

## 5 - Protocoles de contention

Nous venons de voir les motifs, les dangers de la contention et les alternatives possibles à celle-ci.

Mais dans certains cas, il est nécessaire de la mettre en place en toute connaissance de cause.

Si l'on se réfère au document de l'ANAES, toute contention doit être prescrite par un médecin.

Or en pratique 2 cas de figure se présentent :

- Soit la mise en place d'une contention dans l'urgence décidée par l'équipe soignante en l'absence du médecin, situation non prévue par l'ANAES et pourtant rencontrée (ce qui a suscité notre réflexion).

- Soit la mise en place d'une contention hors urgence relevant de la prescription médicale après une évaluation multidisciplinaire du rapport bénéfice/risque en concertation avec le patient et sa famille.

## 5 - 1 La contention physique en urgence :

Celle-ci doit être ponctuelle et motivée, levée dès que possible.

Le médecin doit être prévenu au maximum dans les 24 heures.

Ces motifs, nous les avons déjà évoqués précédemment. La plupart du temps, il s'agit **de chutes à répétition, de troubles du comportement**, d'une déambulation excessive, de la nécessité de dispenser une perfusion ou des soins médicaux.

- Connaître les dangers de la contention
- Comprendre les circonstances de survenue de certains troubles du comportement et chutes
- Mettre en place des alternatives évitera ces contentions abusives.

L'objectif essentiel reste le souci de maintenir ou d'améliorer l'état fonctionnel du patient.

### ● Les chutes et malaises :

Si fréquemment rencontrés dans cette population, ils ne seront pas évités en mettant en place ces contentions abusives.

Celles-ci peuvent même les aggraver comme nous l'avons déjà décrit précédemment.

L'évaluation du risque de chute demande une démarche diagnostique minutieuse et dont seul le traitement étiologique évitera ou réduira les récurrences.

### **Causes médicales :**

Cardiovasculaires, hypotension orthostatique +++,  
Neurologiques,  
Troubles de la marche et de l'équilibre  
Troubles du sommeil,  
Handicap sensoriel,  
Dénutrition, troubles glycémiques, déshydratation,  
Alcool, toxiques...  
Iatrogénie, infections.

**Causes environnementales :** sol irrégulier et glissant, marches d'escalier, fils électriques, éclairage insuffisant, mobilier encombrant, inadapté ou instable, tapis glissant, vêtements inadaptés, mauvais chaussage...

**Cause souvent méconnue :** la chute « symptôme » traduisant la détresse ou la dépression de la personne âgée.

L'évaluation du risque de chute, leur prévention par la mise en place d'alternatives sont primordiales comme vous pouvez l'imaginer.

## ● Les troubles du comportement :

Ils surviennent le plus souvent chez des sujets âgés présentant une détérioration intellectuelle, un syndrome démentiel, mais de multiples pathologies peuvent favoriser leur survenue.

Leur prévention et prise en charge précoce désamorceront bien des situations. La contention ne peut être qu'un facteur supplémentaire de perte d'autonomie physique et psychique.

Les troubles du comportement nécessitent une enquête étiologique minutieuse et par conséquent un traitement approprié qui permettra d'éviter une contention abusive.

Les plus fréquents sont :

- l'agitation, l'agressivité verbale ou physique,
- la déambulation excessive,
- les délires, les hallucinations,
- les troubles du sommeil.

Les facteurs suivants favorisent l'apparition de troubles du comportement :

- tout d'abord des modifications environnementales ou de l'entourage familial, ce sont des situations engendrant des bouffées d'angoisse, des épisodes d'agitation, des hallucinations.

- une pathologie organique aiguë sous-jacente ou une iatrogénie (provoquée par des traitements). Quelques exemples :

- Déshydratation, troubles hydro-électrolytiques (natrémie, calcémie..)
- Troubles métaboliques (glycémie)
- Globe vésical, fécalome, infection, hyperthermie
- Handicap sensoriel (surdité, troubles de la vision), appareillage défectueux ou non mis, lunettes, prothèse auditive
- Alcoolisme
- Douleur, traumatismes
- Anxiété, angoisse
- Insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, embolie pulmonaire
- Iatrogénie+++ : diurétiques, hypotenseurs, psychotropes, hypnotiques, anticholinergiques, benzodiazépines, morphiniques, fluoroquinolones.

Tout le monde a bien compris maintenant que la contention ne peut qu'aggraver les troubles du comportement et les chutes.

Celle-ci doit demeurer une mesure d'exception et ne devra être mise en place qu'après une évaluation du risque et la mise en échec des alternatives proposées.

En aucun cas, la contention ne doit être utilisée pour pallier un manque de personnel, par convenance de l'équipe soignante ou d'un soignant ou encore par mesure disciplinaire ou punitive.

## ● **Protocole : Algorithme décisionnel de l'ANAES (Annexes)**

Cet algorithme décisionnel associé à une évaluation du rapport bénéfice-risque aboutit à la mise en place d'une contention réfléchie offrant le maximum de garanties.

Selon les recommandations de l'ANAES, le recours à la contention physique pour un sujet âgé présentant un comportement à risque est une intervention de soins 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 individualisé

Pour cela, il est important **d'intégrer au dossier de soins du patient un protocole de contention en urgence**. C'est un outil simple, reproductible, daté, signé, à adapter à l'établissement et figurant dans le dossier de soins (annexes).

La décision de contention est prise dans l'urgence par l'équipe soignante devant une situation à risque pour le patient, elle fait l'objet **d'un recueil de données générales** :

**Motifs** :

- risque de chute, agitation, déambulation
- soins particuliers : pansements, perfusion, dispositifs médicaux...

**Constantes** : pression artérielle, pouls, température, glycémie capillaire

**Facteurs favorisants** : hypotension, hypoglycémie, infection, hyperthermie, décompensation cardiaque, trouble du rythme.

**Causes curables**

**Surveillance de la tolérance d'incidents secondaires éventuels**

**Fonctions vitales** :

- conscience : surveillance programmée retranscrite dans le dossier
- respiration : les risques liés à l'immobilisation sont prévenus
- transit : les soins liés à l'hygiène, la nutrition, l'hydratation sont assurés
- miction : mise aux toilettes proposée
- accompagnement psychologique proposé

**Démarche** :

Information du patient et de la famille : nécessités, raisons, buts, modalités de mise en œuvre de la contention pour obtenir leur consentement et participation, favoriser leur présence et améliorer leur confort de vie.

- Type de contention :
  - au lit, au fauteuil,
  - choix du matériel : barrières, gilet, ceintures, sangles thoraciques, drap, vêtements.

Rechercher les conditions et les moyens spécifiques les moins restrictifs et les plus adaptés au patient pour la durée de la contention .

- Surveillance : écrite programmée 1 fois par heure, maximum 3 heures
- Tolérance de la contention :
  - respiration,
  - état cutané des points d'attache ou d'appui,
  - hydratation,
  - continence,
  - nutrition,
  - activités,
  - soutien psychologique.
- Reprise des constantes
- Essai de levée de la contention dès que possible

**Durée :**

Maximum 3 heures, au-delà il faut prévenir le médecin qui prescrira si besoin la poursuite après évaluation clinique.

**Dans tous les cas, prévenir le médecin dans les 24 heures**

Ce protocole de contention en urgence **ne doit en aucun cas être pérennisé.**

La contention ne sera reconduite que sur **prescription médicale** devant figurer ainsi que le recommande l'ANAES , dans le dossier médical.

## 5 - 2 le protocole de contention hors urgence :

Voir extrait du référentiel de pratique pour la contention de l'ANAES, oct 2000 (p4).

- En tenant compte des dangers et des conséquences d'une contention physique chez la personne âgée,
- Devant l'échec des alternatives à celle-ci,
- Malgré la démarche de soin de réduction des contentions

Le médecin et l'équipe soignante pluridisciplinaire, après avoir évalué le rapport bénéfice/risques, pourront être amenés à prendre la décision d'une contention, au mieux en accord avec la famille.

Cette contention sera réalisée sur prescription médicale et motivée dans le dossier du patient.

Une surveillance est mise en place et retranscrite dans le dossier du patient.  
Voir protocole de contention hors urgence

Elle prévient les risques liés à l'immobilisation en assurant :

- Confort de la personne
- Nutrition,
- Accompagnement psychologique,

Il faut :

- lever la contention régulièrement et dès que l'état clinique le rend possible.
- Informer la personne âgée et sa famille des raisons et des buts de la contention.
- Rechercher leur accord et leur participation, il faut éviter que la contention soit ressentie comme une contrainte ou une punition.
- Choisir un matériel de contention approprié aux besoins du patient, présentant les garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée, pas trop serré pour réduire les risques (strangulation...).

L'installation de la personne âgée doit préserver son intimité et sa dignité, il faut s'occuper régulièrement d'elle du fait de sa mobilité réduite.

La contention est reconduite ou modifiée après une réévaluation de l'intérêt et des conséquences sur l'état de santé de la personne âgée, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures (voir document joint).

## Les motifs de la contention :

Les trois principaux motifs ont été précédemment cités, deux seront traités ici.

Chaque situation sera traitée au cas par cas par l'équipe médicale pluridisciplinaire.

### 1. Contention pour limiter les risques de chutes à répétition :

L'usage de la contention n'est pas interdit par la loi mais il ne doit pas être pratiqué pour faussement rassurer la famille de la personne âgée ou le personnel soignant inquiet des conséquences d'une chute.

En effet, comme on l'a déjà vu plus haut, attacher augmente la fréquence des chutes et la gravité des conséquences de ces chutes.

Nous allons prendre pour exemple un cas clinique précis :

Mme M.D a des antécédents de maladie de PARKINSON, aggravés par une altération cognitive.

Après des chutes à répétition sans gravité, elle présente une fracture du col du fémur Elle bénéficie de la pose d'une prothèse totale de hanche.

Son équilibre précaire ne permet pas une déambulation satisfaisante et elle n'a pas conscience de sa faiblesse.

Dans l'attente d'une amélioration de la marche, en concertation avec tous les membres de l'équipe soignante, le médecin prescrit un gilet de contention pour préserver l'état de santé de la patiente.

Cette contention est utilisée à titre préventif dans l'attente d'une meilleure récupération musculaire après l'intervention.

Le plus souvent possible, nous retirons cette contention et stimulons Mme M.D pour favoriser la marche lors des transferts et pour aller aux toilettes...

Régulièrement le personnel soignant s'assure de son confort :

- En lui donnant à boire
- En aménageant l'espace autour d'elle (verre, livres, lunettes, musique...)

Cette situation n'est pas définitive, d'ailleurs la demande de déambulation redevient progressivement plus importante.

Mme M.D a amélioré sa stabilité et sa posture debout, une réévaluation régulière de la nécessité de maintenir la contention est faite et dès qu'elle aura retrouvé un état d'équilibre satisfaisant, elle pourra retrouver sa **liberté** de déambuler qui implique l'acceptation du risque de chute, comme toujours.

## 2. La contention et les troubles du comportement :

Par troubles du comportement nous considérerons :

- l'agitation,
- l'agressivité envers autrui,
- la déambulation excessive.

Nous avons noté lors du protocole de la contention en urgence que ces symptômes peuvent traduire des pathologies aiguës chez les sujets âgés.

Le traitement étiologique, au cas par cas, après évaluation médicale sera la meilleure solution.

Il faut sans cesse se rappeler que la contention induit un syndrome de régression psychomotrice qui associe :

- des troubles posturaux statiques et dynamiques
- une composante psycho-comportementale,

Ceci réalise un tableau particulier :

- En position assise, le patient a une attitude rigide, le buste en arrière, le bassin en ante pulsion.
- Le maintien au fauteuil est difficile,
- Le patient glisse et devra être maintenu.
- La marche est rendue impossible par une forte rétro pulsion.

Le patient ne peut se pencher en avant, il a une phobie du vide et attire le soignant dans sa tendance à la chute (planche à voile).

Il tremble de tous ses membres, il existe une hypertonie réactionnelle à la mobilisation passive et une disparition des réactions normales d'équilibration à la poussée.

Dans ces conditions, il est évident qu'il vaut mieux laisser déambuler les personnes âgées, agitées et désorientées et privilégier les alternatives à la contention, en particulier, sécuriser, calmer et occuper les patients.

Evidemment les moyens seront plus faciles à mettre en œuvre dans les établissements de moyens, de longs séjours et EHPAD, que lors d'hospitalisations de courte durée, du fait de la mise en confiance progressive du patient.

L'intérêt de la contention reste toujours de protéger le patient d'un danger pour lui-même ou pour autrui.

En gériatrie, nous devons nous mobiliser pour accorder une plus grande autonomie à nos patients, et autant que possible, conserver la **liberté** de déambuler.

Mais, dans une institution, la liberté sociale s'applique aussi :

« La liberté individuelle s'arrête là où commence celle d'autrui... »

Le problème se pose surtout pour les patients déments et agressifs et pour lesquels, en l'absence d'un traitement approprié, la contention reste une solution possible.

Même si on se trouve dans l'obligation de les contenir, Il faudra régulièrement les mobiliser, avec inscription dans leur plan de soin d'espaces de liberté « surveillée ». L'équipe pluridisciplinaire devra mettre en œuvre des marches fréquentes avec aide, une bonne hydratation, pour limiter les inconvénients de la contention ...

### **3. Les contentions pour raisons médicales :**

Elles sont utilisées pour permettre que des patients agités nécessitant un soin particulier comme une perfusion soient soignés pour la cause de leurs symptômes :

- déshydratation,
- infection urinaire ou bronchique...

Cette immobilisation sera donc de courte durée, l'équipe soignante mettra en place des soins de NURSING pour limiter les complications de l'immobilisation :

- escarres,
- encombrement bronchique,
- risques de régurgitation,
- constipation,
- risque d'étranglement dans le lit (le matériel de contention ne doit pas être fixé sur les barrières).

La contention pourra également être envisagée pour des patients âgés présentant des fractures et des montages orthopédiques ne permettant pas un appui immédiat.

En résumé, dans tous les services de gériatrie, les équipes soignantes doivent se mobiliser pour réduire le recours aux contentions abusives et réduire ces contentions au minimum.

C'est le but de cette formation :

« Informer et communiquer pour favoriser les alternatives à la contention. »

## 6 – Conclusion :

Dans tous les cas, le recours à la contention physique est une intervention de soins à laquelle les soignants et les médecins doivent être sensibilisés et formés.

Sa mise en place nécessite une évaluation objective du rapport bénéfice/risque permettant d'éviter une contention abusive ou de la réaliser en connaissance de cause et dans les meilleures conditions.

Il faut garder à l'esprit que la contention physique est une privation de liberté.

Son indication en l'absence de consentement du patient (le plus souvent dément) doit être bien pesée dans un souci de respect de la dignité.

Comme dans toute décision thérapeutique chez le sujet âgé, il faut garder à l'esprit qu'un des principes prioritaires de la gériatrie est le maintien ou l'amélioration de l'état fonctionnel du patient.

Ainsi la meilleure attitude de base devrait être plutôt ne pas attacher que d'attacher et tout, dans la formation des personnels et l'information des patients et des familles, doit y concourir.

Dans la contention pour peser le rapport bénéfice/risque de celle-ci, hors urgence, c'est d'abord au prescripteur et non à l'aide soignante de prendre ses responsabilités envers le patient, sa famille et l'équipe soignante qu'il anime.

C'est donc à lui que revient d'abord le devoir d'accepter ou de refuser une contention en établissant une prescription ou un protocole de service clair à ce sujet et de constamment la réévaluer en fonction de l'évolution de la pathologie du patient pour la lever dès que possible quand elle n'est plus justifiée.

Cette décision, individualisée pour chaque patient, doit idéalement se prendre en équipe en dehors du cadre de l'urgence, ne serait ce que pour continuer de combattre l'idée reçue que contention = moins de danger alors qu'en pratique et statistiquement c'est l'inverse qui est vrai.

Il faut sans cesse rappeler qu'en dehors de certaines situations d'urgence la contention devrait toujours être une thérapeutique d'exception et qu'elle ne devrait plus être considérée comme la règle.