



## 7 - Annexes

# **1 – Préambule, recommandations ANAES, définitions :**

## **1 - 1 Introduction :**

Utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et limiter la déambulation, la contention physique des personnes âgées s'est développée de façon importante, presque insidieuse au fil du temps.

Largement répandue, cette technique de soin est généralement admise dans la pratique courante des soins institutionnels dispensés aux personnes âgées.

L'analyse de la littérature internationale révèle une prévalence élevée de la contention physique chez le sujet âgé de plus de 65 ans : 18 à 20% dans les établissements de court séjour et 20 à 85% en long séjour.

La contention est de plus en plus contestée, d'autant plus qu'il n'existe aucune preuve dans la littérature démontrant que le recours à cette pratique permet d'atteindre les objectifs pour lesquels elle a été instituée.

On y associe plutôt de nombreuses conséquences néfastes dont une atteinte à la liberté de mouvement de la personne contenue.

La contention quelle que soit sa forme pose d'énormes problèmes inavoués et encore inavouables. Il existe une forte contradiction entre la charte de la personne âgée dépendante et le principe des contentions.

Les articles I et III stipulent :

- Article I : Choix de vie, toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- Article III : Une vie sociale malgré les handicaps : toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

La prise de conscience face à la contention s'inscrit, depuis peu, dans une démarche qualité.

Le problème des contentions connaît un intérêt nouveau, dominé par les recommandations nationales et internationales.

En France, l'ANAES a réalisé un guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur la contention physique.

Un référentiel constitué de critères pratiques est proposé pour en améliorer la sécurité

## **Extrait du référentiel de pratique pour la contention ( ANAES, Octobre 2000) :**

- 1 -** La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.
- 2 -** La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.
- 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.
- 4 -** La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- 5 -** Le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient.
- 6 -** L'installation du patient préserve son intimité et sa dignité.
- 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.
- 8 -** Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.
- 9 -** Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée régulièrement au moins toutes les 24 heures.
- 10 -** La contention est reconduite, si nécessaire, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

## 1 - 2 Définition de la contention physique selon l'ANAES :

Il est possible de décrire quatre types de contention :

- ◆ Les contentions pharmacologiques, utilisant les psychotropes.
- ◆ Les contentions psychologiques.
- ◆ Les contentions architecturales.
- ◆ Les contentions physiques (ou mécaniques).

Elles peuvent être appliquées au fauteuil ou au lit du résident.

Plusieurs sortes de contention physique de personnes âgées doivent être distinguées :

- La contention dite posturale qui participe au maintien d'une attitude corrigée dans le cadre d'un travail rééducatif.
- La contention dite active réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'alitement prolongé.

Ces contentions à visée rééducative ne doivent pas être confondues avec la contention physique dite passive.

- 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 partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité de la personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

Dans cet exposé, seules les contentions dites passives seront abordées.

## **Autres définitions de la contention retrouvées dans la littérature :**

L'Encyclopédie Universalis (version 2000) propose :

- Immobilisation d'un malade, d'un animal pour mieux le soigner.
- Tension intellectuelle très importante.

Pour le dictionnaire Logos de Bordas (1976) :

Ce mot vient du latin contentio = lutte.

Trois définitions sont proposées :

1. Action de maintenir en place, spécialement un os fracturé.
2. Ce qui sert à rendre immobile un animal que l'on veut ferrer ou opérer.
3. Effet soutenu dans la tension de certaines facultés : la contention de l'intelligence, de la volonté.

## **2 - Motifs et types de contention :**

### **2 - 1 Dispositifs de contention :**

Il existe une grande diversité de moyens et de techniques de contention physique.

Parmi les moyens utilisés, on peut citer des moyens spécifiques comme :

- Les gilets et les sangles thoraciques,
- Les ceintures,
- Les attaches de poignets et de chevilles,
- Les barrières de lit,
- Les sièges gériatriques, les sièges avec un adaptable fixé, les tables roulantes.

Parmi les moyens non spécifiques, il faut considérer tout matériel détourné de son usage, bien souvent un drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du patient.

### **2 - 2 Modalités pratiques d'utilisation :**

- 1- Au fauteuil, on utilise le plus souvent des ceintures de maintien abdominales ou pelviennes. On peut aussi utiliser des vestes, gilets, harnais ou bien des vêtements ou encore des draps détournés de leur utilisation habituelle.
- 2- Au lit, ce sont surtout des barrières de lit mais aussi des sangles ou ceintures abdominales.
- 3- Dans les deux situations décrites ci-dessus, le patient peut subir une contention au niveau d'un ou des deux membres supérieurs sous la forme d'une attelle ou d'un bracelet.

Cette éventualité est fréquente dans les services de soins aigus ou bien au cours d'une affection intercurrente, le plus souvent pour sécuriser un dispositif de perfusion intraveineuse, de sonde urinaire, de sonde nasogastrique, ou de lunettes nasales pour l'oxygénothérapie...

Des mouffles ou des gants sont utilisés au cours des épisodes de prurit pour éviter les lésions de grattage ou encore pour éviter l'arrachage de vêtements ou des dispositifs palliatifs utilisés dans la prise en charge de l'incontinence urinaire.

## **2 - 3 Motifs de la contention :**

La contention physique doit être strictement réservée à des situations où il y a danger immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.

La contention doit toujours être une mesure exceptionnelle aussi brève que possible et cesser dès que l'objectif visé est atteint.

Les motifs les plus fréquemment retrouvés sont :

- A - Les risques de chutes.
- B - Les troubles du comportement :  
Agitation psychomotrice, déambulation excessive.
- C - Les soins médicaux.

L'analyse de la littérature révèle que la crainte de chutes représente le premier motif d'utilisation de contention.

Cette pratique, qui devient une habitude, perdure quand la plupart des soignants pensent que réduire la contention reviendrait à faire prendre des risques excessifs aux personnes âgées.

TINETTI (1992) conteste l'efficacité de la contention en terme de chutes et de blessures consécutives.

Dans une étude prospective, sur un an, comportant 397 sujets âgés en maison de retraite, TINETTI a montré qu'à âge égal et déficit égal, les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets soumis à contention (17% versus 5%) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention.

Un autre auteur, CAPUZUTI (1996) indique que les contentions, non seulement ne diminuent pas le risque de chutes graves mais l'augmentent et surtout chez les personnes confuses.

Enfin, d'après une observation de SCHLEENBAKER, on note 25% de chutes chez des patients ayant été contenus et seulement 10.1% en l'absence de contention.

Les troubles comportementaux tels que l'agitation et la déambulation correspondent aux autres causes de contention les plus souvent citées.

La revue de la littérature montre que les deux facteurs prédictifs de la mise sous contention physique sont une altération cognitive sévère et le risque de chutes.

En médecine somatique, on va utiliser la contention dans quelques situations exceptionnelles et généralement de courte durée.

Par exemple pour éviter que le patient ne risque d'arracher sa sonde, son cathéter ou en cas de grande agitation pour éviter que le patient ne se blesse ou ne blesse d'autres patients ou le personnel soignant (au cours du delirium tremens, d'un traumatisme crânien).

Le tableau ci-dessous (extrait d'un travail de l'association Daniel GOUTAINE au centre hospitalier d'ALBI) résume :

**Les différents motifs invoqués à l'origine de la pratique de la contention.**

<b>Eléments de justification de la contention physique ou bien corrélés avec elle</b>
Sécurité du résident, protection et sécurité des résidents.
Chute.
Agitation, agressivité, impulsivité.
Perturbation des autres résidents.
Déambulation, crainte de voir la déambulation conduire le patient dément à l'épuisement.
Nécessité importante de soins : perfusion, transfusion, alimentation entérale ou parentérale, soins dentaires, risque d'ouverture d'une plaie suturée.
Détérioration cognitive.
Demande des familles, des résidents, des médecins.
Méconnaissance de la législation, absence de législation.
Sous-évaluation de l'impact délétère des contentions.
Nombre de personnes âgées et de patients confus pris en charge par l'infirmière.
Nombre de personnes âgées par unité de soin.

### **3 - Inconvénients, dangers de la contention :**

#### **3 - 1 Introduction :**

Comme on l'a vu au chapitre précédent, ce qui conduit à la contention est souvent de chercher consciemment ou inconsciemment à réduire le risque pour la personne que l'on va attacher ou pour son entourage.

En tout premier lieu on pense à réduire le risque de chute ou de déambulation.

#### **3 - 2 Les dangers :**

- **Augmentation du risque de chute :**

Le premier danger de la contention est de croire que le fait d'attacher une personne va réduire le risque de chute et libérer l'agent de la nécessité de surveiller la personne attachée. Dans la réalité c'est souvent le contraire qui se passe.

En effet, en particulier lorsque la personne que l'on veut attacher est agitée, non seulement on ne diminue pas le risque de chute mais au contraire bien souvent on l'aggrave.

De fait, tout simplement, si on attache une personne et qu'elle s'agite, elle peut tout de même tomber et au risque de sa chute va se rajouter celui de la chute de l'objet auquel elle est attachée.

La chute de cet objet va soit empêcher la personne de se protéger dans sa chute, soit l'objet auquel elle est attachée peut tomber sur elle, un fauteuil par exemple, aggravant les conséquences de la chute dans les deux cas.

Certaines études ont montré que chez les sujets attachés les chutes étaient 3 fois plus nombreuses et avec des conséquences plus graves (voir paragraphe 2-3) qu'ils soient encore contenus ou non.

Ainsi, le fait d'attacher ne dédouane pas de l'obligation de surveiller la personne. En termes d'éthique et de responsabilité, il accroît même cette nécessité de surveillance ainsi que la responsabilité de la personne qui en prend l'initiative sans prescription médicale ou protocole de service précis.

De la même manière, le fait de mettre des barrières au lit d'un patient dément qui se relève fréquemment n'annule pas le risque de chute.

Toute personne travaillant en gériatrie a pu le constater dans sa propre expérience.

Quand un dément veut vraiment se lever, il cherchera soit à passer au dessus des barrières, soit au bout du lit, soit à se glisser entre les barrières.

Dans ces 3 cas, le danger est plus important :

Dans le premier cas, si la personne chute elle tombera de plus haut (hauteur du lit + hauteur de la barrière)

Dans les 2 autres cas, elle peut se coincer un bras, une jambe, la tête et le cou avec possibilité de fractures, compressions, nécroses parfois irréversibles conduisant à des amputations, étouffement conduisant au décès.

Ainsi, même la pose de barrières doit toujours faire l'objet d'une réflexion et n'est pas toujours nécessaire, selon les résidents ou les patients.

Il faut savoir expliquer aux familles que les risques encourus en cas de contention sont plus délétères que les risques propres liés à la chute.

Rappelons que les risques de chutes sont trois fois plus fréquents sous contention.

- **La privation de liberté :**

Un danger psychologique moins directement identifiable est le sentiment de privation de liberté et de punition que fait naître la contention.

La contention est vécue comme une contrainte et une injustice par la personne contenue.

Au lieu de la calmer, la contention va aggraver ses troubles du comportement, son état d'anxiété et donc son agressivité même si l'intention initiale du soignant était qu'elle se calme.

Une dame démente me disait un jour, alors qu'elle avait des barrières avec protection de barrières, pleines et blanches : « j'ai l'impression d'être déjà dans mon cercueil ».

A elle seule une telle réflexion doit nous faire réfléchir sur le bien fondé de la contention en institution ou à l'hôpital.

Si on attache et enferme systématiquement, on s'aperçoit qu'on est bien loin d'une démarche gériatrique de projet de vie au travers du projet de soin...

- **La peur de la plainte judiciaire :**

Les équipes ont également souvent peur que les familles ne portent plainte s'il arrive malheur à leur parent au cours d'une chute alors qu'il n'est pas attaché et le vivent comme un danger.

Pour éviter ce risque procédurier, le meilleur moyen est la communication d'emblée avec les familles.

Comme on l'a vu, si on explique qu'attacher augmente statistiquement le risque de chutes par 3, qu'en plus quand on attache, en cas de chute, les conséquences sont plus graves, les familles ne seront plus agressives envers l'équipe, au contraire. Elles travailleront mieux avec elle au seul bénéfice du patient et dans le respect de sa liberté et de sa dignité.

Dans les démences ce qui rend certaines familles agressives envers les équipes, dans le cas des chutes comme dans d'autres, c'est souvent leur incapacité à accepter la dégradation de leur proche.

Il naît alors un sentiment ambivalent de souhaiter qu'il soit déjà mort tout en cherchant à le surprotéger pour qu'il ne lui arrive rien...

C'est aussi le sentiment de culpabilité avoué ou non de l'avoir placé en institution alors que la famille avait promis de ne jamais le faire.

Encore une fois, le meilleur moyen d'éviter ce danger qui entraîne certaines familles à demander que leurs proches soient attachés, c'est de communiquer et de les informer du danger de la contention souvent bien supérieur à celui de la déambulation en particulier chez le dément et d'en accepter le risque qui est statistiquement moindre que celui d'être attaché.

Pour prendre un parallèle, il vaudrait mieux pour diminuer le nombre de morts et de blessés graves en France :

D'une part que toutes les personnes qui montent dans un véhicule terrestre à moteur soient attachées avec leur ceinture de sécurité car il est statistiquement prouvé que cela réduit la morbidité et la mortalité en cas d'accident.

Et d'autre part, laisser les déments déambulants librement circuler sans entrave car il est statistiquement prouvé que cela réduit leur morbidité, leur mortalité et améliore leur confort de vie...

- **Aggravation plus rapide de la perte d'autonomie :**

En dehors de l'aggravation directe du risque de chute et de l'aggravation de ses conséquences, l'autre danger est l'aggravation plus rapide de la perte d'autonomie. Quand on attache systématiquement les gens, des heures et des journées entières sans régulièrement les libérer, on déconditionne le mouvement automatique de la marche.

Attachés assis, les patients ont tendance à se mettre en rétropulsion, plan des épaules passant en arrière du plan du bassin, flessum des genoux avec chute systématique en arrière quand on cherche ensuite à reverticaliser le patient et augmentation des troubles de l'équilibre, peur de tomber.

- **Complications d'immobilisation :**

Ce déconditionnement de la marche, si la personne se lève ensuite, est à lui seul gros pourvoyeur de nombreuses chutes et a des conséquences néfastes sur sa santé :

Cette aggravation de la perte d'autonomie entraîne une aggravation morbide :

- risque d'escarres,
- augmentation des broncho-pneumopathies,
- des infections urinaires,
- des troubles du transit,
- une raréfaction de la trame et de la densité osseuse,
- une sarcopénie, baisse de la masse musculaire...
- Il s'ensuit une augmentation de l'anorexie, du désintérêt avec augmentation des signes du tableau dépressif et autres troubles psychiques
- Aggravation ou entrée dans l'incontinence sphinctérienne

Tout ceci accroît le nombre, la durée des hospitalisations et la mortalité des personnes âgées concernées.

Cependant, comme le disaient mes maîtres, il n'y a en médecine jamais de jamais et jamais de toujours...

Pour qu'une contention soit utile, il faut qu'elle soit très limitée dans le temps et que sa mise en œuvre permette d'effectuer rapidement un geste salvateur.

Pour une perfusion chez un patient déshydraté agité, il faut bien accepter de le contenir quelques heures pour qu'il ne passe pas son temps à arracher sa perfusion, ce qui n'empêchera pas de le surveiller attentivement.

Ainsi la contention devrait toujours être ou pratiquement toujours, une mesure aiguë et jamais ou pratiquement jamais, une mesure chronique.

### **3-3 En résumé :**

Comme pour toute thérapeutique, médicamenteuse ou non, c'est son rapport bénéfice/risque qui doit nous guider pour la mettre ou non en œuvre.

Les dangers de la contention apparaissent dans cet exposé, comme bien souvent plus importants que le fait de ne pas attacher, en particulier dans les situations chroniques en institution.

En effet, en dehors des situations d'urgence, la contention devrait toujours être une thérapeutique d'exception et non la règle.

Enfin quand on est bien au clair des dangers liés à la contention, pour améliorer le bien être de nos patients, on est amené à trouver des solutions alternatives qui permettent tout en supprimant la contention de réduire les risques liés en particulier aux chutes.

Ce sera le sujet de la suite de cet exposé.

## 4 - Les alternatives à la contention :

### Critères pour conduire une politique de réduction de la contention

- Critère 1 :** Une politique de l'établissement ou du service concernant l'usage de la contention physique est traduite dans un document accessible aux soignants, aux patients ou résidents et à leurs proches.
- Critère 2 :** Le taux d'utilisation de la contention est mesuré, enregistré et analysé
- Critère 3 :** Le recueil et l'analyse des incidents et accidents liés à la contention donnent lieu à des plans d'action préventifs.
- Critère 4 :** Des actions d'information sur les dangers de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes
- Critère 5 :** Des actions d'information sur l'usage approprié de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes
- Critère 6 :** Des actions de formation sur les différents outils d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées sont réalisés auprès des équipes soignantes
- Critère 7 :** Des formations sur les alternatives à la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes
- Critère 8 :** L'utilisation d'alternatives à la contention est encouragée et facilitée. L'évaluation de ces méthodes est organisée
- Critère 9 :** Dans les cas de reconduction de la mesure de contention sans issue satisfaisante pour la personne âgée, l'établissement est en mesure de prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le thème de la contention (médecin, infirmier, psychologue) dans le but d'aider les équipes à clarifier les avantages et les inconvénients de la contention et à trouver des alternatives.

Comme on l'a vu, la contention aggrave souvent l'état clinique du patient et augmente sa morbidité et sa mortalité.

De ce fait, il a fallu imaginer des solutions alternatives qui permettent, sans contenir le patient, de diminuer le risque de chute, principale cause menant souvent à envisager une contention.

L'examen de la littérature sur le sujet a permis de rassembler de nombreuses informations sur les méthodes substitutives à la contention.

Les alternatives souvent empiriques et fondées principalement sur le « bon sens soignant », sont nombreuses, mais peu ont fait l'objet d'études démontrant leur efficacité.

Seule une étude conduite au Colorado présente des taux de succès des alternatives utilisées.

Elles se regroupent selon quatre grandes catégories :

- Approche médicale et infirmière,
- Modification de l'environnement,
- Approche occupationnelle,
- Approche sociopsychologique

Voir au chapitre 7, annexes.

D'autres auteurs proposent des alternatives en fonction des risques :

- Chute,
- Agitation, confusion,
- Déambulation.

Toutes ces alternatives, avant d'être mises en œuvre, requièrent une évaluation sérieuse des besoins et de l'environnement du patient.

Elles ne peuvent être que des propositions qu'il appartient à chaque équipe de professionnels d'adapter au cas par cas pour chaque personne âgée.

Nous allons exposer ci-après, sous forme de tableaux commentés, diverses solutions permettant de réduire, avec une bonne sécurité, le recours à la contention.

## **Risque de chutes, propositions d'alternative à la contention :**

### **1 - Evaluation des causes médicales pouvant nécessiter un traitement rapide :**

- Hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil,
- Dépression, déshydratation, pathologie cardio-vasculaire,
- Association médicamenteuse.

### **2 - Adaptation de l'environnement et du mobilier dans la chambre :**

- Enlever tout équipement inutile (meuble et autre),
- Maintenir à la même place le mobilier considéré comme utile,
- 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,
- Mettre le lit à hauteur variable en position basse,
- Bloquer les roulettes du lit en permanence, le mettre en position basse,
- Enlever les roulettes de la table de nuit , de l'adaptable, ou mettre une autre table),
- Mettre des repères temporels (calendrier, horloge).

### **3 - Accompagnement de la personne âgée :**

- Inciter à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie,
- Informer du rythme de passage des soignants,
- Evaluer le besoin d'une rééducation à la marche ou au relevé du sol,
- Proposer des activités occupationnelles,
- En journée, accompagner le patient toutes les heures aux toilettes, la nuit, s'il se réveille habituellement pour aller aux toilettes, l'accompagner une ou deux fois dans la nuit.

### **Lors des déplacements :**

- Vérifier l'utilisation de chaussures adaptées, fermées,
- Assister la personne lors des déplacements,
- Fournir des aides techniques, sur élévateur de toilettes, barres d'appui,
- 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 de couloir.

### **Lors des transferts :**

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

### **Lors de l'installation au lit ou au fauteuil :**

- Mettre le fauteuil où le patient le souhaite,
- Mettre le fauteuil à une hauteur adaptée à la taille du patient,
- Stabiliser le lit ou le fauteuil, bloquer les roulettes,
- Installer confortablement la personne, vêtements, 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, sonnette,...
- Expliquer l'utilité et l'utilisation du système d'appel,
- Ne pas laisser le patient en position assise trop longtemps,
- Utiliser le matériel à disposition qui permet de basculer légèrement le corps vers l'arrière ou qui maintient sur les côtés, coussin, cale tronc, ...
- Prendre conseil auprès des ergothérapeutes.

**Noter dans le dossier de soin les éléments significatifs.**

## **Risques liés à l'agitation, la confusion, propositions d'alternatives à la contention :**

### **1 - Evaluation des causes médicales pouvant en être à l'origine et nécessiter un traitement rapide :**

- Vérifier l'adaptation du traitement médicamenteux (médications multiples, interactions médicamenteuses),
- Rechercher des signes de douleur, de troubles du sommeil, de dépression, d'hyperthermie, de déshydratation,
- Corriger les éventuels déficits sensoriels.

### **2 - Adaptation de l'environnement :**

- Diminuer les stimuli auditifs et lumineux,
- Eviter la présence de personnes au comportement perturbateur,
- Veiller au confort du lit ou du fauteuil,
- Eloigner tout objet à risque de blessure.

### **3 - Accompagnement de la personne :**

- Organiser des temps de présence des soignants auprès du patient, solliciter si possible la présence des proches,
- Repérer les habitudes du patient et respecter son rythme de vie, respecter les phases de sommeil, habitudes alimentaires, zones d'intérêt,
- Favoriser le contact relationnel,
- Faire en sorte que le patient connaisse les soignants, 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.

**Noter précisément dans le dossier de soins les éléments significatifs qui augmentent ou diminuent les signes d'agitation ou de confusion.**

## **Risques liés à la déambulation excessive, propositions d'alternative à la contention :**

### **1 - Evaluation des causes médicales pouvant en être à l'origine et nécessiter un traitement rapide :**

- Nouveau traitement médicamenteux ou absorption de certains médicaments,
- Anxiété, douleur, inconfort physique,
- Infection, constipation.

### **2 - Adaptation de l'environnement :**

- Améliorer la sécurité des lieux,
- Aménager des espaces de déambulation sécurisés,
- Evaluer les modifications environnementales,

### **3 - Accompagnement de la personne :**

- Améliorer et faciliter l'orientation du sujet :

Lui présenter le service et l'agencement des locaux, salle à manger, couloirs, toilettes, salle de bains, bureau infirmier, lui indiquer où se situent les interrupteurs et leur fonctionnement,

- Expliquer le déroulement d'une journée, horaire des repas, présence du personnel,
- Réorienter le patient calmement,
- Capturer l'attention du patient par des barrières visuelles, photos, posters, télévision, miroirs sur les issues,
- L'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée,
- Rechercher les centres d'intérêt à privilégier.