DÉFINITION DE LA CONTENTION PHYSIQUE ET POPULATION CONCERNÉE

I. DÉFINITION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

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

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

Ces contentions à visée rééducatrice 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 d'une partie du corps (1, 2) dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté (3, 4).

Dans ce document seules les contentions physiques dites passives seront abordées.

Il existe une grande diversité de moyens et de techniques de contention physique. Parmi les moyens utilisés, on peut citer les moyens spécifiques comme (5, 7) :

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

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 corps (4).

Mais la contention est avant tout à considérer sous l'angle des politiques de soins et des pratiques professionnelles plutôt que sous l'angle du matériel utilisé.

II. POPULATION CONCERNÉE

Les recommandations de pratique s'appliquent à toute personne âgée de plus de 65 ans, encore capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par une structure de type maison de retraite ou long séjour. L'utilisation de la contention, associée ou non avec l'isolement, lors du traitement de troubles mentaux non liés à l'âge n'est pas abordée dans ce document.

RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE CONTENTION

Les recommandations qui suivent sont issues de l'examen de la littérature scientifique sur ce thème, des recommandations existantes (31) et de l'expérience des membres du groupe de travail. Il faut souligner la très grande convergence des avis pour apporter le maximum de sécurité à cette pratique. Ces recommandations ont été exprimées sous forme de 10 critères de pratique pour permettre la réalisation d'audits cliniques.

Le recours à la contention physique 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 individualisé (32).

Cette pratique repose sur le principe de travail en équipe multidisciplinaire. Comme tout processus de soins à risque, la contention physique répond à un certain nombre d'impératifs pour en limiter les dangers et les conséquences et y avoir recours le moins possible, le mieux possible, le moins longtemps possible. Une prescription médicale motivée, l'information du patient et de ses proches, une surveillance et une évaluation fréquentes de la sécurité du patient et de l'efficacité de cette mesure sont à réaliser. Idéalement, il s'agit de rechercher et mettre en œuvre la méthode la moins restrictive afin de conserver ou d'améliorer l'état fonctionnel du sujet âgé (2).

I. DÉCISION DE CONTENTION

La revue de la littérature ne révèle ni indications ni contre-indications absolues à l'utilisation des contentions. En revanche, il convient de garder à l'esprit que ces moyens ne devront être utilisés que lors de l'échec des autres alternatives mises en œuvre (33, 34) et toujours dans un souci de maintien ou d'amélioration de l'état fonctionnel du patient (2). Certains auteurs précisent qu'en aucun cas la contention ne doit être utilisée pour pallier un manque d'effectif du personnel, par convenance de l'équipe soignante ou d'un soignant ou encore par mesure disciplinaire ou punitive (3, 7, 35, 36).

La décision d'immobiliser au lit ou au fauteuil un sujet âgé est une décision médicale, éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante (7, 32, 37).

Elle ne peut être prise qu'après une évaluation des risques de chute, de déambulation excessive ou d'agitation souvent dus à des états démentiels, des pathologies cérébrales, tumorales ou vasculaires. Les points suivants devront, en particulier, faire l'objet d'un examen attentif car ils représentent soit une cause sur laquelle il est possible d'agir, permettant ainsi d'éviter la contention, soit un facteur de vulnérabilité augmentant les dangers de la contention et d'évolution vers un état grabataire (7, 37, 38).

Les causes possibles :

- le traitement médicamenteux (diurétiques, hypnotiques, antihypertenseurs) ;
- la pathologie cardio-vasculaire ;
- l'hypotension orthostatique ;
- le déficit sensoriel ;
- le chaussage et les vêtements inappropriés.

Les facteurs de vulnérabilité :

détaillés dans la prescription médicale. En l'absence d'un médecin et dans les cas d'urgence, cette prescription peut être faite *a posteriori* et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin.

— *La durée de validité de la prescription médicale*

La plupart des auteurs proposent une validité de la prescription limitée à 24 heures. Au-delà desquelles une évaluation de l'état clinique du sujet âgé et de l'efficacité de la contention est à entreprendre. Cette évaluation permet de vérifier le caractère approprié de cette mesure et donc de limiter les risques (3).

IV. MISE EN ŒUVRE DE LA CONTENTION

IV.1. Programmation des soins et prévention des risques

— *Le choix du matériel*

Il convient de rechercher les conditions et les moyens spécifiques les moins restrictifs et les plus adaptés au patient pour la durée de la contention (39). Une certaine liberté de mouvement doit être recherchée (2, 43).

Le choix du matériel est à faire au cas par cas. Son utilisation doit respecter les consignes du fabricant. Il doit être en bon état, adapté à la taille du sujet, garantir son confort et sa sécurité. Le recours à tout moyen ou matériel détourné de son usage, notamment les draps de lit ou vêtements, doit être absolument évité compte tenu des risques qu'ils présentent. Le matériel de contention doit être installé par des professionnels particulièrement sensibilisés à leurs risques et formés à leur utilisation.

De nombreux auteurs ont identifié les risques liés aux barrières de lit pour limiter les chutes. Ils précisent que le risque de blessure grave suite à une chute du lit est plus élevé en cas d'utilisation de barrières de lit comme moyen de contention qu'en l'absence de barrières de lit. La présence de barrières de lit augmente également la propension du sujet âgé à rester alité et donc le risque de chute quand le sujet essaie de quitter son lit. Bien que rarement repéré comme un moyen de contention et compte tenu des conséquences graves qu'elle peut entraîner, l'utilisation des barrières de lit renvoie aux mêmes impératifs et précautions d'usage que tout autre moyen de contention (44, 47).

Pour les sujets présentant des troubles digestifs à type de nausées, de vomissements et encore de troubles de la déglutition, il convient si le patient est maintenu en position allongé de surélever la tête du lit.

Les moyens de contention utilisés au lit peuvent être à l'origine d'une compression axillaire s'ils sont attachés à la tête du lit ; il est donc souhaitable, dans la mesure du possible, d'éviter cette position.

— *La surveillance*

Il est important qu'une surveillance écrite et programmée à intervalles réguliers soit réalisée (39, 43).

Les modalités de surveillance sont établies au regard des risques à gérer liés à la contention, des besoins et des risques spécifiques liés à l'état de santé du sujet âgé. Cette surveillance intègre les dimensions physique, psychologique et environnementale.

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

- 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 au moins 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.