

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 1 de 12
<b>5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués</b>			

<u>Description de l'indicateur</u>
<b>5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués</b>

#### Modifications par rapport à la version précédente

*Pas d'application.*

## Contenu

1	Objectifs poursuivis par le conseil .....	2
2	Motivation du choix de l'indicateur .....	4
3	Description de l'indicateur .....	6
4	Numérateurs et dénominateur .....	8
5	Domaine .....	9
6	Communication/Rapports.....	9
7	Interprétation des résultats .....	9
8	Références .....	10
9	Annexes .....	11

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 2 de 12
5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués			

## 1 Objectifs poursuivis par le conseil

La série d'indicateurs du CFQAI concernant le thème de soins **contention physique des patients dans les hôpitaux aigus** est basée sur les conclusions du rapport final de la commission technique de l'art infirmier sur la contention et l'isolement (SPF Santé publique, octobre 2007) :

1. La prestation technique de soins infirmiers B1 : « Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance » demeure une **mesure d'exception**, prise de préférence après **concertation pluridisciplinaire**, en accord avec **le patient ou son représentant ou parent**. Dans la procédure, qui est obligatoirement rédigée, il est stipulé que le praticien infirmier peut, si nécessaire, de manière autonome, appliquer une mesure privative de liberté, laquelle doit néanmoins faire le plus rapidement possible l'objet d'une concertation d'équipe multidisciplinaire. Ainsi, le praticien infirmier conserve la possibilité d'appliquer, en cas d'urgence et sans délai, une mesure de privation de liberté selon les dispositions de la procédure. Il est recommandé de prévoir une structure en forme d'arbre décisionnel dans la procédure reprenant les mesures prévues (algorithme).
2. L'application de mesures privatives de liberté implique automatiquement que l'infirmier **renforce la surveillance** du patient afin de garantir sa sécurité.
3. Dans la concertation visant à prévenir, limiter ou accepter le risque de lésion corporelle, le choix se porte toujours sur la **mesure privative de liberté la moins radicale**.
4. Les **causes sous-jacentes** du problème mental sont toujours recherchées et traitées si nécessaire.
5. Les praticiens infirmiers et les établissements et organisations où ils travaillent visent à mener une **politique de contention et d'isolement minimale**. Pour mettre en œuvre cette politique, le pouvoir organisateur de l'établissement ou de l'organisation doit adopter les mesures suivantes :

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 3 de 12
5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués			

- Élaborer une **procédure, après concertation multidisciplinaire**, pour l'établissement, éventuellement spécifique à chaque service.
- Disposer d'un **personnel infirmier en nombre suffisant**, dont au moins deux personnes la nuit pour une unité de soins de 30 lits (dont au moins 1 infirmier/ère).
- **Aménager les chambres de manière pratique et prévoir un équipement efficace**, le tout correctement entretenu.
- Prévoir une formation efficace des prestataires de soins concernés, à intervalles réguliers.

Les normes actuelles ne permettent pas de prévoir deux membres du personnel la nuit pour une unité de soins de 30 lits. Les autorités devront d'urgence adapter les normes de personnel pour pouvoir atteindre cet objectif.

- Les principes politiques et l'application de mesures privatives de liberté sont consignés dans une procédure. Il est tenu compte ici des **lois** suivantes :
  - la Convention européenne des droits de l'homme (art. 5) ;
  - la Constitution belge (art. 12) ;
  - La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 5).
  - La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux;
  - La loi du 18 juillet 1991 relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental;
  - La circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 relative à l'isolement des patients admis en hôpital psychiatrique et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux;
  - L'article 422**bis** du Code pénal.
- La procédure décrit les **accords** conclus pour une contention et un isolement corrects du patient : préparation (quels matériels utiliser...) et mise en oeuvre (ordre des

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 4 de 12
5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués			

actes, points d'attention, précision sur le plan technique...), mesures de sécurité - entre autre l'indication et la façon d'augmenter la surveillance, suivi et entretien correct du matériel.

8. Les mesures prises sont décrites en détail et justifiées dans le **dossier du patient** et évaluées quotidiennement par l'équipe.
9. Pour obtenir sa collaboration, on explique en premier lieu **au patient** la ou les raisons à l'origine d'une mesure prise.

On utilise la définition suivante de la contention physique : il s'agit de la contention physique au sens large appliquée à des personnes adultes (18 ans et plus) et qui concerne "**tout acte ou toute utilisation de matériel qui limite la liberté de mouvement et ne peut pas être enlevé facilement**" (Milisen et coll., 2006).

## 2 Motivation du choix de l'indicateur

Une étude de Kristine Slachmuylders (2013) a examiné la prévalence, les raisons et les facteurs de risque en rapport avec la contention physique de patients flamands hospitalisés. Par ailleurs, l'auteur a interrogé des prestataires de soins sur leur connaissance, attitude et processus décisionnel en rapport avec la contention. L'étude s'est déroulée dans 4 hôpitaux anversois avec 1584 patients. En outre, 198 praticiens infirmiers et soignants ont été interrogés sur leurs connaissances, attitude et mode de décision.

*La prévalence de la contention physique était de 48 %. Sans barrières de lit, elle était encore de 16 %. La raison principale était la prévention des chutes. Un âge plus élevé et une plus grande dépendance étaient associés à un risque accru de contention. Des lacunes sont apparues dans la 'connaissance de la contention' en matière de sécurité du patient et de législation, tandis que l'attitude par rapport à la contention était modérément positive. Les prestataires de soins se concertent surtout avec des collègues. Cette étude met en évidence une prévalence élevée de la contention et des lacunes importantes dans la connaissance et le comportement. Afin de garantir la sécurité des patients au sein des hôpitaux flamands, il est nécessaire de mettre en place une politique de contention reposant*

5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués  
FRKVA / CFQAI 2013

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 5 de 12
<b>5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués</b>			

*sur quatre piliers : (1) une organisation axée sur le recours minimum à la contention, (2) une bonne politique de l'éducation, (3) la connaissance des solutions alternatives et (4) une directive scientifiquement fondée. L'étude a conclu que la recherche de stratégies éducationnelles efficaces, l'utilisation de solutions alternatives dans les soins aigus et l'instauration d'une politique de la contention avalisée sont indiquées.*

Dans un récent rapport d'étude de *l'Inspection néerlandaise de la santé*, en décembre 2012, « **Des efforts supplémentaires nécessaires pour réduire la limitation de liberté dans les soins de longue durée : accroître l'intervention d'experts externes et mieux cibler la réduction** », *la décision de procéder à la limitation de liberté était imprécise dans 43 % et plus ou moins précise dans 35 %. La mise en œuvre n'affichait pas non plus un bon score : imprécise dans 26 % et plus ou moins précise dans 56 %. La raison des mauvais scores tient au fait qu'un certain nombre de critères de qualité ne sont pas satisfaits, tels que l'intervention d'experts externes, la réduction ciblée de la limitation de liberté et de bons rapports. Toutefois, l'étude met également en évidence qu'il est tout à fait possible de réduire les limitations de liberté. Les limitations de liberté évaluées par l'Inspection avaient été réduites de manière précise dans trois quarts des cas. Dans un peu moins d'un quart des cas, la réduction avait été réalisée de manière plus ou moins précise et imprécise dans 5 %. Dans 88 % des cas, le client ou son représentant ont estimé que la solution alternative était meilleure que réduire la limitation de liberté. Les prestataires de soins ont pu indiquer de nombreux facteurs de succès pour une réduction réussie et justifiée de l'utilisation de sangles ou de l'isolement. La participation du client et de son représentant, une approche multidisciplinaire et une bonne analyse du comportement (problématique) du client ont souvent été citées.*

Dans une étude allemande portant sur 4 hôpitaux aigus et 61 unités de soins, la prévalence de la contention physique observée chez 1267 patients était passée de 6,2 % à 16,6 %. Les caractéristiques qui influencent une contention physique étaient l'âge (> 80 ans ; odds ratio ou OR :4,34, 95 % CI : 2,18-8,64), une sonde gastrique (OR :2,70, 1,40-5,22), une sonde vésicale (6,52, 3,75-11,34 et l'admission aux soins intensifs (3,39, 1,28-8,29). L'admission en

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 6 de 12
<b>5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués</b>			

chambre commune (0,55, 0,35-0,89) et un cathéter veineux central étaient inversement liés à la contention physique (Krüger et al 2013). Une étude d'intervention sur 24 mois a introduit une politique et un programme de contention minimum (incluant l'éducation, la consultation et l'offre de solutions alternatives) dans 13 centres d'hébergement et de soins avec 6 centres dans le groupe d'intervention et 7 centres dans le groupe de contrôle. L'intervention a montré une baisse de l'utilisation de la ceinture de contention dans le groupe d'intervention (3 %) par rapport au groupe de contrôle (13 %) pour une population d'étude de plus de 900 résidents (Gulpers et coll. 2013). Un cluster d'essai contrôlé randomisé de 40 unités de soins dans des centres d'hébergement et de soins a montré un effet positif de la mise en place d'une politique de contention minimale sur la connaissance, l'attitude et le recours à la contention physique (Pellfolk et coll. 2010). Une étude d'intervention sur 4 mois dans 4 hôpitaux aigus a également mis en lumière l'incidence d'une politique et d'un programme de contention minimum (Enns et coll. 2014). La contention physique de patients âgés de plus de 65 ans a évolué de 16 % à 27 % avant l'intervention et de 7 % à 14 % après l'intervention.

Dans le prolongement des conclusions du rapport final de la commission technique de l'art infirmier sur la contention et l'isolement et des récents résultats des études menées en Flandre, aux Pays-Bas et sur le plan international, le CFQAI propose un indicateur de structure relatif à la présence, la compétence et le fonctionnement d'**un groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués** dans l'ensemble des hôpitaux belges.

### 3 Description de l'indicateur

Type d'indicateur	Indicateur de structure :
Description	La présence d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Ce groupe se compose de membres qui représentent au moins des

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 7 de 12
<b>5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués</b>			

	<p>médecins et des praticiens de l'art infirmier.</p> <p>Le groupe de travail se concerte au minimum trois fois par an.</p> <p>Le groupe de travail a un mandat concernant une politique de contention minimale avec la compétence suivante :</p> <p>Présenter, soutenir et évaluer le protocole par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'élaboration de directives sur la prise de décision, les mesures et actes</li> <li>- Idéalement le protocole comprend un arbre décisionnel qui peut soutenir une décision et faire une distinction entre une contention dans une situation d'urgence et celle dans une situation non-urgente. Pour la contention dans une situation non-urgente, une distinction est également faite entre les patients habilités à prendre eux-mêmes la décision et ceux qui ne le sont pas. ( Milisen et coll 2006).</li> <li>- la surveillance de l'application du protocole</li> <li>- l'évaluation continue du protocole</li> <li>- la formulation d'avis sur l'achat de moyens spécifiques</li> <li>- l'organisation de mesures</li> <li>- l'analyse des résultats des mesures et la mise en place d'actions d'amélioration</li> </ul>
--	---

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 8 de 12
<b>5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués</b>			

## 4 Numérateurs et dénominateur

<b>CFQAI 5a = <math>\frac{5a1 + 5a2 + 5a3}{3}</math></b>	
<b>Numérateur 1</b>	Y a-t-il un groupe de travail pluridisciplinaire (membres représentant au moins des médecins et des praticiens de l'art infirmier) qui se concerte au moins 3 fois par an et qui a pour mission et compétence d'élaborer et d'évaluer la politique et les directives ?
<b>Dénominateur</b>	/
<b>Réponse</b>	Oui = 1 Non = 0

<b>Numérateur 2</b>	Le groupe de travail a-t-il la compétence de définir les moyens de contention et la mission d'évaluer l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention ?
<b>Dénominateur</b>	/
<b>Réponse</b>	Oui = 1 Non = 0

<b>Numérateur 3</b>	Chaque service d'hospitalisation et le service des urgences disposent-ils de moyens de contention sûrs ?
<b>Dénominateur</b>	/
<b>Réponse</b>	Oui = 1 Non = 0

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 9 de 12
5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués			

## 5 Domaine

- ☒ Qualité des soins
 ☒ Sécurité du patient
 ☐ Satisfaction du patient  
☐ Satisfaction du personnel

## 6 Communication/Rapports

Responsable	Directeur Département infirmier
Mode de communication	Mail
Objectif du rapport	Benchmark
Périodicité	Annuelle
Date de démarrage	2015

## 7 Interprétation des résultats

Raisons pouvant motiver de moins bons résultats.

Les raisons qui expliquent l'absence d'un groupe de travail pluridisciplinaire pourraient être les suivantes :

- un manque de soutien au sein de l'établissement pour mettre en place un tel groupe de travail
- le manque de motivation de l'une ou l'autre discipline pour participer à un tel groupe de travail
- le manque de ressources humaines et/ou de moyens qualitatifs suffisants pour pouvoir mettre en place un tel groupe de travail et le faire fonctionner.

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 10 de 12
5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués			

## 8 Références

Rapport final de la commission technique de l'art infirmier, groupe de travail contention et isolement.

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, octobre 2007.

Fysieke fixatie in Antwerpse ziekenhuizen een prevalentiemeting met peiling naar kennis, houding en beslissingsbevoegdheid en het ontwerp van een educatiepakket (La contention physique dans des hôpitaux anversoïis, une mesure de la prévalence avec questionnaire sur la connaissance, l'attitude et le pouvoir de décision et projet de dossier pédagogique).

Rapport final projet PWO sur la contention, chercheuse principale Kristin Slachmuylders.

Karel De Grote – Hogeschool, vzw departement gezondheidszorg, mars 2013.

Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg: meer engagement externe deskundigen en betere focus op afbouw (Des efforts supplémentaires nécessaires pour réduire la limitation de liberté dans les soins de longue durée : accroître l'intervention d'experts externes et mieux cibler la réduction ).

Inspection de la santé publique, ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports, Utrecht, décembre 2012.

Enns E, Rhemtulla A, Ewa V, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM 2014. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. Journal of American Geriatric Society 62(3):541-5.

Gulpers M, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossem E, Hamers JP 2013 Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. Journal of American Geriatric Society 61:107–112.

FRKVA/ CFQAI			
Indicateurs de contention physique dans les hôpitaux aigus			
Numéro d'identification CFQAI-FRKVA 5a	Version numéro 0.1	<del>19/08/2015</del> 16/02/2015	Page 11 de 12
<b>5a. Groupe de travail pluridisciplinaire pour l'élaboration de protocoles et l'évaluation technique de l'utilisation correcte, sûre et pratique des moyens de contention appliqués</b>			

Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G 2013 Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies 50 (2013) 1599–1606.

Milisen K, Vandenberghe J, Sabbe M, Lagau R, Braes T, Vanderlinden V, Kerckhofs K, Buysschaert K, Verbruggen F, Vaneekhout S, Vanberghe K, Meyfrod G, Dewolf J, Vandenberghe R, Vandesande J, Verbist A, Vandeweege H, Nicaise L, Van Nuffelen R, Deboutte P, Lekeu R, Waer M, Rademakers F et Joosten E pour l'UZ Leuven, groupe de travail delirium. Directives relatives aux mesures privatives de liberté pour la sécurité du patient à l'UZ Leuven. Tijdschrift voor Geneeskunde 62 (23) 2006.

Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial Journal of the American Geriatrics Society 2010 Jan;58(1):62-9.

## 9 Annexes

*Néant*

