

Aspects cliniques des mesures restrictives de liberté

Pr Koen Milisen

Centrum voor Ziekenhuis- en verplegingswetenschap, K.U.Leuven

et

Dienst Geriatrie, UZ Leuven

Définition de la contention physique

- méthode de manipulation (appliquée manuellement ou mécaniquement), matériel ou équipement sur ou à proximité du corps d'une personne
- ayant pour objectif délibéré que la personne ne puisse pas l'enlever elle-même
- et qui limite la liberté de mouvements

(Retsas, 1998)

Exemples

- Attaches de poignets et de chevilles
- Sangles
- Gilets
- Draps
- Chaussures
- Fauteuil roulant ou siège pouvant basculer en arrière avec éventuellement des ceintures de sécurité adaptées et/ou une tablette
- Sac de couchage (sac de couchage de nuit)
- Barres latérales de lit
- ...

Autres formes de restriction de la liberté (outre la contention physique)

- Contention chimique
 - Sédatifs, antipsychotiques, ...
- Surveillance électronique
- Maintien sous contrainte durant un examen médical ou des soins

(Kirkevold & Engedal, 2004a)

Isolement

- Ensemble des mesures prises en vue de placer un patient dans une chambre d'isolement prévue à cet effet
- Avec contention ou non
- Si l'intégrité physique et psychique de la personne est menacée et qu'il n'y a aucune alternative thérapeutique disponible

(MPG, 1996)

Epidémiologie contention physique

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

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

Epidémiologie contention physique

- **Maisons de repos: 49%**
 - 90% contention continue pendant plus de 3 mois

(Hamers et al., 2004)

Epidémiologie contention physique

- **Etude menée auprès des responsables de soins dans 145 maisons de repos flamandes et 41 hôpitaux flamands**

– Prévalence estimée au cours de la semaine écoulée

Contention	MR	H
0% à 29%:	61,3%	65,0%
30% à 59%:	26,0%	10,0%
> 60%:	7,3%	2,5%
Aucune idée:	5,3%	25,0%
% trop élevé	/	33,3%

(Milisen, Talloen, Lodewijckx, Evers et Gastmans, 2002 et 2003)

Epidémiologie Structure psychiatrique

Keski-Valkama et al. 2009. Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide postal survey study in Finland

Table 1 Distribution of age, gender, diagnosis and phase of hospital stay among all psychiatric inpatients ($n = 28,064$) during the study weeks in 1990, 1991, 1994, 1998 and 2004, and proportion (% with 95% CI) of the restrained/secluded (R/S) ($n = 617$) in each sub-group

	1990			1991			1994			1998			2004			Total		
	All	R/S	(95% CI)	All	R/S	(95% CI)	All	R/S	(95% CI)	All	R/S	(95% CI)	All	R/S	(95% CI)	All	R/S	(95% CI)
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
Age (years)																		
18-29	972	3.8	(2.8-5.2)	1,109	3.2	(2.4-4.5)	1,115	3.2	(2.3-4.4)	1,025	1.8	(1.1-2.8)	1,146	1.8	(1.2-2.8)	5,367	2.8	(2.4-3.2)
30-39	1,686	2.8	(2.1-3.7)	1,595	2.9	(2.2-3.9)	1,486	2.6	(1.9-3.5)	1,321	1.9	(1.3-2.8)	988	2.1	(1.4-3.2)	7,089	2.5	(2.2-2.9)
40-49	1,674	2.4	(1.8-3.2)	1,552	2.4	(1.7-3.3)	1,789	2.6	(2.0-3.5)	1,471	1.4	(0.9-2.2)	1,176	1.5	(1.0-2.4)	7,663	2.1	(1.8-2.5)
50-64	2,085	1.5	(1.1-2.2)	1,847	0.8	(0.5-1.3)	1,395	1.6	(1.1-2.5)	1,349	2.0	(1.4-2.9)	1,269	2.5	(1.8-3.5)	7,945	1.6	(1.4-1.9)
Gender																		
Male	3,741	2.4	(1.9-2.9)	3,544	2.2	(1.7-2.7)	3,385	2.4	(2.0-3.0)	2,944	1.5	(1.1-2.0)	2,497	2.2	(1.7-2.9)	16,111	2.2	(1.9-2.4)
Female	2,676	2.5	(2.0-3.2)	2,559	2.2	(1.7-2.9)	2,400	2.6	(2.0-3.3)	2,226	2.1	(1.6-2.8)	2,092	1.7	(1.3-2.4)	11,953	2.3	(2.0-2.5)
Diagnosis																		
Schizophrenia	4,457	2.5	(2.1-3.0)	4,256	2.4	(2.0-2.9)	3,911	2.9	(2.4-3.4)	3,323	1.9	(1.5-2.5)	2,760	2.0	(1.6-2.6)	18,707	2.4	(2.2-2.6)
Substance use	198	8.6	(5.4-13.3)	190	4.2	(2.2-8.1)	240	6.2	(3.8-10.1)	275	2.9	(1.5-5.6)	269	6.7	(4.3-10.3)	1,172	5.6	(4.5-7.1)
Mood disorder	592	1.7	(0.9-3.1)	670	2.1	(1.3-3.5)	874	1.0	(0.5-2.0)	937	1.3	(0.7-2.2)	1,081	1.1	(0.6-1.9)	4,154	1.4	(1.1-1.8)
Other	981	1.7	(1.1-2.8)	822	1.2	(0.7-2.2)	661	1.2	(0.6-2.4)	617	1.1	(0.6-2.3)	465	1.3	(0.6-2.8)	3,546	1.4	(1.0-1.8)
Phase of hospital stay																		
Acute	251	13.5	(9.9-18.3)	322	11.5	(8.5-15.4)	437	11.2	(8.6-14.5)	421	7.4	(5.3-10.3)	433	9.2	(6.9-12.3)	1,863	10.3	(9.0-11.7)
Sub-acute	2,342	1.2	(0.9-1.8)	2,454	1.4	(1.1-2.8)	2,680	1.8	(1.3-2.3)	2,703	1.2	(0.9-1.7)	2,599	1.2	(0.9-1.7)	12,778	1.4	(1.2-1.6)
Chronic	3,824	2.4	(2.0-3.0)	3,327	1.9	(1.5-2.4)	2,668	1.8	(1.4-2.4)	2,047	1.3	(0.9-1.9)	1,557	1.3	(0.9-2.1)	13,423	1.9	(1.7-2.1)
Total	6,417	2.4	(2.1-2.8)	6,103	2.2	(1.9-2.6)	5,785	2.5	(2.1-2.9)	5,170	1.8	(1.4-2.2)	4,589	2.0	(1.6-2.5)	28,064	2.2	(2.0-2.4)

Length of hospital stay prior to the index restraint/seclusion episode or at the end of the study week: acute (0-4 days), sub-acute (5-90 days), chronic (over 90 days)

Facteurs de risque

● Liés au patient

– Groupe à risque : personnes âgées avec

- Limitations fonctionnelles
- Dépendance physique accrue
- Problèmes de mobilité
- Troubles cognitifs
- Troubles du comportement
- Anamnèse de chutes

(Strumpf et al., 1998)

Facteurs de risque

- **Non liés au patient**
 - Architectural
 - Effectif réduit ?
 - Craintes de poursuites judiciaires
 - Personnel
 - attitude négative et/ou paternaliste
 - attitude routinière
 - méconnaissance des conséquences négatives et des alternatives
 - capacité limitée de faire face à un comportement problématique

(Hamers et al., 2009; Koch et al., 2007; Wagner et al., 2007)

Contention physique uniquement en dernier recours

- **La contention n'est pas efficace pour**
 - la prévention des chutes
 - le traitement de l'agitation
 - La contention peut augmenter l'agitation
- **La contention n'est pas exempte de risques**

(Capezutti 2004; Castle & Mor, 1998; Gallinagh et al., 2001; Healy et al., 2008; Hignett & Griffiths, 2005; Parker & Miles 1997)

Risques de blessures et d'accidents

- **Risque accru de blessures si la personne fait une chute**
 - p.ex. se glisser au-dessus des barres de lit
- **Risque de graves lésions cutanées si la personne tente de s'extraire de la contention**
 - lésions au poignets et aux chevilles, escarres de décubitus et lésions cutanées, en étant attaché aux barres de lit, ...
- **Risque d'accident mortel**
 - par exemple par étouffement

Immobilisation par contention de longue durée et/ou inadéquate

- **Perte de masse musculaire et donc perte de mobilité et de stabilité, entraînant un risque accru de chutes**
- **Risque de déshydratation**
- **Risque d'incontinence**
- **Risque d'escarres de décubitus**
- **Risque de constipation**

Souffrance psychique

- Un sentiment de sécurité et de stabilité pour certaines personnes âgées
- Généralement un sentiment de restriction de liberté sans vraiment en comprendre la raison
 - peut augmenter l'anxiété, l'agressivité et/ou aggraver la dépression
- Obstacle aux contacts sociaux et isolement social

Conséquences de l'isolement

- Perception négative des mesures de contrainte par le patient
 - utilisation en fonction de la manifestation de force et de la nécessité de contrôle
 - Informations insuffisantes concernant
 - les raisons de l'isolement
 - la durée de l'isolement
 - la conduite à avoir pour mettre fin à l'isolement
 - le manque de communication renforce souvent les sentiments de solitude, d'exclusion sociale et d'abandon
- Déprivation sensorielle
 - ennui, agitation, irritation et changement d'humeur
 - attention accrue pour les bruits, difficulté à évaluer le temps, modèles de comportement dysfonctionnel et sentiment de perte de contrôle

(Allen, 2000; Meehan et al., 2000; Meehan et al., 2004; Holmes et al., 2004)

Conséquences de l'isolement

- L'isolement forcé a une valeur thérapeutique limitée
 - cela a tout au plus un effet positif au sens où cela permet de maîtriser une situation qui, sans intervention, aurait entraîné de sérieux dommages
 - cela ne permet pas de supprimer les risques inhérents au trouble
- L'isolement perturbe le processus thérapeutique ainsi que la relation thérapeutique; cela ne contribue pas au rétablissement du patient.

(Abma et al., 2005; Haimowitz et al., 2006; Huckshorn, 2004; Meehan et al., 2004; Noorthoorn et al., 2008)

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; **37**: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

- **Résultats**
 - 24 articles; 9 concernant les H, 9 concernant les MRS et 6 concernant les deux types de structure
 - 3 études sur la réduction de l'utilisation des barres latérales indiquent une augmentation significative des chutes ou des personnes faisant de multiples chutes ; 1 étude indique une diminution significative des chutes dans le groupe où l'utilisation des barres latérales est réduite, Cependant, le risque de chute reste plus élevé dans ce groupe par rapport au groupe avec utilisation continue de barres latérales
 - 1 étude cas-contrôle montre une diminution significative des chutes chez les patients avec des barres latérales surélevées
 - 1 étude rétrospective montre un nombre significativement plus faible de blessures et de lésions à la tête en cas de chutes, avec des barres latérales surélevées
 - 12 études décrivent les lésions directement liées à l'utilisation de barres

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; 37: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

● Conclusions et recommandations

- Les dommages directs graves causés par la présence de barres latérales sont souvent dus à l'utilisation d'anciens modèles (et de demi-modèles) ainsi qu'à de mauvais montages
- Les barres latérales de lit "semblent" ne pas augmenter le risque de chutes ou de lésions dues à une chute
- Malgré l'évidence de quantité et de qualité limitées, il existe peu de raisons indiquant la nécessité de supprimer les barres latérales ou de limiter leur utilisation, sur la base de leur impact sur les chutes, les lésions dues à une chute ou les blessures directes. La suppression globale de l'utilisation des barres latérales pourrait contribuer à accroître le risque de chutes.

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; 37: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

● Conclusions et recommandations

- Pour des raisons d'ordre pratique et éthique, l'utilisation de barres latérales n'est généralement pas d'application auprès d'un patient
 - entièrement indépendant et mobile sans barres latérales
 - considéré comme capable/ apte à prendre une décision et refusant les barres latérales
 - très confus et agité, et qui est suffisamment mobile pour se glisser au-dessus des barres latérales
- Pour les patients qui demandent des barres latérales, ou qui ne sont pas en état de quitter le lit sans aide, l'utilisation de ces barres ne peut vraisemblablement pas être considérée comme une mesure coercitive.

The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies

FRANCES HEALEY¹, DAVID OLIVER², ALISOUN MILNE³, JAMES B. CONNELLY⁴

Age and Ageing 2008; **37**: 368–378
doi:10.1093/ageing/afn112
Published electronically 20 May 2008

● **Conclusions et recommandations**

- Pour des patients incapables / inaptes à prendre une décision, le personnel est contraint d'agir dans leur "meilleur" intérêt et ce, sur la base d'une évaluation réaliste et d'une réévaluation régulière / d'une évaluation régulière du risque lié à l'utilisation ou à la non utilisation de barres latérales
- L'utilisation de barres latérales ne peut se substituer à un niveau adéquat de soins et d'observation; cela ne peut jamais devenir l'unique méthode de prévention des chutes ("stand-alone")