

FT2019-01

Date de parution :

Décembre 2019

Catégorie :

Spécialité

Toutes hors Psychiatrie

Filière

Médecine-Chirurgie-USLD-
SSR- EHPAD

Population

Adulte

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE THÉMATIQUE

Contention physique en milieu de soin (hors contexte psychiatrique)

Fiche thématique élaborée à partir des données de la littérature et d'expériences; mise à disposition dans un objectif pédagogique, ne se substituant pas aux recommandations et réglementations en vigueur.



Pourquoi ce thème ?

En 2000, l'ANAES a publié qu' 1/1000 décès en institution hors psychiatrie était lié à la contention physique.

En 2011, à partir de données recueillies sur 10 ans, l' AFSSAPS a relevé 20 cas d'étouffement en lien avec la contention dont 14 décès.

En 2016, un rapport d'enquête sur les pratiques de contention physique publiée par les Structures Régionales d'Appui à la Qualité et la Sécurité des patients rassemblées au sein de la FORAP a mis en évidence :

- une fréquence de recours à la contention élevée. En effet, sur un trimestre dans les établissements de soins en France, 33% des établissements interrogés y ont eu recours plus de 10 fois ; 54% de 1 à 10 fois et seulement 6% n'avaient pas eu recours à la contention.

- Selon les répondants, cette pratique reste une réponse face à de multiples situations en milieu de soins : prévenir le risque de chute (74,8%) ; en cas de troubles du comportement (59,8%) ; en cas d'agitation (61%) ; pour des patients violents (34,1%) ; pour faire face à des patients déambulant de manière excessive (22,4%) ; parfois à la demande de la personne soignée (9%) et pour sécuriser le transport du patient (3,8%).



Retour d'expérience d'une pratique de contention défaillante en service de médecine.

Une patiente septuagénaire, hospitalisée pour une tumeur cérébrale en stade avancé, est retrouvée sans vie lors du passage des soignants en milieu de nuit.

Elle est contenue par une ceinture magnétique au niveau abdominal. Son buste se situe dans la zone d'échappement du lit côté gauche. Le protège-barrière gauche est absent. Sa tête est contre le sol et présente des marbrures au visage. Ses jambes et ses pieds sont dans le lit. La tête de lit est levée à 90°. La poche de perfusion gît dans le lit.

Au delà de la cause immédiate repérée (défaut d'installation et d'utilisation du matériel de contention par les professionnels), l'analyse systémique de cet événement met en évidence des facteurs contributifs à plusieurs niveaux :

- La patiente présentait des troubles cognitifs avec agitation.
- La contention et les bonnes pratiques associées étaient devenues banales pour les professionnels et l'encadrement.
- Des défauts d'évaluation et de traçabilité du risque de chute et de la surveillance de la contention ont été identifiés.
- Un mésusage du matériel de contention est repéré. Ce matériel est aussi incomplet, insuffisant et usagé.
- La documentation institutionnelle relative aux bonnes pratiques de contention physique est obsolète (rédaction supérieure à 10 ans, sans mise à jour) et indisponible dans l'unité. Il n'existe pas de programme de formation relatif à la contention dans l'établissement.

Retour d'expérience de l'utilisation non conforme d'une ceinture de contention en service de chirurgie

Une patiente octogénaire, hospitalisée pour traitement chirurgical d'un cancer de la vessie, est retrouvée décédée en position assise au bord du lit, entre les 2 barrières de sécurité. Elle est contenue avec une ceinture de contention abdominale sans maintien pelvien.

La cause immédiate identifiée est l'utilisation non conforme d'une ceinture de contention abdominale. L'analyse systémique de l'événement met en évidence plusieurs facteurs contributifs :

- La patiente présentait un état confusionnel avec agitation.
- L'évaluation du maintien de la contention a été insuffisante.
- La procédure de contention communiquée aux professionnels n'a pas été prise en compte.
- Les ceintures abdominales de contention mises à disposition par l'institution dans l'unité ne comportent pas de maintien pelvien.
- Les recommandations de l'ANSM n'ont pas été suivies lors de l'achat de ce type de matériel.

ENSEIGNEMENTS ISSUS DES EXPÉRIENCES DE PRISE EN SOINS



Comment mettre en place une contention de manière sécuritaire pour les personnes soignées ?

Patient :

Le patient est acteur dans les soins : La RECHERCHE DE SON CONSENTEMENT EST PRIMORDIALE. L'information du patient et ses proches sur l'indication du recours (ou du non recours) à la contention physique, des moyens et matériels utilisés, la durée prévisible et la surveillance clinique prévue en facilite l'acceptation et le bénéfice. L'attention de chaque soignant au vécu du patient contenu, à chaque moment de soin, acte cette recherche TOUT AU LONG de la durée de la contention.

Tâches à accomplir :

La RECHERCHES DE TOUTES LES ALTERNATIVES POSSIBLES est un PRÉALABLE INDISPENSABLE A LA CONTENTION PHYSIQUE :

- Traitement des causes médicales : douleur, médicaments, hypotension orthostatique, pathologie cardiovasculaire, anémie, hypoglycémie, déshydratation, incontinences, rétention aigüe d'urine ; troubles du sommeil, dépression, anxiété, maladie de Parkinson et autres démences, troubles sensoriels (visuels ou auditifs).

-Adaptation de l'environnement : la sonnette du patient lui est toujours accessible,

o lit : placer le lit contre le mur, position basse, bloquer les roues, matelas de gymnastique au sol, housse de sécurité sur les barrières, pas de demi-barrière

o fauteuil : disposer le fauteuil à l'endroit souhaité par le patient, bloquer les roues, retirer les repose-pieds, installer confortablement le patient, adapter l'inclinaison du fauteuil pour faciliter le passage debout, adapter les accoudoirs pour la prise d'appui, installer les effets personnels du patient près de lui, dégager l'espace devant le fauteuil pour les transferts

o déplacements : enlever tout équipement inutile et les roulettes des meubles fixes (adaptable, table de nuit, ...), barres d'appui sur les trajets de déambulation et les toilettes, éclairage suffisant, sièges à disposition dans les couloirs . - Le bon chaussage est aussi important pour sécuriser les déplacements.

o service : dispositifs anti-fugue sur le patient et/ou aux issues du service, éclairage au sol, espaces de déambulation sécurisés, diminuer les stimuli auditifs, éviter la proximité de personnes au comportement perturbateur

-Accompagnement du patient : il est important d'aider le patient à comprendre son environnement en lui présentant le service et le rythme des activités. La mise en place de repères imagés directionnels des lieux et barrières visuelles sont des aides efficaces. La proposition d'actions personnalisées , au r regard de ce qu'il aime diminue les risques d'agitation et de déambulation :incitation à la marche et à l'autonomie, aides techniques au déplacement, activités occupationnelles.

Un programme de surveillance prescrit et tracé concrétise cette préoccupation.

Pour favoriser l'identification précoce des risques associés son contenu précise : Une levée de la contention toute les 2h pour mobilisation ; une surveillance physique : fonction respiratoire, hydratation, état cutané, continence ; une surveillance psycho-environnementale par une écoute active et un contact relationnel avec le patient : recherche de sentiments de peur et/ou d'humiliation, de signes de dépression, propositions d'activités récréatives. Quotidiennement, cette mesure de contention fera l'objet d'une réévaluation d'équipe.

Individu (soignant) :

Un élément clé de la prise en soins : une POSTURE CALME ET RASSURANTE DES SOIGNANTS .

Equipe :

LA RÉFLEXION COLLÉGIALE PLURIDISCIPLINAIRE AVANT TOUT RECOURS A LA CONTENTION PHYSIQUE permet de mettre en exergue les fragilités propres au patient, synthétiser les échecs des alternatives mises en place, les solutions envisagées, leurs risques, et le programme de surveillance prévu du patient contenu. Sa traçabilité dans le dossier du patient est l'affaire de tous.

Au niveau médical par une prescription de décision de contention, écrite la plus courte possible, comprenant idéalement :

- date, identification du prescripteur, signature
- motifs de la contention
- durée prévisible la plus courte possible, limitée initialement à 24 h
- risques à prévoir
- programme de surveillance
- matériel à utiliser

Au niveau de chaque soignant, sur la TOTALITÉ DU PARCOURS DE CONTENTION.- citer les alternatives mise en place, les réflexions pluridisciplinaires, les contentions mises en place, leur surveillance,, réévaluation, arrêt)

Les risques associés seront toujours présents . Une DÉCLARATION ET ANALYSE SYSTÉMATIQUE DE TOUT ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE EN LIEN AVEC LE RECOURS A LA CONTENTION permet le partage d'expérience et l'amélioration continue des pratiques.

Environnement de travail :

Un FONDAMENTAL : PRÉVOIR DU MATÉRIEL DE CONTENTION ADAPTE. qui répond aux recommandations de l'ANSM :

- Stocké selon les conditions prévues par le fabricant
- Complet et en bon état
- Adapté à la taille du patient
- Utilisé selon l'usage et les consignes prévues par le fabricant. Aucun détournement d'usage ne doit être envisagé
- Doté d'un système de fermeture inaccessible au patient et comprenant si possible un maintien pelvien
- Installé en laissant les sangles libres (ne pas enrouler les sangles trop longues)

Lors d'une contention au lit :

- Utilisation de barrières hautes et entières avec housses de sécurité
- Utilisation de ceintures abdominales avec sangles latérales de sécurité
- Fixation du dispositif aux parties du lit qui bougent avec le patient
- Réglage du lit en position basse et blocage des fonctions d'articulation du lit
- Surélever le buste du patient
- Attention aux matelas à air motorisés (risque de compressions)

Lors d'une contention au fauteuil :

- Rachis lombaire du patient appliqué contre le fauteuil
- Inclinaison du dossier du fauteuil en arrière
- Réglage des repose-pieds
- Utilisation de dispositifs complémentaires anti-glissement

Organisation / management :

UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE POUR LES CAS COMPLEXES permet d'éviter l'impasse thérapeutique. Dans les cas de reconduction de la contention sans issue satisfaisante pour le patient, l'établissement peut prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le sujet dans le but d'aider les équipes à clarifier la situation et à trouver des alternatives.

Contexte institutionnel :

La RÉDUCTION DE L'USAGE DE LA CONTENTION PHYSIQUE passe par une volonté affichée de l'institution. Cette volonté traduite par une politique institutionnelles est partagée sur l'ensemble de l'établissement dans un document accessible à tous soignants. La mesure du taux de recours, un suivi des EIAS liés à la contention physique et un programme d'évaluation des pratiques maintient cette politique dans le temps.

Cette politique sera soutenue par la mise en place d'un programme pluriannuel de formations continues SUR LA CONTENTION PHYSIQUE EN MILIEU DE SOINS. Ces formations sont personnalisable au contexte l'établissement et au matériel utilisé en interne. Un dispositif d'informations régulières du personnel soignant sur les risques et la surveillance de la contention physique, le bon usage du matériel complètent favorablement ce programme.

Une politique des achats soucieuse des recommandations de L'ANSM sécurise l'utilisation du matériel de contention.



LA CONTENTION PHYSIQUE UN ACTE DE SOIN REFLECHI EN EQUIPE, PRATIQUE AVEC QUALITE ET RESPECT

La pratique de la contention physique en établissement de soins pose un dilemme éthique entre le respect des libertés fondamentales humaines et la recherche de la meilleure sécurité des prises en soins. De l'institution à l'agent de service, chacun a une place dans l'attention qu'il porte à cet acte de soin. C'est dans la concertation, le partage et l'écoute que les décisions de mise en place, de poursuite et d'arrêt de contention partagés entre équipe et patient verront leur efficacité apparaître et les risques diminuer.



Références

- 1. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). Campagne inter-régionale eFORAP 2016 - Contention et Isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux - Rapport inter-régional. Pessac; décembre 2017
- 2. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2012;307(20):2177-84.
- 3. Derval C. Élaboration et validation d'un outil d'aide à la décision pour l'application des contentions physiques aux soins intensifs [Mémoire en sciences infirmières]. Montréal; 2010
- 4. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007546.pub2/full/fr>
- 5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée. Paris; octobre 2000. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
- 6. Van de Vyvere A, Dumont C. Procédures et contention physique. Rev Med Brux. 2013;34(4):368-75
- 7. Haute Autorité de santé. Rapport de l'expérimentation nationale - Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. Paris; juin 2006. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/cppa_-_rapport_final_.pdf
- 8. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique. Paris; février 2011. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6ee58bcae15bb58b1d52a72a43fde6ff.pdf