

CONTENTION CHEZ LES SUJETS ÂGÉS : UN DILEMME EN SANTÉ ?

L'HISTOIRE

Monsieur Durant, homme âgé de 78 ans, est hospitalisé le 10 août suite à des chutes à répétition à son domicile. Il s'agit d'un patient vivant seul, éthylique et tabagique. Il ne présente pas de delirium, mais quelques épisodes d'agressivité répétés. Le patient est également incontinent et la force qu'il exerce sur ses membres inférieurs est déficiente.

Lors de son admission, le patient présente des lésions cérébrales suspectes. Une IRM est recommandée mais ne sera pas effectuée. Un test afin d'évaluer le niveau cognitif et mental de Monsieur Durant est réalisé. Le résultat obtenu indique un état de conscience altéré. Sur ordre médical le patient est régulièrement

mis dans un fauteuil afin de le maintenir mobile et d'éviter que son état physique ne se dégrade. Une tablette fixe est utilisée comme matériel de contention.

Au cours des trois jours qui suivent l'admission du patient, à part quelques épisodes d'agressivité, son état reste plutôt stable. Le matin du 13 août après la toilette, comme tous les jours, le patient est mis au fauteuil avec la tablette, de l'eau et une sonnette à portée de main. Vers 11h30 le tour des médicaments est effectué et l'infirmière qui s'occupe de l'administration médicamenteuse ne constate rien d'anormal dans la chambre. À 12h00 les repas sont servis. Le patient se trouve assis dans le fauteuil, il est

conscient, agressif et refuse de manger. Début de l'après-midi, aux environs de 14h, l'alarme sonne depuis la chambre du patient. L'infirmière se rend à la chambre et constate que Monsieur Durant a glissé du fauteuil. Celui-ci se retrouve avec le cou coincé entre la tablette et le fauteuil. Il est en syncope et cyanosé (C'est son voisin de chambre qui a sonné l'alarme). L'infirmière court chercher ses collègues pour le relever. Quatre infirmiers arrivent et enlèvent la tablette.

Après avoir mesuré les paramètres du patient, l'oxygénothérapie est effectuée. Le patient continue à dessaturer et sera donc transféré aux soins intensifs.

L'ANALYSE

La contention chez les personnes âgées est une pratique répandue au niveau mondial. Celle-ci est définie comme « 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 pour une personne âgée ayant un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (ex. : barrières de lit, ceintures pliques, tablettes etc.) (ANAES, 2000).

Cependant cette pratique est un exemple des dilemmes qui surviennent lors de la prestation de soins. Bien que dans certains cas, la contention physique est considérée comme nécessaire pour protéger le patient (ex. : prévention de chutes, maîtrise de l'agitation et des troubles comportementales), ces mesures peuvent entraîner des risques et des conséquences parfois irréversibles chez les patients âgés et fragiles. Plusieurs études ont démontré que la contention ne protège pas le patient, et, que dans certains cas celle-ci entraîne des effets secondaires, tels que l'augmentation des chutes, l'aggravation des états d'agitation, escarres, dépression et parfois même le décès (Berzlanovich, 2012).

C'est pour cette raison que la contention ne peut être utilisée qu'en dernier recours et doit être une décision médicale éclairée. La mise en place d'une contention doit ainsi faire l'objet d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire accompagnée d'une planification rigoureuse.

Pour planifier l'utilisation de la contention au niveau institutionnel, plusieurs recommandations ont été élaborées (Van de Vyvere et al, 2013) (ANAES, 2000) :

Evaluation des besoins

L'analyse initiale doit tout d'abord permettre de définir et justifier la raison d'une éventuelle

contention, après épuisement de toutes les alternatives possibles. Lors de cette analyse, il est important de chercher tant les risques de la non contention (chute, épuisement, etc.) comme ceux liés à la contention (strangulation/asphyxie traumatisme, fonte de la masse musculaire, etc.). Disposer d'une procédure et d'un algorithme décisionnel pour la mise en place d'un dispositif de contention peut s'avérer essentiel.

Évaluation pluriprofessionnelle

Comme mentionné auparavant, la décision de placer un patient sous contention doit au préalable faire l'objet d'une discussion avec l'ensemble de l'équipe soignante. Lorsque la contention est considérée comme inévitable, celle-ci doit faire l'objet d'une procédure écrite et d'un suivi régulier par l'équipe soignante, avec évaluation quotidienne de son utilité, afin que sa durée soit la plus courte possible.

Prescription médicale

Toute contention doit être accompagnée d'une prescription médicale, permettant d'identifier les motifs, la durée prévue, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention. Cette prescription doit être normalement réévaluée toutes les 24 heures.

En cas d'urgence et en l'absence de médecin, les infirmiers peuvent avoir recours à la contention sans prescription médicale mais la situation doit être régularisée dans les plus brefs délais par un médecin.

Choix de la contention

Le choix du matériel doit être adapté en fonction de l'état du patient, validé et garantir le confort et la sécurité de celui-ci. Dans notre cas, le type de contention n'était pas adapté à l'état actuel du patient. Une tablette avec entrejambe ou un coussin antiglisse auraient été plus adaptés.

Information du patient et de sa famille

Le patient et sa famille doivent être informés de la nécessité de contention pour que la décision soit prise avec leur consentement. Les raisons, les moyens et les matériels utilisés, la durée prévue ainsi que la surveillance doivent être expliqués.

Surveillance de la contention

Une fois placée, la contention doit faire l'objet d'une surveillance programmée à intervalles réguliers. Les domaines à surveiller sont la déshydratation, constipation, incontinence, troubles respiratoires, inhalation, perte d'appétit, blessures, troubles psychologiques, posture et position. Après 24 heures, l'utilité et la nécessité d'avoir recours à la contention doivent être régulièrement réévaluées et des alternatives doivent être systématiquement recherchées.

Programme d'éducation de la contention

Un programme d'éducation du personnel permet non seulement de diminuer la prévalence des contentions, mais aussi les complications liées aux contentions qui sont inévitables. Les professionnels sont formés aux mesures alternatives à la contention physique, aux risques de celle-ci, aux surveillances à réaliser, à l'importance de l'intégration de la famille et de l'équipe pluridisciplinaire dans le processus de décision, ainsi qu'à l'évaluation des mesures de contention.

Ressources consultées :

Van de Vyvere A, Dumont C. Procédures et contention physique. Rev Med Brux. 2013; ; 34 : 368-75
AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES 2000 ; 1-41.
Gulpers M, Bleijlevens M, Ambergen T. and al. (Janvier 2013). Reduction of belt restraint use : long-term effects of the EXBELT intervention. Journal of American Geriatric Society.2013 ; 61, 1, 107-112
Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths Due to Physical Restraint. Deutsches Ärzteblatt International. 2012;109(3):27-32.