



La contention, parlons en!

Dr Anne Van de Vyvere

Introduction

Prendre soin ?



En gériatrie, la faute professionnelle est la grabatisation

- Définitions
- Un peu d'éthique
- La contention vue comme un acte thérapeutique?
- Rôle du médecin coordinateur

Définitions

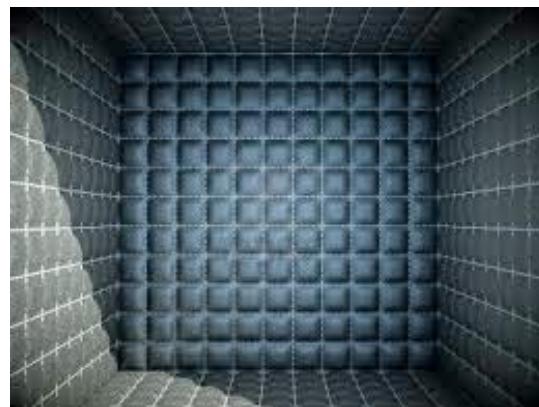
« La contention physique dite passive est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »

HAS

Définitions

➤ Types de contention physique

- ❖ limitation de mobilité
- ❖ limitation de liberté
- ❖ protections adjacentes au mobilier



- ❖ Protections « virtuelles » (bracelets, portiques, ..)

Contexte légal

- La convention des droits de l'homme
- La loi du 22 août 2002 : droits du patient
- La non-assistance à personne en danger
- La prescription médicale ?
- Les maisons de repos et de soins

La convention des droits de l'homme

La partie 5 de la convention européenne des droits de l'homme stipule :

« toute personne a droit à la liberté et à la sûreté »

La loi du 22 août 2002 : droits du patient

L'article 5, chapitre III précise

« 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 quelle distinction que aucune sorte ne soit faite »

La non-assistance à personne en danger

- Trouver le juste milieu entre :
 - ❖ le respect des droits et de la dignité du patient
 - ❖ la sauvegarde de son intégrité, ainsi que des personnes qui l'entourent

- Art. 422bis : Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 50 à 500 francs (à multiplier par 200) ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. »

La prescription médicale

- Acte infirmier réalisable sans prescription médicale (AR du 18 juin 1990)
- Le DI-RHM prévoit l'encodage de données
- La prescription médicale est néanmoins devenue indispensable à l'hôpital en pratique

Les maisons de repos et de soins

- Avis par le Conseil wallon du troisième âge le 18.10.2001
- Arrêté du Gouvernement Wallon du 07 octobre 2010
- Nombreuses procédures internes

Un peu d'éthique .

« La réflexion éthique n'est pas une élucubration philosophique pour quelques médecins friands de palabres, mais un code de bonnes pratiques à destination de nos patients »

J. Verdagainne, « Réflexion éthique sur l'écharnement thérapeutique chez les malades déments en institution gériatrique », Certificat « Autonomie, droit et soins du grand âge » , AP-HP

Un peu d'éthique .

➤ Bienveillance . non malaisance

- ❖ pas simplement le « *primum non nocere* » du serment d'Hippocrate

- ❖ >< normes actuelles
d'encaissement?

- ❖ faire du bien à son patient : la contention chez un patient qui déambule?



Un peu d'éthique..

Concept de « futility » :

- les traitements n'ont qu'une chance très mince d'être efficaces
- au delà de ce qui est médicalement raisonnable
- ne va pas dans le sens du bien du patient

➤ Autonomie

- ❖ laisser place aux capacités décisionnelles résiduelles
- ❖ discussion en équipe lorsque les décisions à prendre sont importantes (alimentation artificielle, intensification des traitements, contention...)
- ❖ conflit évident avec la contention!

Un peu d'éthique .

- Concept de vulnérabilité
- Patient incapable de s'exprimer,
doublement vulnérable.
- Apprendre à le comprendre au-delà de ses
troubles cognitifs et de ses problèmes de
communications

“ Ethique et vulnérabilité, Marc Berthel, Département de gériatrie, hôpital de la Robertsau, Strasbourg, espace-éthique-alzheimer.org

Un peu d'éthique

RESPECTER LA VOLONTÉ DES PATIENTS EN FIN DE VIE



Consentement du patient

- Acte médical => consentement du malade
 - le but = consensus médecin-malade (1)
- Informations sauf cas d'urgence ...
 - loi du 22 août 2002 - art.8 § 5 : notifier pourquoi consentement non requis
- Contention = sécurité?
 - explications au patient ou à la personne de confiance (famille)

(1) Cozon C, Nourhashémi F, Orvain J et al. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES. 2000;

Consentement du patient

➤ Si le patient est dément?

« Comme n'importe quel autre patient, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a le droit, après avoir été correctement informé, d'accepter ou de refuser l'intervention médicale qui lui est proposée »

- ❖ perte des capacités cognitives mais pas des capacités décisionnelles le concernant
- ❖ absence d'échelle d'évaluation
- ❖ personne de référence, mandataire

↗ Fondation Roi Baudouin : « Les droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ». Guide pratique

Consentement du patient



Un peu d'éthique .

➤ Justice

- ❖ répartition harmonieuse des richesses
- ❖ éviter de sombrer dans l'âgisme
- ❖ problèmes de la prolongation d'hospitalisations pour des raisons de manque de place en maisons de repos
→ autres patients gériatriques dans des services non adaptés ?

Ethique et gérontologie, P. Pfitzenmeyer, Centre de Champmaillot, CHRU Dijon, France.

Acte thérapeutique?

- Buts recherchés
- Prévention des blessures
 - ❖ motivation
 - ✓ comportement perturbateur
 - ✓ risque de chutes
 - ✓ association : patient dément à risque de chutes
 - ❖ résultats obtenus : majoration des chutes!
 - ✓ 17% versus 5% chez les « non attachés » en unité de long séjour
 - ✓ 25% pour 10% en service de revalidation
 - ✓ Diminution des chutes sans gravité

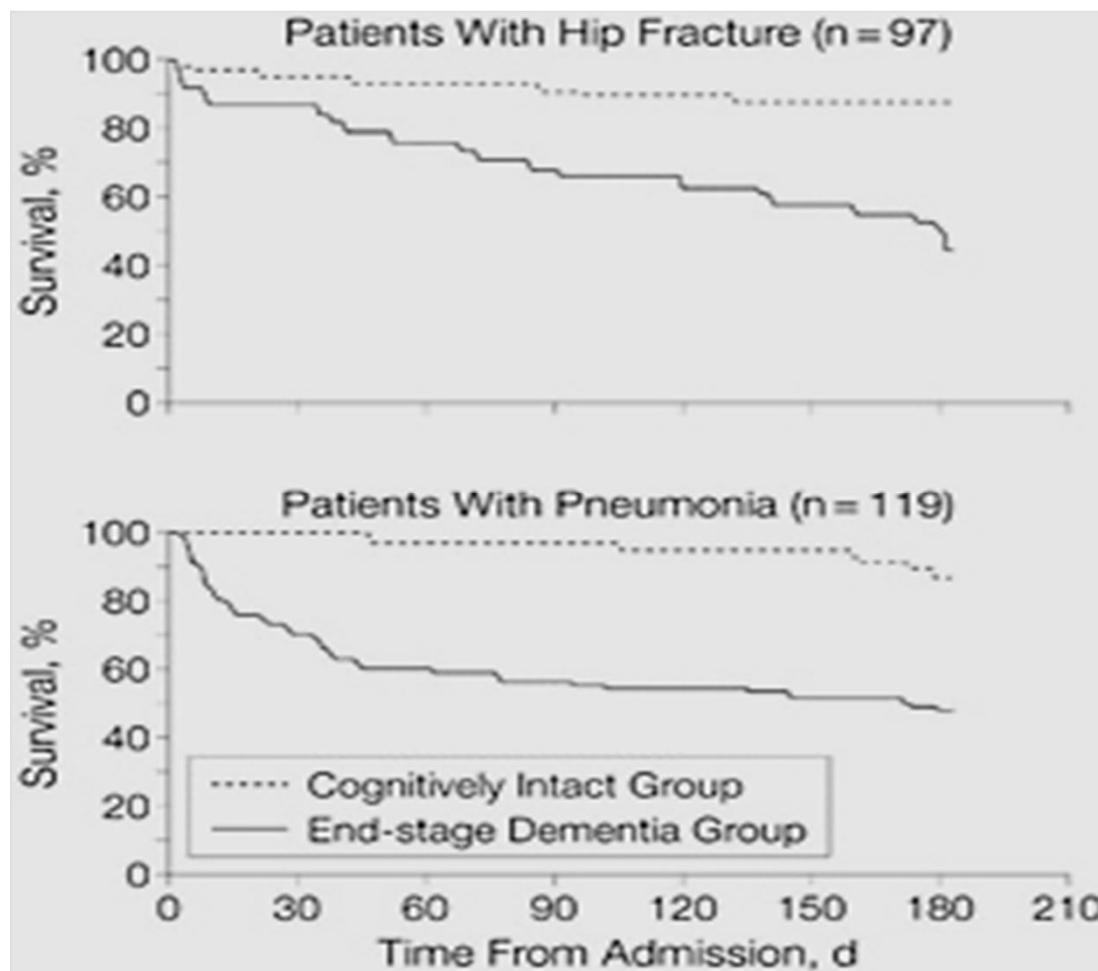
Cozon C, Nourhashémi F, Orvain j et al. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES. 2000

Acte thérapeutique?

➤ Poursuite d'un traitement

- ❖ motivation?
 - ✓ débat éthique sur la justification du traitement (alimentation en particulier)
 - ✓ alternatives
- ❖ buts recherchés : voir à court, moyen et long terme . (Futility?)

Acte thérapeutique?



Morrison RS, JAMA 2000; 284: 47-52 Figure

Le paradoxe de la contention

- Augmentation du nombre de chutes par le syndrome d'immobilisation
 - ❖ perte de la masse musculaire
 - ❖ troubles trophiques et escarres
 - ❖ perte d'appétit
 - ❖ confusion
 - ❖ risque d'infection nosocomiale

Nourhashemi F : « Contention : en dernier recours. » La Revue de Gériatrie, Tome 28, n°9 novembre 2003

Marks W. Physical restraints in the practice of medicine. Current concepts. Arch Intern Med. 1992 Nov;152(11):2203-6. Review

Le paradoxe de la contention

- Ne protège pas des poursuites judiciaires
- Quid du vécu du patient?
- Quid du vécu du soignant?

Rôle des médecins coordinateurs : alternatives à la contention

➤ Identification du problème

- ❖ Pathologies médicales réversibles
- ❖ Déficit sensoriel
- ❖ Problème médicamenteux
- ❖ Association chez les patients déments

Rôle des médecins coordinateurs : alternatives à la contention

➤ Recherche d'alternatives

- ❖ traitement de la cause
- ❖ mesures environnementales
- ❖ favoriser l'autonomie
- ❖ activités occupationnelles
- ❖ implications des familles
- ❖ formation du personnel

**TRAITEMENT
NON PHARMACOLOGIQUE**
*de la maladie d'Alzheimer
et des pathologies apparentées*

APPLICATION
AUX TROUBLES
DU COMPORTEMENT
EN EHPAD

Animation flash ...

**PREVENTION
INDIVIDUEL ou EN GROUPE
< 1 heure
Basé sur l'émotion attractive**

IMPORTANT

- *réaliser évaluation cognitive et thymique*
- **respecter identité de la personne**
- **penser convivialité**
- **activités variées et obtenir la + efficace**
- *stimulation sociale*



LIEU	DUREE	OBJECTIF
Chambre ou salle d'activité disponible (au calme).	15 minutes maximum déplacement compris.	Faire chuter les troubles du comportement en moins de 15 min.

A FAIRE

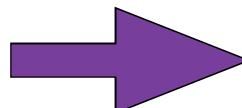
- Respecter.
- Entendre les émotions.
- Susciter.
- Faire parler...

A NE PAS FAIRE

- Imposer les animations.
- Mettre en échec les résidents.

- Prévoir une boîte à multiples tiroirs de rangement.
Un tiroir = une animation flash.
- Faire la liste des centres d'intérêt des résidents en les classant par ordre alphabétique (cf. histoires et habitudes de vie). Feuille à glisser dans le premier tiroir.

Troubles a.f. apaisement Troubles a.f. apaisement a.f.



ETUDE TNM en EPHAD

306 patients présentant une maladie d'Alzheimer ou patho apparentée et des troubles du comportement

Chiffres clé:

- 16 % de ces patients ont des troubles sévères
- Dans le groupe d'EHPAD ayant bénéficié de la formation, le nombre de trouble du comportement était réduit de 62 % à la fin des 2 mois de formation.
- Cette réduction persistait, puisqu'elle était encore de 47 %, 3 mois après l'arrêt de la formation
- La réduction était beaucoup moins importante dans le groupe n'ayant pas bénéficié de la formation (25 % de régression après 2 mois et 19 % 3 mois plus tard).

Procédure de contention

- Evaluation pluridisciplinaire : problème et but à atteindre
- Prescription médicale motivée et datée (sauf urgences) 1x/24H
- Dossier infirmier
- Matériel de contention
- Surveillance de la contention
- → PARADOXE .

Procédures de contention

- Formation du personnel
 - ❖ mise en place d'une procédure : réflexion obligatoire
 - ❖ recherche d'une étiologie
 - ❖ recherche d'alternatives
- diminution du nombre de contentions

CONCLUSION

- Communiquer !
- Respect de la loi et de l'éthique : autonomie du patient
- Concertation pluridisciplinaire - procédure écrite => qualité de prise en charge <> obligation de résultats

CONCLUSION

➤ Vivre est risqué. Nos patients continueront à tomber : la sécurité absolue n'existe pas,

« Vous n'échouez pas si vous ne parvenez pas à guérir, vous n'échouez que si vous ne parvenez pas à soigner »

Euthanasie et soins palliatifs : le modèle belge » Wim Distelman, ed La Muette

Procédures et contention physique

Physical restraint and procedure

A. Van de Vyvere et C. Dumont

Service de Gériatrie, Grand Hôpital de Charleroi, Montignies-sur-Sambre

Capture scientifique

RESUME

L'utilisation de la contention chez les personnes âgées se justifie souvent par la nécessité de prévenir les blessures secondaires aux chutes ou pour maîtriser l'agitation et les troubles du comportement. Cependant, de nombreuses études ont montré que la contention ne protège pas le patient, mais est au contraire à l'origine d'effets secondaires divers tels que l'augmentation des chutes, les escarres, la dépression, le sentiment d'humiliation et parfois même le décès. Il n'existe aucune preuve que la contention apporte un quelconque bénéfice au patient, en dehors de quelques situations bien précises. Cet article aborde la contention sous l'angle médico-légal et propose quelques pistes de réflexion pour une utilisation raisonnée, éthique dans la philosophie multidisciplinaire.

Rev Med Brux 2013 ; 34 :

ABSTRACT

The widespread practice of physical restraint of the elderly has used in most case in order to protect elders against injuries after falls or to manage behaviour agitation during delirium for example. However, " protect " isn't correct because of the adverse effects have been reported as falls increase, pressures sores, depression, aggression and death. In fact, efficacy of restraints for safeguarding patients from injury has not been demonstrated clinically. This paper reviews the current medico-legal knowledge regarding physical restraint use in this frail population and suggests some considerations about ethical practice and procedure evaluation.

Rev Med Brux 2013 ; 34 :

Key words : physical restraint, elderly, medico-legal