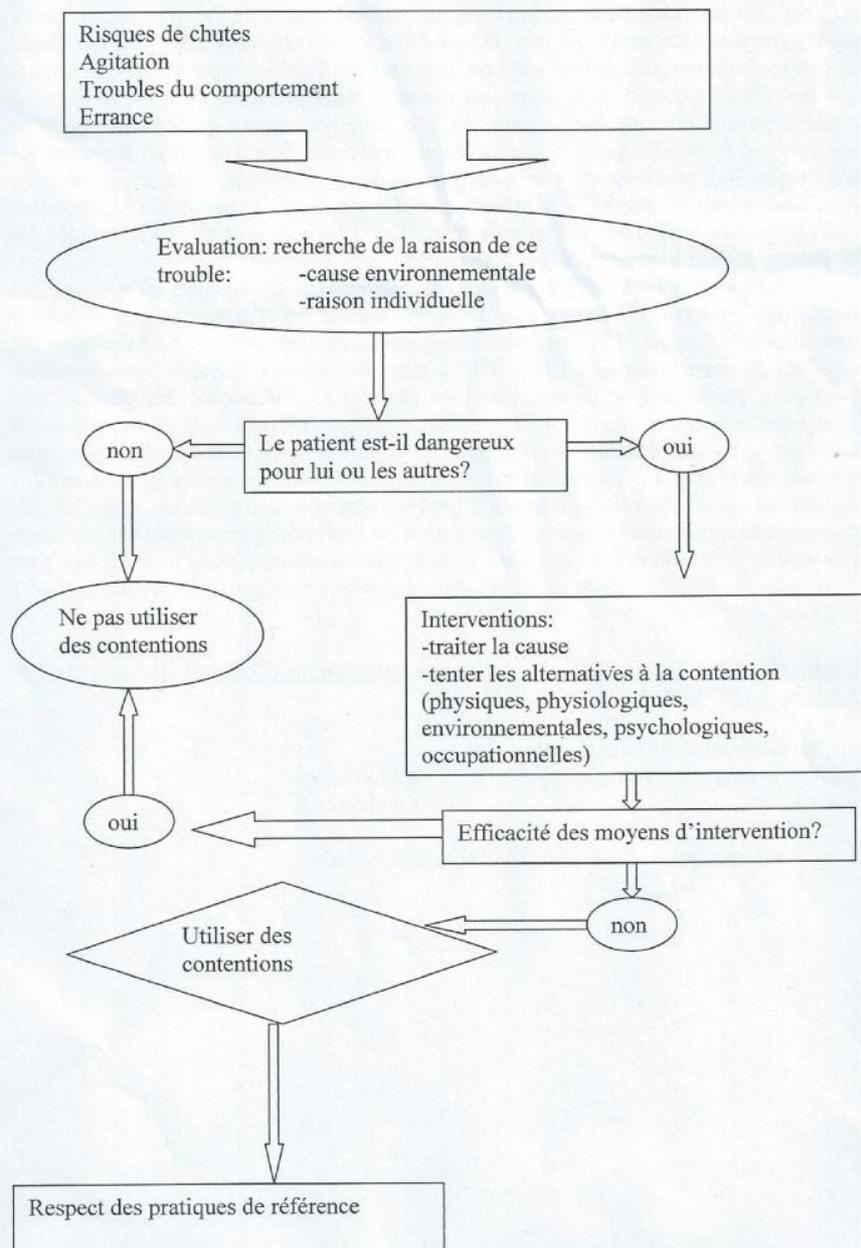
-Registered Nurses' Association of Ontario (2012) Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints (Clinical Best Practice Guidelines)

-Registered Nurses' Association of Ontario (2016) Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (Clinical Best Practice Guidelines)

Annexe 3

33

Arbre décisionnel de l'ANAES⁷⁹



⁷⁹ GOBERT M. & D'HOORE W.: *op.cit.*, p. 6.

Selon la HAS (Haute Autorité de la Santé) environ 20 à 80% des patients hospitalisés seraient contentionnés.

Au vue de ces chiffres alarmants, nous nous sommes questionnés sur les effets que la contention pouvait induire.

Suite à nos recherches et en collaboration avec l'équipe infirmière, nous avons tenté de rassembler un ensemble des considérations infirmières à mettre en place afin d'éviter d'avoir recours à la contention. De plus, il nous a semblé pertinent de cibler nos recherches sur les personnes âgées présentant un délirium.

Mots clés : personnes âgées, contention, délirium, infirmière.