



Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

La contention et la liberté d'aller et venir ...

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual



Société
Française de
Gériatrie et
Gérologie



CNSA
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie





Le terme « contention » recouvre tous les moyens mis en œuvre pour limiter les capacités de mobilisation de tout ou une partie du corps ou pour limiter la libre circulation des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté



Les différents types de contention (1)



La contention

- **La contention physique**

- **Les moyens spécifiques**

- Gilets et sangles thoraciques, ceintures
 - Attaches de poignets et de chevilles
 - Sièges gériatriques, sièges avec un adaptable fixé
 - Barrières de lit

- **Les moyens non spécifiques**

- Tous les matériels détournés de leur usage et utilisés aux fins de limiter la mobilité du corps : un drap, un vêtement, une table placée devant le siège de la personne, etc.

- **La contention chimique (psychotropes)**

- **Les médicaments sédatifs**

- Tranquillisant, antipsychotique



Les différents types de contention (2)



La contention

- **La contention architecturale**
 - Enfermement de la personne dans sa chambre
 - Digicode, porte d'entrée en zone sombre, etc.
 - Bracelet de géolocalisation, bracelet anti-fugue, etc.
 - Caméras de surveillance
- **La contention psychologique**
 - Injonctions collectives et répétées à la personne

Notons que certains des moyens de contention cités, en particulier architecturaux, peuvent être utilisés, a contrario, comme des moyens alternatifs à la contention



- La contention a des répercussions **physiques, psychologiques et sociales** du fait de la restriction du pouvoir d'auto-détermination de la personne, de pertes fonctionnelles et de l'augmentation de son degré de dépendance
 - Sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation entraînant un repli sur soi, un syndrome dépressif, une agitation
 - Résignation à la perte de liberté, de dignité
 - Sentiment d'emprisonnement
 - Perte d'appétit et risque de dénutrition

Le savez-vous ?

- Attacher une personne n'a jamais fait la preuve de son efficacité pour prévenir les chutes, les blessures ou les troubles du comportement.
- Au contraire, l'immobilisation prolongée par une contention expose la personne au risque de déconditionnement physique et psychologique qui augmente la probabilité de chutes ou de blessures.



- **Les risques spécifiques de la contention physique**

- **Risque de chute**, et surtout de chute grave (hématome, troubles de la conscience, fracture, hospitalisation)
- **Risque d'infection nosocomiale et d'escarres**
- **Risque de confusion ou d'agitation, de colère, de cris, de révolte, de peur, d'agressivité, d'inconfort, de douleur et d'épuisement**
- **Perte d'autonomie**
 - **Perte de la marche** (ankylose articulaire, déconditionnement musculaire, perte de masse osseuse)
 - **Syndrome d'immobilisation** (contractures, troubles trophiques, fausses routes, perte d'appétit)
 - **Incontinence sphinctérienne vésicale et anale, constipation**
- **Augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité**
- **Risques spécifiques liés aux moyens de la contention** (blessures, asphyxie, strangulation, chute, etc.)



- **Les risques spécifiques de la contention chimique**
 - Somnolence
 - Troubles de la marche avec risque de chute
 - Risque d'accidents vasculaires cérébraux et de décès avec les **neuroleptiques**
 - Risque de déshydratation



- Le recours à la contention physique doit rester **exceptionnel** et relève exclusivement de **situations d'urgence médicale** (uniquement dans le cadre d'une hospitalisation à domicile en EHPAD)
 - Par exemple, il est nécessaire de pratiquer des soins médicaux ou des examens indispensables
- Un **prétexte** classiquement invoqué est d'assurer la **sécurité** d'une personne dont le comportement est **estimé** dangereux ou mal adapté

N'oublions pas...

Il est important de réfléchir à partir de données scientifiques et statistiques et non pas d'impressions ou de fantasmes sur les conséquences de la prise de risque (accidents, demandes d'indemnisation civiles, poursuites pénales) (ANAES 2004)



Pourquoi la contention ? (2)



La contention

- **Les prétextes fréquemment invoqués**
 - La personne présente un risque de **chute** quand elle se déplace
 - La personne **déambule**, a un comportement d'errance, elle entre dans les chambres des autres résidents, etc.
 - La personne sort non accompagnée de l'établissement (**sortie inopinée**)
 - La personne est **agitée** , violente ou confuse
- **Se poser la question d'éventuels objectifs « inavoués »**
 - Répondre à une **demande sécuritaire** des proches
 - Pallier un **manque de personnel** (défaut de surveillance)
 - **Punir** la personne (maltraitance directe)
 - **Protéger les professionnels** craignant d'engager leur responsabilité face à une crainte de judiciarisation croissante des rapports avec les usagers et leurs familles



- Le recours à la contention physique doit rester **exceptionnel** et relève exclusivement d'une **urgence médicale**
 - Si elle est envisagée, elle relève d'une prescription médicale obligatoire étayée par une réflexion multidisciplinaire
- La contention n'est envisageable qu'en cas **d'échec des autres mesures** environnementales, relationnelles, pharmacologiques et lorsqu'il existe un **danger** élevé à court terme
 - La recherche préalable d'alternatives à la contention doit être systématique
 - La contention est l'ultime recours



- Elle est réalisée par des **professionnels** maîtrisant les **conditions de sa mise en œuvre, selon un protocole précis**
 - Déclaration de la contention dans un registre consultable dans l'établissement
 - Surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers
 - Information de la personne et de ses proches
 - Vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité
 - Réévaluation toutes les 3 heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives
 - Assurer une collégialité dans la prise de décision



Dans le projet d'établissement ... (1)



La contention

- Le projet d'établissement précise les **actions concrètes** de promotion menées pour assurer la liberté d'aller et venir des personnes et en **informe** les personnes accueillies et les proches dès la pré-admission
 - La personne est informée sur **les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir et les restrictions liées à la sécurité et aux contraintes de la vie en collectivité** (ses droits et ses devoirs)
 - Quand une **sécurisation générale des sorties des personnes et de la circulation à l'intérieur de la structure** est prévue, les modalités en sont explicitées dans le projet d'établissement et expliquées à la personne et ses proches
 - L'utilisation de caméras de surveillance, bracelet électronique, puce de surveillance, etc., doit faire l'objet d'une réflexion éthique préalable
 - La personne est avertie des moyens utilisés et des buts recherchés et la possibilité de refuser lui est garantie

Le projet d'établissement est le garant de la cohérence de la politique institutionnelle vis-à-vis de la liberté d'aller et venir et du recours à la contention

(direction, médecin coordonnateur, psychologue, infirmière coordinatrice, médecin traitant, équipe)



- **Les alternatives à la contention** promues par l'établissement sont **expliquées aux personnes et à leurs proches**
 - Acceptation partagée d'une prise de risque
- **La réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine, organisationnelle et architecturale**
 - **Humaine** : maintenir le contact avec la personne, accompagner le déplacement, trouver un sens à son déplacement
 - **Organisationnelle** : présence humaine à la sortie de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée
 - **Architecturale** : qualité des espaces et qualité de travail et d'accueil
- **Les professionnels sont formés** sur les risques, les limites de la contention et sur ses alternatives

Il est recommandé que la sécurité des personnes accueillies soit avant tout assurée par la surveillance exercée par l'équipe (ANAES 2004)



- Le projet individuel de soins et d'accompagnement définit les **adaptations des conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir** aux besoins et attentes de la personne, à ses capacités et aux possibilités de compensation de ses déficits
 - La balance entre les **risques réellement encourus** par la liberté d'aller et venir, dans et hors de l'établissement, et **les risques d'aggravation de l'état de santé, conséquences du confinement**, doit être évaluée, discutée avec la famille et l'entourage et régulièrement réévaluée (ANAES 2004)
 - Il est nécessaire **d'associer la famille** à l'élaboration du projet de soins et d'accompagnement personnalisé, de la mobiliser, de la responsabiliser et de rechercher systématiquement son aide pour l'exercice de la liberté d'aller et venir
 - **Les comportements à risque doivent être évalués et étayés par des faits**

Un principe de base

La préservation de la liberté d'aller et venir se fonde sur un principe de **prévention individuelle** et non sur un principe de précaution générale (ANAES 2004)



- Les alternatives à la contention sont tous les moyens permettant de la proscrire dans l'établissement, en dehors d'une situation d'urgence médicale
- **Trois éléments de prise en charge à associer devant tout trouble psychologique ou comportemental pouvant nécessiter le recours à la contention**
 1. Remédier aux causes médicales
 2. Adapter l'environnement
 3. Accompagner la personne



- **Traiter les facteurs médicaux contribuant au risque de chute**
 - **Pathologies somatiques**
 - Hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil, dépression, déshydratation, pathologies cardiovasculaires, iatrogénie, etc.
 - **Déficits sensoriels**
 - Vérifier l'adaptation ou le port de lunettes, de prothèse auditive, etc.
- **Adapter l'environnement**
 - **Enlever tout équipement inutile et optimiser l'éclairage**
 - **Adapter le mobilier** (demander l'aide d'un ergothérapeute si besoin)
 - Lit bas (< 45 cm), matelas de gymnastique en bas du lit
 - Blocage des roulettes (lit, table de nuit, adaptable, etc.)
 - Aides techniques adaptées (fauteuil, accoudoir, canne, déambulateur, etc.) et apprentissage de leur utilisation
 - **Installer le fauteuil là où la personne le souhaite et placer les objets familiers ou nécessaires à portée de main**



- **Accompagner la personne**

- Vérifier le port de **chaussures** fermées, adaptées
- **Inciter à l'activité physique**
 - Rassurer la personne si elle a peur de tomber et lui indiquer les endroits à risque (sol glissant, escaliers, etc.)
 - Inciter la personne à marcher et l'assister dans ses déplacements si nécessaire (aller à la salle à manger, aux animations, au jardin, aux toilettes, etc.)
 - Éviter que la personne reste assise trop longtemps
- **Informer la personne sur le rythme de passage des personnels**
 - Accompagner régulièrement la personne aux toilettes si nécessaire, y compris la nuit
- **Lui apprendre à utiliser les aides techniques proposées**
 - Apprendre à se lever et s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs
 - Apprendre à utiliser les ustensiles d'aide à la marche, les rampes, les barres d'appui, etc.



- **Traiter les raisons médicales et corriger les déficits sensoriels**
 - **Pathologies somatiques** : douleur, troubles du sommeil, dépression, hyperthermie, fécalome, globe vésical, etc.
 - **Iatrogénie**
- **Adapter l'environnement**
 - **Éviter les stimulations auditives excessives** (télévision, interpellations, etc.)
 - **Éviter la présence de personnes au comportement perturbateur**
- **Accompagner la personne**
 - **Présence calme et rassurante des soignants**
 - De préférence des soignants qu'elle connaît
 - Au besoin lui rappeler le nom et la fonction du soignant^t
 - **Respecter ses habitudes, notamment alimentaires, son rythme de vie, y compris les phases de sommeil, ses centres d'intérêt**
 - **Favoriser le contact relationnel**



- **Corriger des facteurs médicaux**
 - Iatrogénie, anxiété, douleur, etc.
- **Adapter l'environnement**
 - Améliorer la sécurité des lieux et les possibilités d'orientation dans l'espace
 - Aménager des espaces de déambulation sécurisés
- **Accompagner la personne**
 - Lui expliquer l'agencement des locaux, lui montrer les interrupteurs
 - Lui rappeler le déroulement d'une journée (repas, présence du personnel, animations, etc.)
 - La réorienter calmement, capter son attention (photos, posters, télévision, fenêtre, etc.)



- **Les barrières de lit : un mode de contention banalisé et pourtant dangereux**
 - Elles sont conçues pour empêcher la chute de la personne pendant son sommeil ou son transport, et non pour l'empêcher de sortir **volontairement** de son lit
 - Si la personne tente de sortir de son lit malgré les barrières, elles **représentent un véritable danger** : risque de blessure grave, d'asphyxie, de chute après piégeage d'un membre, etc.





Le cas particulier des barrières de lit (2)



La contention

- **L'utilisation des barrières de lit exige le respect de certaines règles**
 - **Évaluation réitérée du rapport bénéfice/risque pour décider de l'utilisation ou non des barrières**
 - Rechercher en équipe d'alternatives à l'utilisation des barrières
 - Évaluation des capacités de surveillance du service
 - Évaluation de l'état physique, cognitif et comportemental du patient (besoins, capacités, lucidité, taille, agitation, etc.)
 - **Les modalités d'utilisation des barrières sont formalisées (protocole)**
 - **Une surveillance régulière est mise en place, y compris la nuit**
 - Une surveillance renforcée est nécessaire pour les personnes agitées, non valides, non lucides (risque d'accident accru)
 - Elle permet d'intervenir rapidement en cas de piégeage et d'éviter des conséquences cliniques graves
 - Elle permet de répondre aux besoins du patient et de limiter ainsi les raisons de vouloir sortir de son lit



- **Des gestes simples pour limiter le risque d'accident**
 - Vérifier systématiquement à chaque utilisation le bon **verrouillage** en position haute des barrières et la bonne **fixation** des barrières au cadre du lit (pour les barrières amovibles)
 - Si le lit est équipé de **demi-barrières**, laisser la demi-barrière côté pied abaissée permet au patient de sortir de son lit sans risque de piégeage.
 - Pour **réduire le risque de blessure en cas de chute**
 - Poser des coussins en mousse sur le sol
 - Mettre le lit en position basse en dehors des soins
 - **Signaler aux services de maintenance tout dysfonctionnement ou pièce suspecte**

Aucun moyen technique ne remplace la surveillance du patient (AFSSAPS, 2006)