

La contention physique passive (CCP)

**Expérience de
l'unité cognitivo-comportementale
Pôle de Gériatrie, CHU de POITIERS**

**I.Merlet-Chicoine, O.Debouverie, A.Baudrier, B.Sury, M.Paccalin
SGOC POITIERS 20 juin 2009**

Définition

- **Limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap**
- **rééducative**
- **passive**
 - matériels de contention
 - gilets, sangles, bat-flancs, ceintures, attaches de poignées et chevilles, sièges avec adaptables fixés
 - dans un objectif sécuritaire si comportement estimé dangereux ou mal adapté (**ANAES 2000, HAS 2006**)

Qualification légale

« Seulement pour empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle, et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. »

Facteurs augmentant le risque d'utilisation de la contention

■ Facteurs liés aux patients:

- grand âge
- déficit cognitif
- perte d'autonomie
- marche instable
- agitation
- comportements perturbateurs
 - errance et fugue
 - opposition aux soins
 - fracture de la hanche

■ Facteurs liés aux établissements de santé:

- non-application des procédures
 - manque d'effectif
 - formation insuffisante
- environnement physique inadéquat

■ Facteurs liés aux soignants:

- croyances // efficacité contention
 - sécurité > liberté
 - peur des représailles
- intolérance aux comportements perturbateurs
- difficulté à gérer l'incertitude et besoin de « contrôle »

■ Facteurs liés aux proches:

- méconnaissance du problème
 - besoin de sécurité

enquête

■ Objectifs :

- Recenser et analyser les prescriptions de contention après séance de formation
- Juger de leur conformité

■ Méthode

- Équipe soignante d'un secteur de 15 lits
- Admissions consécutives
- Entre octobre à décembre 2008
- Conformité
 - Prescription écrite
 - Suivi par grille d'évaluation de Charles-Foix

Résultats (1)

- **50 patients inclus**
 - 28 atteints de syndrome démentiel
 - 12 MA, 6 DV ou mixte, 3 DFT, 3 DCL

- **43 sans contention (21 avec démence)**
- **7 patients avec une contention diurne (14%)**
 - 1 seule fois dans 4 cas

- **Groupes comparables**
 - âge $82,7 \pm 2,9$ vs $81,3 \pm 1$ ans
 - statut cognitif MMS $12,3 \pm 0,5$ vs $15,8 \pm 7,7$.

Résultats (2)

- **Raisons explicitées pour la contention :**
 - **troubles psycho-comportementaux :**
 - **agitation (6/7)**
 - **déambulation (4/7)**
 - **tentatives de fugue (3/7)**
 - **acte de violence (3/7).**
- **Patients avec contention**
 - **Score GIR à l'admission plus altéré**
 - **2,1 ± 0,2 vs 3,4 ± 0,2 (p<0,05)**
 - **Durée d'hospitalisation plus longue**
 - **58 ± 20,7 jours vs 24,7 ± 3,2 (p=0,005).**
- **Prescription de contention écrite conforme (100%)**
- **Surveillance (grille de Charles-Foix) non conforme (1/7)**

Conclusion (1)

- **Cette étude a montré :**
 - **la prévalence diurne des contentions physiques dans notre unité: 14%**
 - **Le besoin d'améliorer le suivi des prescriptions**
- **Nécessité de s'adapter aux troubles induits par les démences et d'intégrer une démarche décisionnelle ⇒ limiter la prévalence de la contention**
 - **Principe de précaution ou droit au risque?**
 - **Principe d'autonomie et de non-malfaisance**

Conclusion (2)

- **charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante:** conserver la liberté de se déplacer et de profiter de son autonomie même au prix d'un certain risque
- **garant éthique:**
Savoir/savoir-faire/savoir-être de l'équipe soignante

risque de chute
agitation
déambulation excessive



EVALUATION: chercher une raison à ce trouble
environnementale? Somatique? Iatrogène?



Ce trouble est-il dangereux pour le sujet ou pour les autres?

NON



ne pas utiliser
la contention

OUI



INTERVENTIONS:

traiter la cause et tenter des alternatives à la contention:
physiques, occupationnelles, psychologiques, environnementales



OUI



Efficacité des
moyens d'intervention

NON



contention

Bibliographie

- ANAES – Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risque de contention physique de la personne âgée; octobre 2000.
- ANAES – les recommandations de la conférence de consensus. Liberté d’aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité; 11 janvier 2005.
- HAS - Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée; juin 2006.
- Fromage B. et al. Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque. NPG 2003; 3:30-32.
- Dumas V. et al. Intérêt d’une prise en charge spécifique pour limiter l’usage de la contention en gériatrie. Risques et qualité. 2008,vol 5,3:158-164.
- Fromage B. et al. Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque. NPG 2003; 3:30-32.