

LA CONTENTION EN GERIATRIE



Myriam CONSOL
4 décembre 2018

A - DEFINITIONS

- + « Immobilisation d'un malade, d'un animal, pour mieux le soigner » , *Encyclopédia Universalis, version 2005*

- + « mot qui vient du latin contentio = lutte
 - a) action de maintenir en place, spécialement un os fracturé.
 - b) ce qui sert à rendre immobile un animal que l'on veut ferrer ou opérer.
 - c) effort soutenu dans la tension de certaines facultés : la contention de l'intelligence, de la volonté » ,
Dictionnaire Logos de Bordas, 1976

+ « La contention consiste à **restreindre**, de façon plus ou moins sévère **les initiatives motrices d'un individu** », *F. NOUVEL, 1999*

+ « La contention physique, dite passive, se caractérise par 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 âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.** » ,

« On appelle contention physique l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu **ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps.** »

« Elle **enfreint le principe fondamental de liberté d'aller et venir** » *ANAES, devenue HAS, 2000*

+ « La notion de contention est étroitement liée à celle de la dépendance: la contention est l'ensemble des moyens physiques **visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessitent l'aide d'un tiers pour être enlevés** » , *FROMAGE, 2003*

+ Dans les recommandations des bonnes pratiques de février 2017 sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale, l'HAS précise les définitions d'isolement et de contention:

« L'isolement est le placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté »

« La contention physique (manuelle) est le maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique »

« La contention mécanique est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présent un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. »

B - DIFFERENTS TYPES DE CONTENTION

+ I. Les contentions pharmacologiques (ou médicamenteuses): utilisation de psychotropes

DEF: administration de médicaments dans le but de réduire la libre mobilité d'une personne.

Ex: - les tranquillisants et somnifères (carbamates, benzodiazépines, etc ...)

- les neuroleptiques, en particulier sédatifs,

+ II. Les contentions psychologiques

DEF : injonctions collectives et répétées adressées à la personne en vue de réduire sa libre mobilité

*Ex: « Ne vous levez pas, vous allez tomber ! » , « Restez assis! » ,
« Restez au lit ! » , « C'est mouillé, n'y marchez pas ! » ,
« Si vous y marchez, il faudra que je repasse la serpillière »
« Marchez doucement, vous allez tomber ! » ,
« N'allez pas dehors, vous tomberez ! » .*

+ III. Les contentions architecturales

DEF : Utilisation des locaux à des fins de réduction de la libre mobilité des personnes.

*Ex: - enfermement du résident dans sa chambre,
- isolement du résident dans une pièce fermée,
- limitation à un secteur, un couloir ou une salle à manger...*

+ IV. Les contentions mécaniques au fauteuil et au lit

DEF: 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 âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté."

Le matériel doit être le moins restrictif possible. Une certaine liberté de mouvement doit être recherchée.

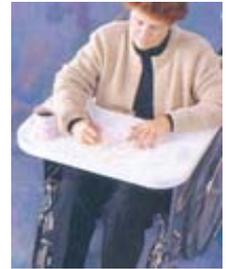
Choix au cas par cas

Adapté à la taille de la personne

Doit garantir confort et sécurité

Bannir tous les moyens détournés de leur usage habituel (draps, vêtements)

1 – Différents moyens de contention mécanique



2 – Les principaux motifs de contention

- + **sécurité**, protection et sécurité des résidents (nombreuses publications)
- + **chutes** (Magee et al. 1993) (Brungardt, 1994) (Schleenbaker et al. 1994) (Retsas (1), 1998) (Sullivan-Marx 1999)
- + **agitation, agressivité** (Carveth, 1995) (Brungardt, 1994) (Hantikainen, 1998), **impulsivité** (Schleenbaker et al. 1994)
- + **perturbation** des autres résidents (Hantikainen, 1998)
- + **déambulation** (Goldsmith et al. 1995) (Brungardt, 1994). Perturbation de l'environnement, crainte de voir la déambulation conduire le patient dément à l'épuisement, peur de la fugue et des ses conséquences médico-légales.
- + **nécessité importante de soins** : perfusion, transfusion, alimentation entérale ou parentérale (Perl et al. 1980) (Brungardt, 1994), soins dentaires (Shuman et al. 1996), risque d'ouverture d'une plaie suturée (Terpstra et al. 1998).
- + **détérioration cognitive** (Evans et al. 1989) (Magee et al. 1993) (Helmuth, 1995)(Schleenbaker et al. 1994) (Sullivan-Marx 1999)

3 - Les facteurs qui conduisent à la contention

- + Demande sécuritaire de la famille, de l'entourage.
- + Demande sécuritaire du personnel qui peut aussi être liée à la pression de la famille.
- + Sentiment d'impuissance devant les troubles du comportement, les chutes.
- + Risque de responsabilité pénale.
- + Manque d'effectifs des équipes.

4 – Les risques liés à la contention

Risques somatiques:

Mise sous contention prolongée favorise apparition syndrome d'immobilisation (conséquence directe sur la restriction d'activité), avec pour troubles:

- Diminutions amplitudes articulaires,
- Rétractions musculo-tendineuses,
- Diminution force musculaire,
- Ostéoporose,
- Apparition d'escarres, troubles trophiques,
- Infections nosocomiales,
- Incontinence ou rétention,
- Constipation,
- Modification réflexes cutanés,
- Perte d'appétit,
- Troubles de l'équilibre....

Risques traumatiques

Risques psychologiques

Conséquences des contentions	Commentaires
Décès du résident	Par strangulation, par asphyxie ou résultant de traumatisme. Selon l'ANAES, 1 décès sur 1000 en institution sont dus à ces événements
Affaiblissement, atrophies, augmentation du risque de chute	Perte d'autonomie
Rétraction des muscles et des articulations	Défaut de marche
Traumatismes Lésions cutanées (blessures, plaies)	- Les barrières de lit sont des éléments fréquemment traumatisants, soit lors des retournements passifs soit lors de l'abaissement des barrières qui peuvent alors léser un membre, souvent caché par les couvertures, faisant issue hors du lit la chute en passant au dessus des barrières de lit se fera d'une hauteur plus élevée. - Par compression due à des moyens de contention inadaptés.
Douleur et épuisement	Persistance d'une attitude forcée inconfortable en compression et cisaillement des parties molles pouvant mener à la constitution d'une escarre.
Inconfort, colère, agressivité, révolte et peur	Incompréhension de la situation, frustration pouvant mener à des conduites dangereuses pour la personne et pour les autres
moins possibilité d'assurer les besoins élimination	Il est plus malaisé de "détacher" rapidement un résident afin de l'accompagner aux toilettes ou même de le placer sur un siège dédié à l'élimination.
Non-respect de la dignité du patient	Dévalorisation au regard des autres, humiliation. Atteinte à la liberté individuelle.
Plus grande difficulté à dégager les personnes en cas d'incendie	Perte de temps pour l'évacuation.
Autres accidents : Troubles cardiaques induits par le stress, lésions des nerfs, hyperthermie, strangulation	

C - ALTERNATIVES A LA CONTENTION

+ I - Les arguments en faveur des alternatives à la contention:

▣ ETHIQUE ET LOIS

Constitution française de 1958 – décision du 12 juillet 1979 :

« La liberté d'aller et de venir est un principe de valeur constitutionnelle »

Recommandations HAS suite loi 13 aout 2004 :

« La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit inaliénable » ,

« la contention est pour le jury une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir. La contention systématique doit être interdite »

Charte du patient hospitalisé - circulaire du 2 mars 2006 :

« Une personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement. ... »

« Une personne ne peut être retenue par l'établissement..... »

ETHIQUE ET LOIS (Suite)

Charte des droits et liberté des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance – Ministère des affaires sociales, mise à jour le 22 décembre 2015:

« Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante:

1- est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie

3- conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

6- doit être encouragée à conserver ses activités »

Code de l'Action sociale et des Familles

Respect de la dignité de la personne (articles L.311-3 CASF, L1110-2 CSP)

Sécurité du patient (articles L1110-5.1^{er} alinéa CSP « Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. »,

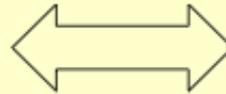
articles R4127-8, dernier alinéa CSP, L3222-5-1 CSP crée par loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

Consentement du patient aux soins (articles L1111-4- CSP, article 4127-36 CSP, R4127-42 CSP)



RESPECT DE L' AUTRE: d'égal à égal

Prévention du risque



Privation de liberté



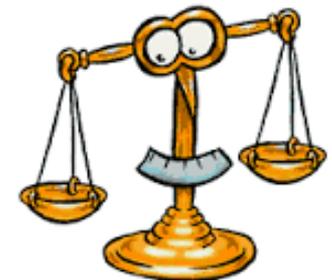
Article 3 de la déclaration universelle des droits de l'homme:
« Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne »



ANALYSE BENEFICE/RISQUE

Avantages/Inconvénients, conséquences de la contention

Appréciation entre liberté/sécurité



+ II – Que sont les alternatives à la contention?

Ce sont des interventions faisant appel **aux compétences** et à la **créativité** des soignants, de la famille ou du patient/résident lui-même.

Elles permettent d'éviter de recourir à la contention mécanique ou à l'isolement.

Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des comportements de la personne qui nuisent à sa sécurité ou à celle d'autrui.

Le but est de permettre à l'utilisateur de garder sa dignité, son autonomie et sa sécurité.

+ III – A quel niveau peut-on proposer des alternatives à la contention?

Particulièrement au niveau :

- Des raisons médicales (recherche étiologie: globe urinaire? Fécalome? Déshydratation?...)
- De l'aménagement de l'environnement et du mobilier
- De l'accompagnement de la personne âgée
- Des transferts et déplacements
- De l'installation au fauteuil, au lit
- De l'organisation de l'horaire ou de la routine (respect du rythme de vie)
- De conseils à donner aux personnes aidantes sur des attitudes à adopter ou des façons de faire certaines activités
- Des recommandations d'aides techniques qui peuvent aider la personne à adopter le comportement attendu

Propositions d'alternatives quand risque de chute (ANAES, 2000)

Tableau 1. Le risque de chute et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	<ul style="list-style-type: none">- Ne pas négliger les raisons médicales qui nécessiteraient un traitement rapide :<ul style="list-style-type: none">- hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil ;- dépression, déshydratation, pathologies cardio-vasculaires.- Revoir les différentes associations médicamenteuses.
Adaptation de l'environnement et du mobilier dans la chambre	<ul style="list-style-type: none">- Enlever tout équipement inutile (meuble et autre) ;- Augmenter l'éclairage (une personne âgée a besoin d'un éclairage deux à trois fois supérieur à un adulte, notamment en cas de cataracte) ;- Mettre un matelas de gymnastique près du lit en cas de chute ;- Lit bas recommandé (moins de 45 cm de hauteur) ;- Enlever les roulettes de la table de nuit, de l'adaptable ;- Bloquer les roulettes du lit en permanence, le mettre en position basse ;- Mettre des repères temporels (calendrier, horloge).
Accompagnement de la personne âgée	<ul style="list-style-type: none">- Inciter à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie ;- Informer du rythme de passage des soignants ;- Proposer des activités occupationnelles ;- Quand le patient est réveillé, l'accompagner toutes les heures aux toilettes, et une ou deux fois dans la nuit.

Lors des déplacements

- Assister la personne lors des déplacements ;
- Fournir des aides techniques (sur élévateur de toilettes, barres d'appui) ;
- Vérifier l'utilisation de chaussures adaptées, fermées ;
- S'assurer de l'utilisation des lunettes de vue, aide auditive, aide à la marche ;
- Indiquer à la personne les lieux et endroits à risque (sols glissants, escaliers) ;
- Encourager la personne à prendre appui sur les barres des couloirs.

Lors de l'installation au lit ou au fauteuil

- Mettre le fauteuil où le patient le souhaite ;
- Stabiliser lit ou fauteuil (bloquer les roulettes) ;
- Installer confortablement la personne (vêtement et position) ;
- Adapter l'inclinaison du fauteuil ou la hauteur du lit pour faciliter le passage en position debout ;
- Adapter les accoudoirs à une hauteur qui permet au patient de prendre appui ;
- Ne pas mettre d'objets devant le fauteuil qui gêneraient les transferts ;
- Installer les effets personnels et familiers près du patient (montre, lunettes, photos...) ;
- Expliquer l'utilité et l'utilisation du système d'appel ;
- Ne pas laisser le patient en position assise trop longtemps.

Lors des transferts

- Ne pas traîner la personne, mais se placer à côté d'elle pour l'aider afin d'éviter le réflexe de rétro-pulsion ;
- Apprendre à la personne à se lever et s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs.

Propositions d'alternatives quand agitation , confusion (ANAES 2000)

Tableau 2. Les risques liés à l'agitation, la confusion et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	<ul style="list-style-type: none">- Ne pas négliger les raisons médicales d'une agitation ou d'une confusion qui nécessiteraient un traitement rapide :<ul style="list-style-type: none">- vérifier l'adaptation du traitement médicamenteux (médications multiples, interactions médicamenteuses) ;- rechercher des signes de douleur, de troubles du sommeil, de dépression, d'hyperthermie.- Corriger les éventuels déficits sensoriels.
Adaptation de l'environnement	<ul style="list-style-type: none">- Diminuer les stimuli auditifs ;- Éviter la présence de personnes au comportement perturbateur.
Accompagnement de la personne	<ul style="list-style-type: none">- Organiser des temps de présence des soignants auprès du patient :<ul style="list-style-type: none">- solliciter si possible la présence des proches.- Repérer les habitudes du patient et respecter son rythme de vie :<ul style="list-style-type: none">- respecter les phases de sommeil, habitudes alimentaires, zones d'intérêt.- Favoriser le contact relationnel.- Faire en sorte que le patient connaisse les soignants :<ul style="list-style-type: none">- rappeler son nom et sa fonction autant que de besoin ;- l'informer de la présence continue de l'équipe soignante.- Adopter une attitude calme et rassurante.

Propositions d'alternatives Quand déambulation excessive (ANAES 2000)

Tableau 3. Les risques liés à la déambulation excessive et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	<ul style="list-style-type: none">- Ne pas négliger les raisons médicales d'une déambulation qui nécessiteraient un traitement rapide :<ul style="list-style-type: none">- nouveau traitement médicamenteux, absorption de certains médicaments, anxiété, douleur.
Adaptation de l'environnement	<ul style="list-style-type: none">- Améliorer la sécurité des lieux.- Aménager des espaces de déambulation sécurisés.
Accompagnement de la personne	<ul style="list-style-type: none">- Améliorer et faciliter l'orientation du sujet :<ul style="list-style-type: none">- lui présenter le service et l'agencement des locaux (salle à manger, couloirs, toilettes, salle de soins, bureau infirmier) ;- lui indiquer où se situent les interrupteurs et leur fonctionnement ;- expliquer le déroulement d'une journée (horaire des repas et de la présence du personnel) ;- réitérer les rappels ;- réorienter le patient calmement.- Capturer l'attention du patient par des barrières visuelles :<ul style="list-style-type: none">- mettre des photos, posters, télévision, miroirs sur les issues ;- l'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée.

D - SI CONTENTION MALGRE TOUT NECESSAIRE

Le recours à la contention mécanique pour un sujet âgé présentant un comportement à risque est une intervention de soin qui implique :

- la connaissance des risques liés à l'immobilisation,
- une évaluation régulière des besoins et des risques,
- un programme de soins et de surveillance individualisés.

 Pratique qui repose sur le principe de travail
en équipe multidisciplinaire

1 – Référentiel de pratique pour la contention: 10 critères

– ANAES 2000 –

« Limiter la contention physique de la personne âgée »

- + Critère 1** : la contention est réalisée sur **prescription médicale**. Elle est **motivée dans le dossier du patient**.
- + Critère 2** : la prescription est faite **après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire**.
- + Critère 3** : une **surveillance est programmée et retranscrite** dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.
- + Critère 4** : la personne âgée et ses proches sont **informés des raisons et buts de la contention**. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

- + **Critère 5** : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des **garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée**. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.
- + **Critère 6** : l'installation de la personne âgée **préserve son intimité et sa dignité**.
- + **Critère 7** : selon son état de santé, la personne âgée est **sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel**. La contention est levée aussi souvent que possible.

- + **Critère 8** : des **activités**, selon son état, lui sont proposées **pour assurer son confort psychologique**.
- + **Critère 9** : une **évaluation de l'état de santé** du sujet âgé et des **conséquences de la contention** est réalisée **toutes les 24 heures** et retranscrite dans le dossier du patient.
- + **Critère 10** : la contention est **reconduite, si nécessaire** et après **réévaluation, par une prescription médicale motivée** toutes les 24 heures.

2 - PROCESSUS pour mise en place contention : 7 étapes

- + 1- Identification des patients à risque
- + 2 – Analyse du bénéfice/risque
- + 3 – Mise en place des mesures alternatives
- + 4 – Prescription de la contention
- + 5 – Information du patient et de la famille
- + 6 – Surveillance
- + 7 - Réévaluation

Traçabilité de la démarche thérapeutique

- + « Est-ce que l'on aurait pu faire autrement que mettre une contention? » (essais d'alternatives à la contention)
- + Prescription médicale de la contention (date, motif, durée, risques à prévenir, programme surveillance, type de matériel utilisé)
- + Surveillance (soins mis en parallèle)
- + Réévaluation

CONCLUSION

- La contention doit être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence médicale, après avoir exploré toutes les solutions alternatives, et correspondre à un protocole précis.
- La contention ne doit jamais être utilisée pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- Il doit y avoir une réflexion pluridisciplinaire autour de la contention dans chaque établissement. Il est nécessaire de libérer la parole de l'équipe sur le sujet de la contention afin de libérer la culpabilité et faire émerger les fausses croyances (la contention, c'est pour sa sécurité...) et les craintes.
- Chaque acteur de santé auprès du patient âgé doit être formé sur les risques liés à la contention, sur les stratégies alternatives (environnementales, médicales, comportementales) et sur les bonnes pratiques d'utilisation de la contention le cas échéant (connaissance du matériel, de la façon de le mettre en place...)

**MERCI
POUR VOTRE ATTENTION**