Contention physique

Latteur V.

Piron C.

Définition

La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d’assurer la sécurité pour une personne […] qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté pour elle-même ou pour autrui. *(1)*

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée. Anaes, France, Octobre 2000, p.10, p. 12-14

Définition de la protection physique

Tout appareillage, en contact direct ou non avec le corps et que le patient ne peut ôter lui-même,

visant à limiter la mobilité ou la liberté du patient qui, par son comportement, se met en danger ou met en danger son entourage

et/ou

visant un but médical — application d'un traitement, réalisation d'un examen.

Gobert M., D'hoore W. Protections physiques et psychotropes : usage thérapeutique ou moyen de contention ? Louvain Med. 122, S417, 2003

Types de protection physiques

On peut en distinguer 4 types :

1) Protections limitant la mobilité : Harnais, ceintures, liens de poignets / chevilles, camisole, culotte de contention, ...
2) Protections limitant la liberté : Chambre d'isolement, unité de soins verrouillée, ...
3) Protections adjacentes au mobilier : Barrières de lit, tablettes de fauteuil, ...
4) Protections « virtuelles » : Bracelets électroniques, portiques, "babyphones", ...

Pourquoi?

- Motifs invoqués
  - Patient agité
  - Risque de chute
  - Troubles du comportement
  - Déambulation excessive
  - Présence d’appareillage

Responsabilités et compétences

Liste d'actes infirmiers

- L'arrêté royal du 18 juin 1990 place les mesures de prévention de lésions corporelles dans la catégorie des prestations techniques de soins infirmiers ne requérant pas de prescription médicale (B1).
  - 5. SECURITE PHYSIQUE : Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance.

Epidémiologie de la contention physique

- **Hôpitaux généraux**
  - **En général: 6% à 17%**
  - **Plus de 65 ans: 18% à 22%**
  - **Démence, risque accru de chute : > 50%**

(Frengley & Mion, 1986; Sullivan-Marx et al., 1999, Hamers & Huizing 2005)

- **Maisons de repos: 49%** **(Hamers et al., 2004)**

Protections physiques et EBM

Il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des protections physiques. Ainsi, il n'y a pas d'études prouvant que les protections préviennent les chutes. Au contraire, les personnes ayant des protections physiques chutent plus fréquemment que celles qui n'en ont pas (17% versus 5%) et les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de protections (Tinetti, 1992 ; Capezuti, 1996).

- L'utilisation de protections ne réduirait donc pas le risque de chute alors que le personnel soignant croit ainsi l'éviter.

Aspects éthiques (1)

- 4 principes fondamentaux
  - Autonomie : capacité d'un personne à prendre des décisions; obtenir le consentement
  - Bienfaisance: obligation d'agir pour le bien être des tiers
  - Non malfaisance: obligation de ne pas faire mal (physique – moral)
  - Justice distributive (proportionnalité ou équité): traiter tous les êtres de la même façon

Aspects éthiques (2)

Accident and Emergency Nursing (2007) 15, 94–100

ELSEVIER

Accident and Emergency Nursing

www.elsevierhealth.com/journals/aaen

Exercising restraint: Clinical, legal and ethical considerations for the patient with Alzheimer's disease

Barry McBrien MSc (Hons), BSc (Hons), PG Dip, PG Cert., RGN.
(Co-ordinator Post Graduate Diploma in Emergency Nursing) *

- Dilemme entre « bien faire » ; le respect de l'autonomie; le respect du droit humain.
- L'utilisation de la contention pour protéger un tiers peut ne pas être justifiée étant donné la faible probabilité d'accident par rapport à la probabilité élevée d'accidents liés à la contention
- Importance des risques liés à la contention > non contention
- Il est inacceptable et contraire à l'éthique d'utiliser des contentions sans contrôler les comportements des patients perturbateurs. Si les soins de santé consiste à faire de son mieux pour le patient, il faut tenir compte des besoins et des désirs de leurs patients. Par le respect de ces choix, l'autonomie du patient sera maintenue au profit de tout le monde

Procédure au GHdC

Contexte

- Réflexion menée en 2009
- Contexte DI-RHM
- Groupe de travail composé du responsable qualités, infirmiers en chef, infirmiers,
- Comité de relecture composé de médecins, kinés, ergo, psychologues, infirmiers et infirmiers en chef (gériatrie, soins intensifs, urgences, psychogériatrie)
- Version 1 approuvée le 23/04/2010

Indication des protections physiques

L'utilisation de protections est justifiée pour des raisons bien précises :

1) Protéger la personne souffrant de troubles mentaux (en particulier démence, troubles de l'orientation).
2) Protéger la personne délirante et/ou son entourage, en situation d'urgence.
3) Maintenir en place du matériel médical à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
4) Prévenir des dommages (automutilation, ...).

Recommandations

Construites sur base des recommandations nationales et internationales :

- La décision de mettre en œuvre des mesures de protection physique est le fruit d'une **discussion multidisciplinaire**.
- Celle-ci est **validée** par une prescription médicale **renouvelée** quotidiennement.
- L'exception est le cas d'urgence. **La décision** urgente de l'infirmière est **motivée** par le risque pour la sécurité du patient.
- Cette décision doit être **réévaluée quotidiennement** en équipe multidisciplinaire.
- L'équipe soignante est **responsable** de la pose des moyens de contention.
- Dans tous les cas, **la période** de temps des mesures de protection physique sera **limitée.**

Application de la contention

- Vérifier les possibilités de non recours à la contention
- Décision prise en pluridisciplinarité (sauf cas d'urgences)
- Arbre décisionnel
- Validation quotidienne de la mise en contention
- Information du patient et de sa famille
- Informations reprisent au niveau du dossier infirmier

Au niveau du dossier infirmier

- Référence à la procédure
- Indication
- Problème et instrument de mesure utilisé pour l'évaluation
  - Evaluation de la confusion
  - Evaluation du risque de chute
- Résultat de l'évaluation
- Type(s) de mesure de protection mis en œuvre
- Le suivi, au minimum quotidien : observation sur l'évolution du problème
- Evaluation, au minimum quotidienne, des mesures de protection utilisées et de la nécessité de les continuer.

ou la fiche de mise en œuvre des mesures de protection physique complétée

Alternatives aux mesures de protection

Risque de chutes / Déambulation excessive	
ALTERNATIVES	MESURES DE PROTECTION SI ALTERNATIVES INEFFICACES
• Accès aisé de la chambre, du couloir et des sanitaires • Main courante dans le couloir • Bon éclairage de la chambre • Abaisser le lit à son niveau le plus bas • Bloquer les roulettes du lit • Chaussures adaptées • Mettre des repères temporels (horloge, calendrier) et/ou spatiaux (images, photos) • Prévoir chaise percée si possible • Tapis de réception à coté du lit • Aides techniques : tribune, rehausseur de toilette, ...) • Suppression des obstacles	• Ceinture • Lien poignet • Lien cheville • Barrière de lit • Tablette de fauteuil • Autres mesures de protection limitant la liberté

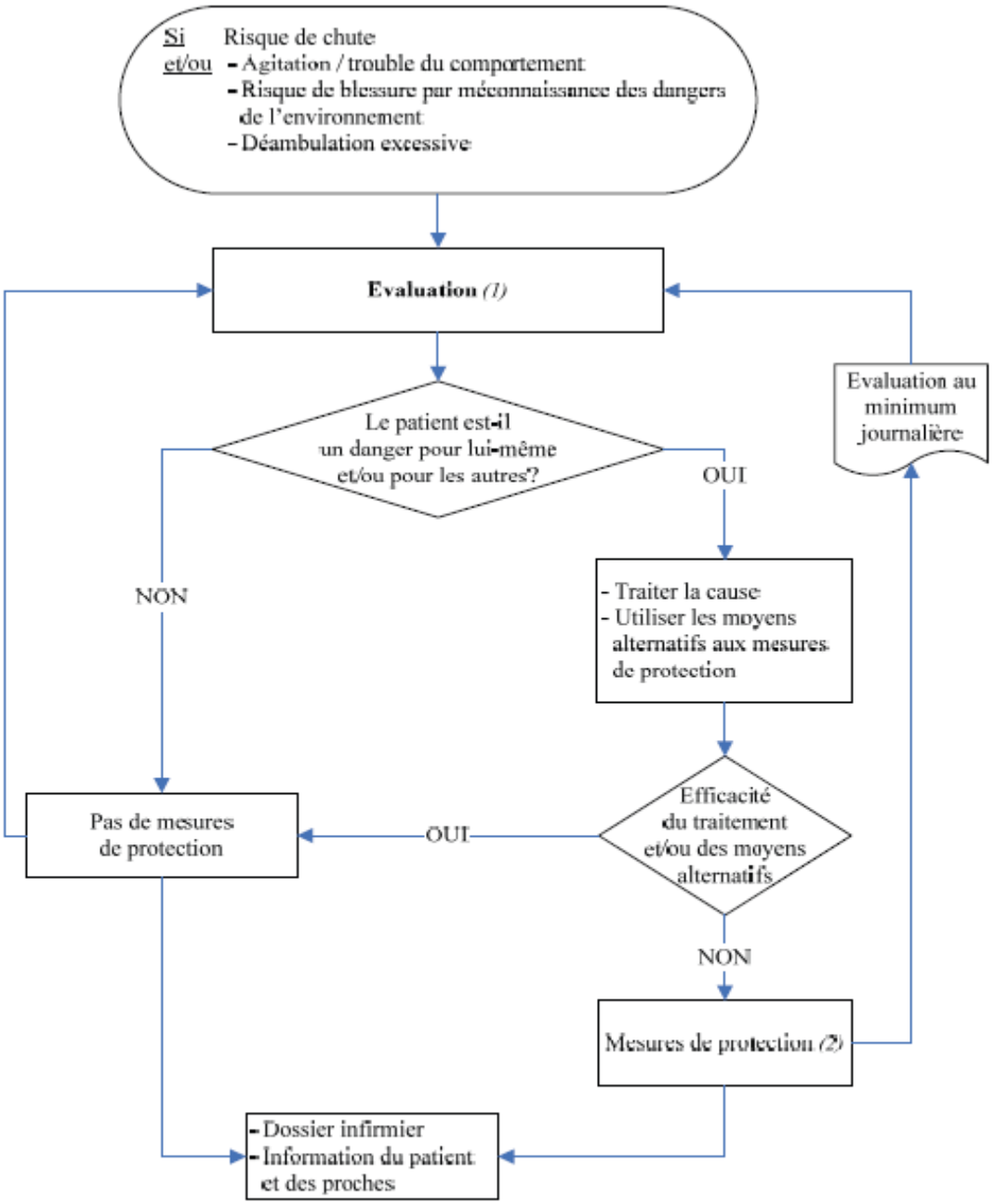
Guide *indicatif* des surveillances à programmer dans le plan de soins

Aspect physique	RISQUES	SURVEILLANCE / INTERVENTIONS
• Respiration	• Difficulté respiratoire par entrave • Encombrement pulmonaire	• Vérification de la ceinture • Surveillance de la respiration • Polypnée • Cyanose • Température
• Circulation	• Mauvaise circulation	• Surveillance des membres : gonflement, cyanose • Tension artérielle • Rythme cardiaque
• Téguments	• Lésions cutanées aux points d'appui des moyens de contention • Hématomes et contusions • Escarres par immobilisation	• Surveillance des points d'appui et/ou de compression (siège, talons, matériel de protection) • Surveillance de la peau • Mobilisation, surveillance cutanée
• Elimination urinaire et fécale	• Globe vésical • Incontinence urinaire et fécale accidentelle ou totale • Fécalome • Constipation	• Surveillance de l'élimination • Diurèse • Selles
• Hydratation et alimentation	• Déshydratation • Perte d'appétit • Perte de poids	• Sécheresse de la langue • Surveillance des téguments (sécheresse) • Diurèse • Poids • Vérifier les apports alimentaires et hydriques
• Mobilisation	• Diminution du tonus musculaire	• Mobilisation • Kiné

GHdC

| Reine Fabiola
CHARLEROI

Logigramme



(1) Evaluation multidisciplinaire (sur base des outils définis en 4.1.4. si indiqué)
(2) Evaluation au minimum journalière obligatoire du maintien des mesures de protection

SE RAPPORTER A LA PROCEDURE SAP-PO-06 MESURES DE PROTECTION PHYSIQUE

Date de DEBUT : ...../...../..... **Heure** : .....h.....min

Signature médicale | Signature infirmière (si urgence)

Date de FIN : ...../...../..... **Heure** : .....h.....min

Signature médicale | Signature infirmière

Patient :

Nom .....

Prénom .....

Site ..... Unité .....

Chambre ..... Lit .....

Ou **VIGNETTE**

Problème(s)

- Démence ☐
- Délirium ☐
- Hallucination ☐
- Confusion ☐
- Alzheimer ☐
- Patient désorienté dans le temps ☐
- Patient désorienté dans l'espace ☐
- Autre : .....
- Autre : .....

Indication(s)

- Risque de chute : ☐
- Risque de blessure par méconnaissance des dangers de l'environnement ☐
- Agitation / Trouble du comportement : ☐
- Déambulation excessive : ☐
- Autre : .....

Instruments de mesure / Echelles

***Attention** : une échelle doit être réalisée et présente dans le dossier infirmier*

☐ DOS-13	...../39	☐ TMM	...../20
☐ DOM	...../36	☐ SAS (1->7)	.....
☐ MMSE	...../30	☐ CAM	

☐ Autre : .....

!!! SI MESURE(S) DE PROTECTION 24H/24, NOTER EN HEURE DE DEBUT : 0H ET EN HEURE DE FIN : 23H59 !!!										
Mesure(s) de protection :	Date :.....		Date :.....		Date :.....		Date :.....		Date :.....	
	Heures :		Heures :		Heures :		Heures :		Heures :	
	début	fin	début	fin	début	fin	début	fin	début	fin
Barrières de lit										
Tablette de fauteuil										
Liens de poignet										
Liens de cheville										
Ceinture abdominale (lit / fauteuil)										
Mobilité réduite à la chambre / à l'unité										
Autre :										
Autre :										
Evaluation quotidienne de(s) mesure(s) de protection :	Efficace(s)		Efficace(s)		Efficace(s)		Efficace(s)		Efficace(s)	
	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐
Rapport quotidien de désorientation										
Patient désorienté dans le temps	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐
Patient désorienté dans l'espace	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐
PARAPHES quotidiens Médecin + Infirmier(e) :	Méd.	Inf.	Méd.	Inf.	Méd.	Inf.	Méd.	Inf.	Méd.	Inf.

Questions?

Merci pour votre attention