



A propos de la contention physique des personnes âgées

Information destinée aux professionnels de santé

Définition

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. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2000)

Matériels et pratiques :

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

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

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

Parmi les moyens non spécifiques, il faut considérer :

- tout matériel détourné de son usage, (exemple un drap)
- tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps, (exemple les couchages de sécurité)
- la limitation de la mobilisation, comme le verrouillage extérieur de la chambre

(Source : ANAES 2000 et avis du groupe de travail de la campagne régionale « Pare à Chute »)

La liberté d'aller et venir est la règle selon :

- **Les textes généraux**
 - **Code civil** : le principe de l'inviolabilité et respect du corps humain
 - **Code pénal**, loi du 10/07/00 : Responsabilité pénale : délits non intentionnels
 - **Art 18 du traité instituant la Communauté Européenne** du 25 mars 1957 : « principe d'aller et venir » « Toute limitation soit strictement motivée »
- **Les textes professionnels :**
 - **Serment d'Hippocrate** : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté... J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. »
 - **Le décret du 29/07/2004** (livre III Aux méd) relatifs aux actes prof des IDE : « Promouvoir l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques.. »
 - **Le décret du 16/02/93** relatif aux règles professionnelles : « l'infirmier...exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité.. »
- **Extraits de La charte de la personne âgée dépendante (2007)**
 - « **1. Choix de vie**
Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.
 - 3. Vie sociale et culturelle**
Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société. »

Trois idées fausses sur la contention :

- La contention protège des chutes graves
- L'absence de contention fait courir un risque médico-légal
- Les barrières de lit ne sont pas une contention

!! Rappel des risques de la contention !!

- augmentation du risque de chute grave (perte de masse osseuse)
- majoration ou apparition d'une confusion ou d'une agitation
- complications physiques liées à l'immobilisation (incontinence urinaire et fécale, encombrement bronchique, régression psychomotrice, dénutrition et déshydratation, infections nosocomiales, anxiété, peur, agressivité, inconfort, troubles du sommeil, atteinte de l'intégrité socio-psychologique)
- perte d'autonomie et augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité

Rappel des recommandations de pratiques de l'ANAES pour la mise en place d'une contention et de la campagne régionale « Pare à Chute » pour les alternatives à la contention :

I. La décision de contention, après l'évaluation du risque de chute et la recherche d'alternatives

1. Evaluation du risque de chute

- **facteurs liés au patient** : identifier ses facteurs de risques de chutes intrinsèques favorisant, précipitants, comportementaux et de blessure (*cf. la fiche « Pare à Chute » d'évaluation et caractérisation du risque de chute*).
- **facteurs liés à son environnement** (hauteur du lit, freins de lits et/ou de fauteuils non activés, éclairage non adapté ...)

2. Recherche d'alternatives à la contention

- Approche médicale et paramédicale :

- **corrections des facteurs de risque** liés au patient quand cela est possible
- **mise en place des « Précautions universelles contre les chutes », PUC de la campagne « Pare à Chute » :**
 1. Bon pied (chaussage et soins des pieds, ourlets des vêtements), Bon œil (correction optimale, et port des lunettes)
 2. Nutrition, hydratation, supplémentation en vitamine D
 3. Révision de la pertinence des prescriptions
 4. Utilisation des aides techniques et accompagnement à la mobilité
 5. Sécurisation de l'environnement : aires de déplacement non encombrées, éclairages fonctionnels, freins de lits et de fauteuils activés, repose-pieds adaptés, hauteur de lit adaptée, mise à proximité des objets personnels (montres, lunettes, photos) et des aides techniques.

- Approche occupationnelle

- Approche socio-psychologique

3. Evaluation pluridisciplinaire du bénéfice/risque de la contention, tracée dans le dossier

II. Information du sujet âgé et de ses proches sur les raisons et buts de la contention, les moyens utilisés, la durée prévue. Leur consentement et leur implication sont recherchés.

III. Prescription médicale motivée en équipe pluridisciplinaire si possible avec comme contenu :

1. motifs (résultat de l'évaluation du bénéfice/risque)
2. durée prévisible et fréquences de sa réévaluation
3. risques à prévenir
4. surveillance
5. matériel

IV. Mise en œuvre de la contention :

1. Programmation des soins et prévention des risques liés à la contention :

- Choix du matériel
- Surveillance (programmée dans le diagramme de soins) :
 - physique (respiratoire, cutanée, hydratation, continence),
 - psychologique (écoute active, respect de la perception du résident)
 - environnementale (objets personnels à proximité).

2. Réévaluation du bénéfice risque et arrêt de la contention

- Réévaluation du bénéfice risque de la contention en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient et des conséquences de la contention.
- Information de la motivation de l'arrêt au patient et à son entourage