




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ÉTUDE ORIGINALE

La contention physique passive : une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire

Physical restraint: A survey of prevalence in an acute care teaching hospital



Carole Menier^{a,*}, Blasinda Rodriguez^{b,2},
Jean-Michel Lassaunière^{c,3}, Agnès Langlade^{a,4},
Aicha Stambouli^{d,5}, le groupe pluridisciplinaire de
réflexion sur la contention physique du CHU Tenon^d

^a EMDSP, département d'anesthésie/réanimation du Pr-Francis-Bonnet, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^c CSP Hôtel-Dieu, AP-HP, 1, place du parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France

^d Hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

Reçu le 22 octobre 2009 ; accepté le 2 mars 2010

Disponible sur Internet le 28 avril 2010

MOTS CLÉS

Contention physique passive ;
Enquête de prévalence ;
Droits et information des patients

Résumé La contention physique passive représente un véritable dilemme pour les soignants partagés entre l'obligation de protéger le patient et celle de respecter sa liberté individuelle. La contention est une pratique de soin à risques dont les complications sont souvent sous-estimées. Elle exige une prescription médicale et requiert l'attention conjuguée de tous les acteurs du soin, pour sa mise en place, sa surveillance et sa levée. Dans les faits, ce soin est souvent laissé à la seule estimation des personnels paramédicaux.

Méthode. – Nous avons conduit une enquête de prévalence un jour donné dans tous les services d'hospitalisation de plus de 24 heures.

Objectif. – Évaluer la pratique de la contention dans un hôpital de soins aigus, établir un profil des patients contenus et déterminer les conditions de mise en place du soin.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : carole.menier@tnn.aphp.fr (C. Menier).

¹ Infirmière.

² Cadre supérieur expert en soins.

³ Praticien hospitalier, responsable du CSP.

⁴ Décédée le 10 mars 2010, praticien hospitalier, responsable EMDSP.

⁵ Cadre supérieur médicotéchnique.

KEYWORDS

Physical restraint;
Prevalence survey;
Patients' rights and
information

Résultats. — Une prévalence de 15% (0 à 73%), avec 77 patients contenus sur les 501 présents; des facteurs favorisant: l'âge, (87% des patients contenus avaient plus de 60 ans); la confusion, (citée 30 fois pour 77 patients contenus); la perte d'autonomie physique et/ou psychique; l'usage de psychotropes pour la moitié des contenus; un contexte d'urgence pour 91% de la population ciblée; une absence de prescription médicale: deux prescriptions pour 77 patients contenus; la rareté d'une discussion interdisciplinaire préalable; les barrières de lit, comme le dispositif le plus utilisé; la crainte de chute comme premier motif de la contention; une trace écrite de la surveillance du patient contenu dans un quart des dossiers seulement; une information, uniquement orale, du patient contenu et de ses proches dans six cas sur dix.

Discussion. — Les résultats, en cohérence avec les données de la littérature gériatrique, montrent la très faible pénétration des recommandations de bonnes pratiques cliniques sur ce sujet dans les services de soins généraux (MCO/PSY).

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Background. — Passive physical restraint is a real dilemma for medical and nursing staff shared between the bond to protect the patient and the duty to respect his personal freedom. Physical restraint is also a practice of care, at risk; complications for the restricted person are indeed underestimated. It requires a prescription and the combined attention of all healthcare providers, for carrying out and on, watching over and stopping. In fact, this care is inaccurately left with the only assessment of nurses.

Method. — We led a survey of prevalence a day given in all more than 24 hours wards of hospitalization. The objectives of our study were to measure prevalence of the practice in an acute care teaching hospital, determine a profile of restrained patients and conditions of carrying out.

Results. — Prevalence rate was 15% (0 to 73%), (77 patients over 501); risk factors were old age, 87% of the restrained patients were more than 60-year-old, confusion, 30 times quoted for 77 patients, loss of physical and/or psychic autonomy, psychotropic medications for half of the people concerned, emergency context for 91%; a lack of medical involvement: two prescriptions for 77 contained patients; interdisciplinary discussion was rare; fear of fall as first motive for restraint and side rails were the main device, watching over found in a quarter of files only; oral information of restrained patients and their families in six cases on 10.

Discussion. — Results are coherent with previous data geriatric literature. Moreover, they point out the common use of physical restraint in acute care wards and the very weak penetration of the recommendations of good clinical practice concerning this issue.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Notre travail transversal d'équipe mobile de soins palliatifs d'un hôpital de soins aigus nous permet de constater empiriquement que la mise en place d'une contention physique concerne une population plus large que celle, connue, des personnes âgées. Jeunes ou âgées, des personnes en fin de vie, confuses voire agitées, sont parfois placées sous contention physique. De prime abord, ces situations, comme les autres, ont suscité chez nous un malaise et un terrible sentiment d'impuissance tant la pratique semble incompatible avec les valeurs prônées par les soins palliatifs. La contention physique pose question. Une position dogmatique qui mettrait ce soin au ban du prendre soin ne pourrait répondre aux attentes des soignés, de leurs familles et à celles des soignants. Ce travail de recherche nous a permis de dépasser notre sentiment d'indignation pour contribuer à une dynamique de réflexion collective dans notre établissement. Nous visons ainsi une amélioration de la pratique, particulièrement dans les situations palliatives et non pas sa simple condamnation sans appel.

Pour la clarté de notre propos, il convient de distinguer plusieurs types de contention physique: nous n'évoquons pas ici la contention physique posturale laquelle consiste à maintenir une partie du corps dans une certaine position (à l'aide d'un plâtre, d'une attelle), ni le travail du kinésithérapeute. Dans ces deux acceptions, les visées sont strictement thérapeutiques et/ou rééducatives et il existe des indications médicales. Notre recherche a porté sur l'usage de la contention physique passive lequel confronte à des enjeux de gestion des risques.

De fait, les justifications invoquées pour sa mise en place s'articulent autour de trois axes sécuritaires: la protection du patient contenu, la préservation de l'entourage, la sécurité du personnel soignant et celle de l'institution [1]. Pourtant, il n'existe aucune indication validée de la contention physique passive (ni aucune contre-indication) [2].

Du point de vue des modalités pratiques, la contention physique passive requiert un matériel spécifique selon les recommandations officielles:

- au fauteuil: ceintures de maintien abdominales ou pelviennes, vestes, gilets, harnais;

- au lit : sangles et ceintures abdominales, barrières de lit ;
- le matériel « tout terrain » : les moyens de contention des membres supérieurs ou inférieurs tels les sangles, les bracelets, les atèles ou les moufles voire le bracelet électronique pour les patients qui déambulent.

Mention doit être faite du matériel et des moyens non spécifiques : il s'agit principalement de matériels détournés de leur usage (pansements américains, bandes servant à confectionner des attaches aux poignets et aux chevilles, matériel de lit, vêtements, tables de repas bloquées devant le fauteuil du patient, profondeur de l'assise du fauteuil interdisant tout retour à la position debout sans aide, pied à sérum surchargé au regard des possibilités de traction de la personne...).

La contention physique passive interpelle tous les soignants. En premier lieu, parce qu'elle est une pratique de soin à risques : elle peut aggraver la situation clinique de patients déjà vulnérables en augmentant le risque d'accident, en majorant la survenue de complications liées à l'immobilité, de par son retentissement psychique sur la personne soignée et ses proches. L'institution elle-même subit le préjudice de contentions mal menées en termes d'allongement de la Durée moyenne de séjour (DMS) et de risques de plaintes [3].

Un travail de réflexion préliminaire nous a conduit à considérer la contention physique passive comme un soin parfois indispensable malgré la source potentielle de danger qu'il représente. Nous avons aussi relevé combien l'exigence de sécurité requiert l'attention conjuguée des personnels médicaux et paramédicaux pour la mise en place de ce soin, sa surveillance et l'évaluation de son rapport bénéfice/risque pour le patient contenu. Cette réflexion a abouti à une enquête de prévalence sur la contention physique passive des patients hospitalisés.

Matériels et méthode

Définition de la pratique

Nous avons retenu la définition de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) laquelle caractérise la contention physique passive comme « 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'obtenir de la sécurité pour une personne (...) qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté » [2]. Cette définition inclut les barrières de lit et tous les moyens non spécifiques.

Soutiens institutionnels

L'enquête de prévalence a reçu le soutien de la Direction des soins et l'Équipe de l'unité mobile douleur et soins palliatifs (EMDSP), puis a été placée sous l'égide du Comité de lutte contre la douleur (CLUD). Ses résultats ont fait l'objet d'une présentation aux experts visiteurs de l'Haute Autorité de santé (HAS) dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles soignantes.

Objectifs

Notre objectif principal était d'estimer la prévalence de la contention physique passive « un jour donné ». Nous voulions aussi établir un profil du patient concerné par la contention, déterminer les conditions préalables à sa mise en place (prescription médicale, information, sécurité des soins...) et recenser les moyens, spécifiques ou non, mis en œuvre.

L'outil et le mode de recueil des données

Un questionnaire a été construit à partir des recommandations émises par l'Anaes en 2002 pour l'élaboration d'un audit clinique appliqué au thème « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ». Il était identique pour tous les services de l'hôpital et comprenait deux volets. Une fiche identifiait le service, précisait sa capacité d'accueil, le nombre de patients présents depuis la veille, le nombre de patients contenus, l'existence ou pas d'une procédure écrite sur la contention physique dans le service. Une plage invitait l'auditeur à un commentaire libre. Une autre fiche établissait un relevé d'informations concernant chaque patient contenu. Ce volet recueillait ses caractéristiques : identité anonymisée, date de naissance, sexe, motif d'hospitalisation, hospitalisation en urgence ou programmée, principales pathologies. Les conditions de mise en place de la contention étaient ensuite relevées : mode de contention utilisé, période de contention (le jour et/ou la nuit), date de début de l'épisode de contention, existence d'une discussion pluridisciplinaire préalable, application éventuelle d'un protocole, contexte d'urgence, motif, existence d'une prescription médicale et conformité aux recommandations en termes de durée, de matériel, de surveillance prescrite, traçabilité de la surveillance du patient contenu, installation préservant l'intimité, existence d'activités occupationnelles, information au patient et à sa famille et traçabilité de cette information, existence d'une prescription de médicaments psychotropes et classes de médicaments utilisés.

Le groupe des 23 auditeurs comprenait des professionnels issus de tous les services de soins. Les informations ont été recueillies par des auditeurs externes au service visité auprès des soignants référents. Les sources d'information pouvaient être selon la question, le dossier soin ou l'entretien avec les soignants.

Le champ de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur l'ensemble des secteurs d'hospitalisation de plus de 24 heures.

À titre d'éclairage, selon les chiffres publiés, en 2006, la capacité d'accueil de l'établissement était de 589 lits ouverts pour les hospitalisations de plus de 24 heures. La répartition des lits par discipline et par service peut être consultée dans les Tableaux 1 et 2.

Tous les patients âgés de plus de 18 ans étaient concernés par l'enquête.

Nous avons analysé les résultats issus du recueil des données de 34 unités d'hospitalisation. La capacité totale d'accueil le jour de l'enquête était de 558 lits. Cinq cent un patients étaient présents lors du passage des auditeurs le 11 mars 2008 et la nuit précédente.

Tableau 1 Capacité totale d'accueil en nombre de lits de plus de 24 heures et répartition par spécialités en 2006.*Total capacity of reception in number of beds of more than 24 hours and distribution by specialities in 2006.*

Médecine et médecine spécialisée	327
Chirurgie et spécialités chirurgicales	142
Gynécologie et obstétrique	88
Psychiatrie	10
Néonatalogie	10
Urgences	12
Capacité totale d'accueil	589

Résultats

La prévalence de la contention physique passive

Soixante-dix-sept patients étaient contenus pendant la journée du 11 mars 2008 et/ou pendant la nuit précédente sur les 501 personnes présentes.

Le taux de prévalence de la contention physique sur notre hôpital était de 15%.

La prévalence la plus élevée concernait la Zone d'hospitalisation de très courte durée (ZHTCD) avec huit

patients contenus sur les 11 patients présents, soit un taux de 73%. Par ordre décroissant, suivaient ensuite les services de réanimation avec cinq patients contenus sur huit présents en réanimation chirurgicale et sept sur 12 en réanimation médicale soit respectivement, des taux de prévalence de 63% et de 58%. Parallèlement, l'Urgence néphrologiques et transplantation rénale (UNTR) (cinq sur 19) et l'Unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) (un sur 9) affichent des prévalences moins importantes, respectivement, 26% et 11%. Les services de médecine comptaient 17 cas de contention pour 36 patients présents soit une prévalence de 47%; la gériatrie aiguë cinq sur 14, soit 36%; la neurologie, six sur 28; les secteurs d'hospitalisation conventionnelle de néphrologie sept sur 34 soit 21% pour les deux.

Les taux de prévalence les plus faibles concernaient les services accueillant des patients cancéreux (six sur 47, 13%) et celui des maladies infectieuses, (trois sur 25, 12%).

Dans 16 services (sur les 34 audités), nous n'avons relevé aucun cas de contention. Cette absence de contention était particulièrement remarquable en psychiatrie, en gynécologie-obstétrique et en secteurs d'hospitalisation conventionnelle de pneumologie.

Le profil des patients contenus

L'âge

Les résultats globaux montre que les patients âgés de plus de 60 ans représentaient 87% de la population des personnes contenues.

Tableau 2 Le regroupement en pôles de l'hôpital Tenon, AP-HP : liste des unités d'hospitalisation choisies pour l'audit et nombre de lits ouverts le 11 mars 2008, total 558 lits.
The grouping in poles of the Tenon Hospital, AP-HP: units of hospitalization chosen for the survey and number of beds available on March 11th 2008, total 558 beds.

UMT	Lits	IMOD	Lits	UNIMED	Lits	GYNORESP	Lits	TVAR	Lits
Médecine	26	Unité greffe de moëlle	5	Néphrologie	7	Chir gynéco	28	Réa chir.	8
Médecine	10	Oncologie médicale	22	Néphrologie	9	Obstétrique	19	ORL	12
Neurologie	30	Radiothérapie	13	Néphrologie	20	Obstétrique	20	ORL	21
Psychiatrie	10	Radiothérapie	12	Infectiologie = MIT	15	Grossesses à haut risque	22	Chir. thoracique	19
Gériatrie aiguë	14	Hépatogastro-entérologie	14	MIT	13			Réa/postréa pneumologique	14
ZHTCD	12	Chir. digestive	28	UNTR	21			Pneumologie	13
				Urologie	13			Pneumologie	11
				Urologie	22			Pneumologie	10
								Cardio	32
								USIC	9
								Allergo-dermatologie	4
Total lits	102		94		120		89		153

UMT : urgences, médecine, tête ; IMOD : imagerie médicale, oncologie, digestif ; UNIMED : urologie, néphrologie, infectiologie, médecine ; GYNORESP : gynécologie, obstétrique, reproduction, santé publique ; TVAR : thorax, voies aériennes, allergo-dermatologie, anesthésie-réanimation. Les chiffres en gras correspondent au nombre de lits pour chaque service.

La moyenne d'âge des patients contenus se situait autour de 73 ans.

Le plus fort pourcentage de patients contenus était atteint dans la population des personnes dont l'âge se situait entre 80 et 89 ans avec 32 % des patients contenus.

Le sexe

La proportion parmi les patients contenus était de 40 hommes pour 37 femmes.

Le délai de mise en place de la contention depuis la date d'entrée et le mode d'hospitalisation

La contention concernait 70 hospitalisations en urgence pour sept programmées, soit 91 % des patients contenus. Il nous a semblé pertinent de rapprocher ces résultats avec ceux du délai moyen de mise en place de la contention. Ce délai était constamment inférieur à un jour d'hospitalisation.

Les pathologies principales et les motifs d'hospitalisation

Les patients contenus présentaient principalement des pathologies cardiovasculaires (dont l'hypertension artérielle citée 14 fois), neurologiques (dont les accidents vasculaires cérébraux, neuf déclarations dont huit démences), uro-néphrologiques (dont l'insuffisance rénale citée 17 fois) et cancéreuses (citées 21 fois).

Vingt pour cent des déclarations montrent que l'admission était en lien avec une altération de l'état général laquelle touchait 34 % des patients contenus ($n=26$). Les affections respiratoires représentaient 18 % des motifs d'hospitalisation cités. Trente et un pour cent des patients contenus ($n=24$) étaient hospitalisés du fait d'une pathologie respiratoire. Quinze pour cent des motifs d'hospitalisation déclarés concernaient des troubles neurologiques. Vingt-cinq pour cent ($n=19$) des patients contenus ont été admis au motif d'une pathologie neurologique.

Les motifs déclarés de mise en place de la contention

La crainte de chute représentait le premier motif de contention (44%) avec 72 déclarations sur 164.

Elle concernait 94 % des 77 patients contenus. La confusion et l'agitation, respectivement, cités 30 fois (18 %) et 22 fois (13 %) étaient les deux autres motifs de contention les plus souvent rencontrés.

La confusion était un motif de placement sous contention pour 39% des patients contenus et l'agitation pour 29% d'entre eux.

Pour 7 % des déclarations ($n=12$), il s'agissait de prévenir l'arrachage de matériel médical (16 % des patients contenus

concernés). L'agressivité ne représentait que 4 % des motifs cités pour la mise en place d'une contention physique.

Les modes de contention déclarés

Les types de contentions ne s'excluaient pas: un même patient pouvait se voir contenu par différents moyens simultanément ou à des moments différents au cours de sa journée d'hospitalisation. Les résultats montrent que les gilets, les sangles et les ceintures (moyens spécifiques) n'étaient pas utilisés le jour de l'enquête.

Les barrières de lit constituaient le mode de contention le plus utilisé sur notre hôpital puisqu'il concernait 57 patients le jour et 75 la nuit sur les 77 contenus soit respectivement, 73 % et 87 % des contentions relevées.

Les attaches de poignets concernaient sept patients durant la journée, tous hospitalisés en pneumologie dans le secteur de réanimation. La nuit, trois autres personnes avaient été contenues de cette façon. Huit patients avaient été contenus avec des moyens non spécifiques. Le linge de lit concernait quatre patients, le mobilier, utilisé lors des mises au fauteuil, quatre autres personnes.

Les conditions de mise en place de la contention physique

L'existence d'une procédure concernant la contention physique passive

Six unités d'hospitalisation sur 34 disposaient d'une procédure concernant la contention physique passive. Il s'agissait du protocole élaboré par le service de psychiatrie lequel concerne les personnes agitées et violentes. Aucune autre procédure n'existait sur l'hôpital. Aucun des cas de contention ne s'était appuyé sur le protocole disponible.

Le mode de mise en place de la contention et l'existence d'une discussion pluridisciplinaire préalable

Le contexte de l'urgence (confusion à la phase d'état, agitation) était évoqué dans près d'un quart des cas de contention (26 %). En médecine, un cas sur 17 relevait d'une urgence.

À l'échelle de l'hôpital, l'intérêt d'une contention avait été discutée dans un cas sur cinq (21 %).

L'existence d'une prescription médicale de la contention physique

Sur les 77 patients contenus le jour de l'enquête, deux personnes bénéficiaient d'une prescription médicale de leur contention soit moins de 3 % des cas.

La trace écrite de la surveillance paramédicale du patient contenu

La surveillance de l'élimination était tracée dans 22 cas sur les 77 patients contenus, celle de l'état de conscience 21 fois, celle de l'état cutané, 20 fois. Un quart des dossiers contenait la trace écrite d'une surveillance adaptée à la situation du patient contenu. Aucun dossier ne présentait une fiche de suivi spécifique.

Le respect de l'intimité du patient

L'intimité des patients contenus était respectée dans la quasi-totalité des cas.

L'existence d'activités occupationnelles

Moins d'un quart des patients contenus bénéficiaient d'activités occupationnelles. Ces activités comprenaient la visite des proches, la télévision (payante), la conversation avec les soignants, la lecture de journaux et/ou livres, l'écoute de la radio ou de musique...

L'information du patient contenu et de sa famille

Vingt-sept patients contenus sur les 77 et 30 familles n'avaient reçu aucune information sur la mise en place de la contention. Soixante-cinq pour cent des patients ($n=50$) et 61% ($n=47$) des familles avaient été informés oralement de la mise en place de la contention. Trois dossiers mentionnaient que cette information avait été faite soit 4% des cas.

L'existence d'une prescription concomitante de médicament(s) psychotrope(s)

Près de la moitié des patients contenus recevaient un traitement par des médicaments psychotropes (34 personnes concernées sur les 77 contenues soit 44%). Plusieurs classes de médicaments pouvaient être administrées chez un même patient. Les prescriptions comprenaient des anxiolytiques dans plus de la moitié des cas (18 prescriptions concernées sur 34 soit 53%). Les hypnotiques et les neuroleptiques sont cités respectivement, dix et 11 fois.

Discussion

Les limites et les biais de l'enquête

L'annonce de la semaine de l'enquête faite aux cadres de proximité et aux cadres supérieurs est un biais indiscutable. Cette communication était cependant une condition indispensable à la possibilité de réalisation de l'audit sur notre établissement.

Les moyens humains réunis ne nous ont pas permis un relevé des données sur une journée d'hospitalisation complète : trois passages des auditeurs, sur la plage de temps de travail de chaque équipe (jour, garde, nuit) auraient été nécessaires. Ainsi, les résultats concernant la

pratique de la contention la nuit s'appuient sur les déclarations des soignants référents de jour. On ne peut exclure que des contentions aient été placées la nuit et ôtées avant l'arrivée de l'équipe de jour.

La prévalence

Dans les services hospitaliers de court séjour, la prévalence des contentions est estimée entre 7% [4] et 17% [5,6] ce qui place notre établissement dans la fourchette haute des résultats obtenus par d'autres études. Il faut noter cependant que certaines études montrent des résultats nettement inférieurs. Lofgren et al. [7] mesurent ainsi une prévalence à 6% en services de court séjour. Mais la possibilité de comparaison avec les résultats de notre enquête est limitée par la définition de la contention retenue : nous avons fait le choix d'inclure les barrières de lit parmi les moyens de contention ce qui n'est pas le cas de l'étude que nous citons.

Le profil des patients contenus

L'âge avancé

L'âge était le principal facteur favorisant la mise en place de la contention. Lofgren et al. retrouvent une moyenne d'âge de 75,4 ans parmi la population des patients contenus [7]. Les chiffres de l'enquête rejoignent les données de la littérature : les sujets âgés ont trois fois plus de risques que les sujets jeunes d'être attachés ou placés entre des barrières (2, p. 12).

La survenue d'un syndrome confusionnel

La prédominance de la confusion comme facteur de mise en place d'une contention physique passive nous a particulièrement interpellés sur la gestion de ce symptôme dans notre établissement. Associée à l'altération de l'état cognitif et du jugement, l'HAS cite la confusion comme l'un des principaux « facteurs de vulnérabilité augmentant les dangers de la contention et d'évolution vers un état grabataire » (2, p. 16). Notre établissement est un centre de référence dans la prise en charge médicale et chirurgicale du cancer. Or la prévalence de la confusion mentale en oncologie varie de 8% à 40% et peut aller jusqu'à 85% chez les patients en phase terminale [8]. L'utilisation systématique des tests de détection des signes prodromiques d'un syndrome confusionnel améliorerait son diagnostic [9]. Des actions médicales et paramédicales seraient alors entreprises pour éviter le recours à la contention.

La sévérité des pathologies, la perte d'autonomie

Fregley et Mion suggèrent une probable relation entre la sévérité de la maladie et l'utilisation des contentions physiques [4]. Une autre étude montre que les taux de morbidité et de mortalité des patients contenus sont supérieurs à ceux des autres patients, non contenus [10]. L'HAS retient pour sa part que la pathologie cardiovasculaire, l'hypotension orthostatique et le déficit sensoriel sont entre autres causes de contention (2, p. 15).

L'administration concomitante de médicaments psychotropes

Le jour de l'enquête, près de la moitié des patients contenus avaient une prescription de médicament(s) psychotropes. L'HAS retient ces traitements comme une cause possible de mise sous contention au côté des diurétiques et des antihypertenseurs (2, p. 15). Contention physique passive et contention chimique ne semble pas s'exclure mais bien plutôt s'intriquer sur notre hôpital. Les résultats de notre étude ne nous permettent malheureusement pas de tirer des conclusions sur le niveau de perte de vigilance induite par les traitements psychotropes ni sur le moment de leur prescription (antérieur, simultané ou postérieur à la mise en place de la contention physique). Nous n'avons pas évalué ces aspects chez les patients contenus. Mais une étude concernant les patients hospitalisés en unités de soins palliatifs nous apporte un éclairage. Il apparaît que « la sédation est probablement ou certainement en partie iatrogène dans 63% des cas. Dans 31% des cas, la sédation est un effet secondaire non souhaité des traitements (...), elle n'est pas recherchée dans 73% des cas, le patient étant considéré comme trop sédaté. Parmi les 51% de cas de sédation médicalement induite, elle est effectivement recherchée dans 19% » [11]. Nous pourrions émettre l'hypothèse d'un cercle vicieux touchant aux effets indésirables des traitements psychotropes : ils imposent parfois, dans un souci de sécurisation du patient, la mise en place d'un système de contention. Mais ces dispositifs sont parfois eux-mêmes pourvoyeurs d'inconfort ou de complications somatiques ou psychiques imposant la majoration des traitements psychotropes, parfois jusqu'à la mise en place d'une sédation. Parallèlement, l'étude de Powell et al. [12] montre que la politique de réduction de la contention physique dans un service de gériatrie s'est assortie d'une diminution de 40% de l'emploi des moyens chimiques de contention (soit les psychotropes autres que les hypnotiques et les antidépresseurs dans cette étude).

Une spécificité des services de réanimation : l'utilisation systématique des attaches de poignets

Selon le commentaire des auditeurs, lesquels rapportent la justification orale des soignants référents, il s'agit d'une pratique admise bien que non protocolée (commune à l'ensemble des réanimations de l'hôpital). Elle vise la protection du patient et des dispositifs médicaux dont il est porteur lors des levées de sédation.

Ainsi, au regard des résultats de l'enquête et des éclairages portés par leur confrontation aux données de la littérature, la perte d'autonomie, liée à la maladie grave ou iatrogène, est un facteur prépondérant de la mise sous contention physique dans notre établissement, quel que soit l'âge des patients.

La nécessité d'une mise en conformité avec les référentiels de bonne pratique

Cette enquête fait apparaître la non-conformité par rapport aux normes énoncées par l'Anaes. En particulier, il n'existait pas de procédure validée (2, p. 25).

L'information du patient et de sa famille

L'Anaes présente un exemple de livret d'information à remettre aux patients et à leurs familles (2, p. 31–33). Au-delà des chiffres présentés, nous nous interrogeons sur la qualité de l'information dispensée auprès des patients contenus. La contention physique est un acte de soin. À ce titre, elle doit être consentie par la personne comme le réclame l'article L.1111-4 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La possibilité « d'un consentement libre et éclairé » est une gageure pour nombre de patients contenus dont les facultés cognitives sont altérées de façon permanente ou aiguë et les dispositions de la loi ne prennent pas en considération le cas de ces patients. Ce problème pourrait trouver une forme de résolution dans le droit de désigner « une personne de confiance ». Mais ici encore, la question demeure ouverte pour les personnes confuses voire démentes. En outre, la loi ne soulève pas le problème des personnes rendues vulnérables par ce moment de crise que représente une hospitalisation. Subissant une éventuelle pression psychologique, elle acquiescent « parfois à contre cœur avec une phrase fataliste fréquente telle que : « s'il me les faut, mettez-les » ou bien : « si l'on fait ainsi ici, faites-le ». [13].

La responsabilité médicale

Le critère 1 du *Référentiel de pratique pour la contention* énonce ainsi que « la contention [doit être] réalisée sur prescription médicale » et ajoute qu'elle doit être « motivée dans le dossier du patient » (2, p. 20). L'enquête fait apparaître la rareté d'une implication médicale dans la décision de contention sur notre hôpital. Le critère 2 indique que « la prescription [doit être] faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire » (2, p. 20). Au regard des résultats de notre enquête, le contexte de l'urgence, à l'admission ou au cours de l'hospitalisation apparaît comme un élément majeur de la décision contention. Les chiffres rendent compte, à notre avis, de la confusion entre urgence et précipitation. Pour les auteurs du rapport de l'Anaes, en effet, « la décision de contention se fonde plus sur une impression de la présence d'un risque que sur une évaluation précise de ce risque » (2, p. 12). De plus, l'enquête indique qu'à l'arrivée du patient, les facteurs de risques d'accident sont estimés par l'équipe paramédicale seule. Une estimation en équipe interdisciplinaire est rare. Nous en concluons que l'absence d'un temps de réflexion suffisant et en équipe sur les risques réels du patient participe à un usage non motivé de la contention. Ces observations nous invitent à « plaider » en faveur d'une évaluation interdisciplinaire rigoureuse et au cas par cas.

Une périlleuse obligation de sécurité

Les soignants et l'institution ont une obligation légale et morale de sécurité à l'égard du patient. Ils ont aussi le devoir de respecter les principes de la Charte des personnes âgées dépendantes, notamment en son article III : « Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société » [14].

Les termes « contention » et « protection » dans la littérature française sont entourés d'un certain flou sémantique. Les résultats de notre enquête nous invitent aussi à la réflexion autour de cette ambiguïté. Comme le souligne Jean-Michel Longneaux, sur le plan juridique, la situation des soignants est paradoxale : « un patient pourrait (...)

poursuivre un médecin pour lui avoir imposé une contention sans son consentement, mais également pour avoir mis sa santé en danger parce qu'il n'a pas utilisé de moyen de contention (dont on supposera qu'il aurait permis d'éviter une chute). Bref, le soignant peut être poursuivi pour en avoir fait trop ou pas assez. » [15]. Cela posé, en cas de litige, en l'absence de législation spécifique sur la contention, le juge s'appuie sur trois axes principaux : les conditions générales de sécurité, le caractère prévisible ou non de l'événement, l'interprétation des circonstances de l'événement (1, p. 2–3). Nathalie Lelièvre, juriste spécialisée en droit de la santé, évoque la polémique qui a suivi l'introduction du principe de précaution dans le droit médical. Ce principe est appliqué à « certaines situations caractérisées à la fois par de fortes incertitudes

Tableau 3 Synthèse des résultats de l'enquête de prévalence sur la contention physique.
Summary of the results of the survey of prevalence on physical restraint.

Indicateurs	Résultats de l'enquête	Références et recommandations
Prévalence	Hôpital 15%, gynécologie 0, urgences 73 %	7,4 % à 17 % dans les hôpitaux de court séjour
Âge	Tranche d'âge la plus représentée, les 80–89 ans, 87 % > 60 ans, moyenne 73 ans	Les sujets âgés ont 3 fois plus de risques d'être attachés (Anaes) Moyenne d'âge à 75,4 ans pour Lofgren et al. [7]
Dépendance physique et/ou psychique	Sévérité des pathologies et perte d'autonomie Administration de médicaments psychotropes (44 %)	Relation sévérité de la maladie et utilisation de contentions physiques ; morbidité et mortalité des patients contenus supérieures à celles des non contenus [4] Causes de placement sous contention physique comme les diurétiques et les antihypertenseurs (Anaes)
Prescription médicale, Pluridisciplinarité	2 prescriptions pour 77 patients contenus, 1 cas sur 5 discuté en équipe	Immobiliser au lit ou au fauteuil : une décision médicale, éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe (Anaes)
Information	Orale dans 6 cas sur 10	Information loyale du patient et des proches, trace écrite, livret d'information préconisé (Anaes)
Contexte d'urgence	91 % des contenus, mise en place \leq 1 jour	Impression de risques, pas d'évaluation rigoureuse (Anaes)
Moyens	Barrières de lit (8 cas sur 10), attaches de poignets en réanimation (7 cas sur 12)	Ridelles comprises dispositifs de protection, elles « sont à utiliser avec réserve et sous prescription » (Afssaps, 2006) [19]
Motifs	Crainte de chute, confusion 30 fois citée pour 77 contenus	Prévalence de la confusion mentale en oncologie de 8 % à 40 % voire 85 % chez les patients en phase terminale [8]
Surveillance	Un quart des dossiers, non spécifique	Rôle propre infirmier

(risque de chute en l'espèce) et des dommages éventuellement graves et irréversibles (conséquences de la chute) » [16]. L'auteur rappelle que la prudence ne s'impose qu'à l'égard des risques connus. Elle s'interroge donc la pertinence d'attacher une personne pour « éviter un risque dont on n'est pas certain qu'il va se réaliser ».

Un sentiment de sécurité prévaut lors de la mise en place d'un dispositif de contention.

Il ne devrait cependant pas résister aux arguments portés par les résultats d'études menées en maisons de retraite. L'HAS cite Tinetti en 1992 lequel montre que « les chutes sont plus fréquentes chez les sujets soumis à la contention (17% contre 5%) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention » (2, p. 12). L'article de Capezuti et al. paru en 1998 montre pour sa part que la levée des contentions physiques ne conduit pas à un accroissement du nombre de chutes ou de blessures liées aux chutes en milieu gériatrique [17]. En 2002, une autre étude des mêmes auteurs montre que l'usage des barrières de lit ne réduit de façon significative ni la probabilité de chutes, ni les blessures sévères liées aux chutes [18].

La responsabilité paramédicale

Dans le décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004, la contention physique du patient ne fait l'objet que d'un alinéa succinct. L'article R.4311-6 attire en revanche plus notre attention. Il concerne la spécificité de la prise en charge dans le domaine de la santé mentale. Le texte parle de « la surveillance des personnes en chambre d'isolement ». Le texte souligne l'importance d'une surveillance régulière du patient placé sous contention pour évaluer les bénéfices et/ou les risques de cet acte de soin. Le critère 3 du *Référentiel de pratique pour la contention* (2, p. 19) indique qu'« une surveillance [doit être] programmée et retranscrite dans le dossier du patient ». La surveillance comprend la prévention des risques liés à l'immobilisation, les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique. Les paramètres de surveillance du patient contenu retenus par l'HAS relèvent donc du rôle propre de l'infirmier(ère). Mais les risques inhérents au placement d'une personne sous contention physique plaident pour l'établissement d'un document de suivi spécifique.

Cette étude nous a permis de produire un état des lieux de la pratique de la contention physique passive sur notre établissement. L'enquête présente des limites mais nous disposons à présent d'un matériel suffisant pour proposer des pistes de travail en vue d'une amélioration de la qualité du soin de contention.

Conclusion

En 2000, l'Anaes publiait ses recommandations sur la contention physique passive. Le propos des experts n'était pas tant celui de condamner sans appel une pratique répandue que de susciter des efforts d'amélioration sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

C'est dans cet esprit que nous avons entrepris ce travail de recherche.

Huit ans après la diffusion du texte, il nous faut constater la faible pénétration des recommandations dans la pratique des services de notre établissement de soins généraux. Les conclusions de l'enquête rejoignent en effet pour une large part les données de la littérature sur le sujet, comme en témoigne le **Tableau 3**. Malgré les réticences qu'elle suscite, la contention physique n'en est pas moins un soin incontournable dans certaines situations. Mais des conditions de sécurité doivent être réunies pour éviter des conséquences préjudiciables pour le patient, sa famille mais aussi pour la société en termes de coût moral et social.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Bernard MF, Boulé F, Larrouture A, Malaquin-Pavan E. Contention et non-contention, mesurer les risques potentiels (1/3). *Soins* 2001;18–9, n° 656.
- [2] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, 2000 (Le guide est accessible sur le site de l'HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.447526/contention-physique-de-la-personne-agee>).
- [3] Carrue MH. La contention physique passive : enquête dans un hôpital gériatrique, prévalence, questionnaire des soignants. Thèse pour le Doctorat en Médecine;2004. p. 12–20.
- [4] Frengley JD, Mion LC. Incidence of physical restraints on acute medical wards. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:565–8.
- [5] Robbins LR, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital I. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:290–6.
- [6] Marks W. Physical restraints in the practice of medicine current concepts. *Arch Intern Med* 1992;152:2203–6, cité par l'HAS.
- [7] Lofgren RP, MacPherson DS, Granieri R, Myllenbeck S, Sprafka JM. Mechanical restraints on the medical ward: are protective devices safe? *AJPH* 1989;79:735–8.
- [8] Reich M, Lassaunière JM. Prise en charge de la confusion mentale (delirium) en soins palliatifs : l'exemple du cancer. *Masson; Med Pal* 2003;22:55–71.
- [9] Guihard N, Stéfani L, Villard M-L, Mousseau M. Dépistage du syndrome confusionnel en soins palliatifs : étude prospective à l'aide de l'échelle du Nursing Delirium screening scale (NDESC) au CHU de Grenoble. *Masson; Med Pal*(2008) 7, 121–9.
- [10] Mion LC, Frengley JD, Jakovcic CA, Marino JA. A further exploration of the use of physical restraints in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:949–56.
- [11] Lassaunière JM. Sédation en fin de vie : état des pratiques en unités de soins palliatifs française. *Médecine Palliative*, 1. Masson; 2002. p. 15–8, n° C1.
- [12] Powell C, Mitchell-Pedersen L, Fingerote E, Edmond L. Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. *CMAJ* 1989;141:561–4.
- [13] Pradine B. Association Daniel Goutaine, Albi Gériatrie « Un drame encore tabou : les contentions », dernière mise à jour le 4 décembre 2007 site consulté le 21 janvier 08 sur <http://www.members.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html>.

- [14] Fondation nationale de gérontologie, charte de droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, version révisée 2007, <http://www.fng.fr/html/droit.liberte/charte.integral.htm>.
- [15] Longneaux JM. « Éditorial », in *Ethica Clinica*, « La contention », n° 34, juin 4, p. 2–3.
- [16] Lelièvre N. Sécurité du patient et contention, dossier consulté le 16/10/07 disponible sur le site [infirmiers.com](http://www.infirmiers.com), <http://www.infirmiers.com/doss/securite-contention.php>.
- [17] Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G, School of Nursing, university of Pennsylvania, États-Unis. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol* 1998;53. Abstract.
- [18] Capezuti E, Maislin G, Strumpf NE, Evans LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J AM Geriatr Soc* 2002;50:90–6.
- [19] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, le groupe de travail d'expert piloté par Lecointre H., Mise au Point, Bonne utilisation des barrières de lit, janvier 2006.