

# Un projet institutionnel sur la contention physique au service de la culture gériatrique

## **Auteurs**

Boulangier Jean-Marie<sup>1</sup>, Mutsers Jacques<sup>1</sup>, Menozzi Christel<sup>1</sup>, Narinx Isabelle<sup>1</sup>, Bakay Tahar<sup>1</sup>, Bay Virginie<sup>1</sup>, Michalack Didier<sup>1</sup>, Thonon Olivier<sup>1</sup>, Straetmans Dominique<sup>1</sup>, Dr Bassleer Bernard<sup>2</sup>, Dr Allepaerts Sophie<sup>3</sup>, Pr. Petermans Jean<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Département Infirmier - Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHU), B35, 4000 Liège, Belgique

<sup>2</sup>Direction médicale – Coordination de la qualité-sécurité - C.H.U. de Liège, B35, 4000 Liège, Belgique

<sup>3</sup>Service de gériatrie – C.H.U. de Liège, Site Notre Dame de Bruyères, rue de Gaillarmont, n°600 , 4031 Chênée.

**Situation problème :** En 2009, le service de gériatrie du CHU de Liège a connu 2 événements indésirables, suite à la mise en place de contention physique <sup>1</sup>(de type ceinture abdominale) avec des conséquences majeures : un décès et une réanimation de patient.

**Matériel et méthodes :** Une analyse par retour d'expérience (REX<sup>2</sup>) a été menée. Et, un groupe de travail, constitué d'unités de chirurgie (1), de médecine (3) et de gériatrie (2) a été formé en vue de faire de la gestion de la contention, un projet institutionnel.

**Résultats :** Sur base d'entretien avec les chefs d'unité, un premier état des lieux a été dressé. Seuls les 2 services de gériatrie disposaient d'une procédure et d'un algorithme décisionnel pour la mise en place d'un dispositif de contention. Le personnel utilisait différents types de contention pour un même risque. Le dispositif de contention était placé sur base de sa disponibilité dans l'unité ou de la propension du soignant à l'utiliser.

En 2010, un audit de terrain a montré une prévalence de contention de 2.8% (17 patients sur les 601 audités), hors gardiennes de lit et tablettes de fauteuil, dans les services D, C et G. Plusieurs types de contentions différents étaient utilisés pour éviter le glissement au fauteuil. La contention était documentée dans 88% des cas mais seul 35% faisaient l'objet d'une évaluation par l'échelle CRS<sup>3</sup> et d'une évaluation des mesures. L'information des familles n'était jamais relatée et la prise de décision pluridisciplinaire était rare en dehors des services de gériatrie.

Un algorithme décisionnel pour la gestion de la confusion, la gestion des risques lié à la confusion (chute, déambulation,...) et le type de contention physique à utiliser a été élaboré par le groupe de travail (annexe 1).

Parallèlement à ces démarches, un nouveau matériel de contention de type ceinture abdominale avec une sangle a été élaboré en collaboration avec une firme et l'institution a acquis plus de 140 fauteuils gériatriques (assise en mousse visco-élastique et permettant une position déclinée). Et en 2013, un système de géolocalisation par Wifi sera implémenté dans certaines unités.

**Conclusions :** Un pilote a débuté en mai 2013 au sein de 7 unités. Ces équipes ont été formées à la gestion de la confusion, au contexte réglementaire <sup>4</sup> et aux mesures alternatives à la contention physique, aux effets délétères de celle-ci, aux surveillances à réaliser, à l'importance de l'intégration de la famille et de l'équipe pluridisciplinaire dans le processus de décision, ainsi qu'à l'évaluation des mesures de contention.

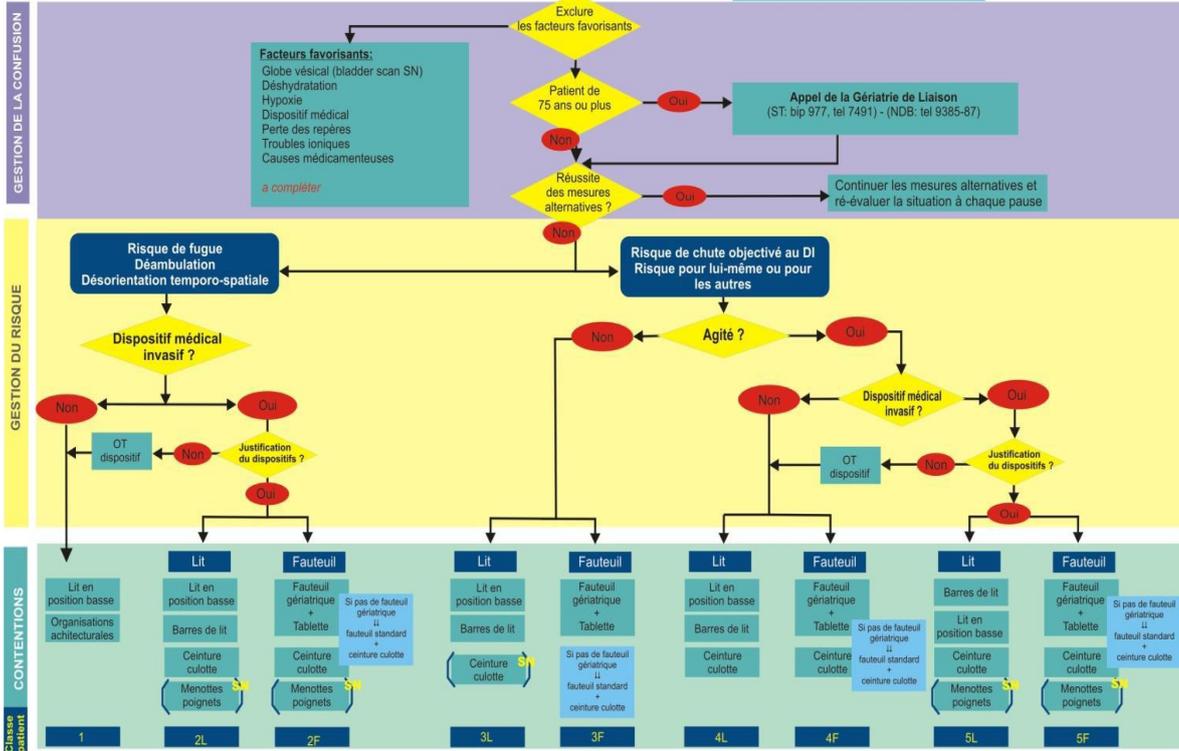
La formation vise également la présentation et la manipulation de l'algorithme décisionnel et du nouveau matériel de contention ; mais aussi la promotion de l'importance de la déclaration des événements indésirables.

Ainsi, à travers une expérience vécue en gériatrie, des concepts clés de la pratique gériatrique quotidienne sont désormais véhiculés à l'échelle institutionnelle.

# Annexe 1



Mise à jour : 21 décembre 2011



**Suspendre la contention aussi souvent que possible**

Evaluer l'état de confusion et/ou les contentions à chaque pause via le document de suivi de contention et l'échelle CRS ©  
 Valider les mesures de contention avec le médecin et si possible avec une équipe pluridisciplinaire  
 Toujours demander l'accord de la famille ou d'un référent de celle-ci et rapporter la discussion au dossier infirmier  
 Si malgré tout un incident arrivait suite aux mesures de contention → remplir et renvoyer un formulaire d'événement indésirable



