

Contention physique

Protocole d'évaluation clinique (EVAL) = 2

Les informations relatives à ce code EVAL se divisent en trois parties :

- (I) **Signification** : La signification du code 2 pour le Protocole d'évaluation clinique « contention physique ».
- (II) **Problématique** : Description, mise en contexte et énoncé du problème.
- (III) **Directives** : Les mesures qui doivent être prises par ordre chronologique (plan synoptique et développement par étape).

Ces informations doivent être imprimées dans leur intégralité. Il est possible de consulter des sources documentaires supplémentaires.

I. Signification

Le **Protocole d'évaluation clinique « contention physique » est activé**. Cela signifie que la liberté de mouvement de ce patient, au moment de l'évaluation, était limitée au moyen de matériel de contention, comme par exemple une ceinture au niveau du bassin, des sangles de poignets et/ou de chevilles ou une chaise rendant impossible la position debout ou la liberté des mouvements.

Cet EVAL opère une distinction entre deux types de patients immobilisés sur la base de leur statut d'activités ordinaires de la vie. Un sous-groupe reprend les patients immobilisés qui sont peu indépendants dans leurs activités ordinaires de la vie (activation du code EVAL 1), tandis que l'autre sous-groupe inclut les patients immobilisés qui sont encore relativement indépendants dans l'exécution des activités ordinaires de la vie (activation code EVAL 2).

Lorsque l'EVAL est activé avec le code 2, il est demandé **de retirer le matériel de contention pour un patient qui n'est plus en mesure d'effectuer que quelques activités ordinaires de la vie « middle loss » ou « early loss »** (par exemple l'hygiène personnelle, s'habiller et se promener). Les patients appartenant à ce sous-groupe sont souvent immobilisés afin de prévenir les incidents de chute, la désorientation et les problèmes de comportement (par exemple, s'opposer toute forme d'aide, agressivité, comportement social inadapté). Près de 20 % des personnes âgées immobilisées peuvent être placés dans ce groupe. Les institutions qui disposent d'une stratégie effective sans contention parviennent à garder la grande majorité de ces patients sans contention.

Attention :

Cet EVAL s'applique aux patients admis en MRS ou dans un organisme de soins post-aigus, ET PAS aux patients autonomes qui reçoivent des soins à domicile.

En cas d'activation de l'EVAL « contention physique », on utilisera les mêmes directives (voir partie III Directives) pour le code 1 et pour le code 2.

II Problématique

Cet EVAL identifie les patients qui font l'objet d'une contention physique. Il concerne « toute manipulation ou l'utilisation de matériel qui limite la liberté de mouvement et qui ne peut pas être aisément retiré », en ce compris la contention passive, comme les chaises qui empêchent la personne de se déplacer librement (par exemple une chaise gériatrique).

La contention physique est associée à des effets physiques et psychosociaux négatifs, raison pour laquelle elle n'est que rarement indiquée et qu'elle ne devrait être utilisée que temporairement et à court terme. Les risques physiques liés à l'utilisation du matériel de contention peuvent être : perte de la masse musculaire, contractures, mobilité et résistance réduites, troubles de l'équilibre, peau flasque, constipation, incontinence et perte d'appétit. Par ailleurs, il existe réellement un risque que les patients immobilisés qui essaient de se libérer eux-mêmes du matériel de contention chutent, se blessent et même qu'ils s'étranglent.

Les conséquences psychosociales associées à l'application de la contention physique peuvent être : sentiments de honte, désespoir, agitation, stress et stigmatisation.

En dépit des risques liés à la contention, elle est appliquée dans de nombreuses situations : les problèmes de comportement, entre autres, donnent souvent lieu à l'utilisation de matériel de contention. Les études démontrent cependant que la contention n'est pas la réponse adaptée à ce type de problèmes. Au contraire, l'utilisation de la contention physique peut même aggraver ces problèmes, du fait que le patient se sente agacé par l'inconfort de la restriction de sa liberté de mouvement. Une autre indication réside dans l'application de la contention par manque de membres du personnel. Pourtant, il a déjà été démontré à maintes reprises que l'utilisation de mesures de contention augmente encore la charge de travail du personnel en raison d'une régression de la santé physique et mentale du patient. De ce fait, ces patients doivent être contrôlés encore plus fréquemment au jour le jour.

III Directives

Plan synoptique

ETAPE 1 :
Vérifiez les indications pour l'utilisation du matériel de contention et utilisez des



❖ **HYPOTHESE: LES ALTERNATIVES N'OFFRENT PAS DE SOLUTION** pour garantir la sécurité du patient (et des autres personnes) et le traitement.

Passez à l'étape 2

ETAPE 2 :
Lancez le processus de prise de décision

ETAPE 3 :
Utilisez la contention physique

ETAPE 4 :
Faites rapport dans le dossier médical

ETAPE 5 :
Réévaluez

Etapes à suivre

ETAPE 1 :

Vérifiez les indications pour l'utilisation du matériel de contention et utilisez des

- Cette première étape représente une **étape importante**, étant donné que **les mesures de contention physique** représentent, sur le plan médical, social, juridique et déontologique, **des mesures de dernier recours**. Par ailleurs, l'utilisation du matériel de contention doit tenir compte de la **loi relative aux droits du patient** (22/08/2002), qui stipule que pour chaque intervention chez un patient majeur, le consentement préalable et libre de la personne informée et capable de décider est exigé. Il n'existe qu'un **nombre limité de situations** dans lesquelles la contention physique ne peut être évitée provisoirement et constitue donc 'la moins mauvaise solution'. C'est le cas lorsque la violence infligée à soi-même ou aux autres ne peut être empêchée d'aucune autre manière et qu'une continuation du traitement ne peut être garantie d'aucune autre manière. Cela signifie que l'utilisation de la contention physique doit **toujours** être réfléchie.
- **Bien souvent**, on a recours à la contention physique pour bien d'**autres mauvaises indications**, sans une bonne évaluation du problème :
 - Antécédents de chutes
 - Problèmes d'orientation
 - Problèmes de comportement
 - Effectifs réduits
 - Routine
 - ...
- C'est la raison pour laquelle il faut d'abord vérifier pourquoi ce patient est immobilisé et développer des mesures par indication qui permettent d'éviter le recours à la contention physique.
- **(Mauvaises) indications** fréquentes et **alternatives possibles** :
 1. **Contention en raison de l'existence d'antécédents de chute ?**
 - Les études démontrent que la contention physique n'est pas efficace dans la prévention des incidents de chute ou de blessures. Les patients âgés immobilisés courent au contraire un risque plus élevé de contusions, d'hématomes et de lésions corporelles graves.
 - Examinez la (les) raison(s) du risque plus élevé d'incidents de chute chez le patient (voir également EVAL Chutes). Dressez pour cela une liste des conditions qui chez le patient peuvent conduire à un risque accru et développez pour chacune de ces conditions des méthodes de

soins alternatives.

- Conditions qui demandent une approche sans contention :
 - Présence de facteurs qui laissent supposer qu'un incident de chute peut entraîner des lésions graves : ostéoporose, utilisation d'anticoagulants (cumarine, héparine, aspirine), fracture récente du bassin, syncope récente.
 - Présence d'affections fonctionnelles qui laissent supposer qu'un incident de chute pourrait entraîner des lésions graves : graves troubles de la vision, limitations graves dans les activités ordinaires de la vie (concernant le déplacement, le mouvement, la marche)
- Mesures alternatives à la contention :
 - Soignez les affections sous-jacentes par des exercices de force (amélioration du tonus musculaire), l'aérobic (amélioration de la résistance cardiovasculaire), des exercices de marche et d'équilibre (amélioration de l'équilibre)
 - Equipez l'environnement de vie des dispositifs d'aide nécessaires (le patient ne doit donc pas se déplacer sans assistance)
 - Prévoyez des auxiliaires à la marche adaptés (cane, parc) et d'entraînement en utilisation correcte
 - Prévoyez des chaussures permanentes et antidérapantes
 - Placez le lit en position basse
 - Utilisez des protections du bassin (CAVE : les protections du bassin ne sont recommandées que si une bonne confiance dans la thérapie peut être garantie)
 - Installez le patient à proximité et à vue du poste du personnel infirmier
 - Contrôlez l'utilisation correcte des lunettes
 - ...

2. Contention en raison d'une désorientation ?

- La contention physique n'est pas recommandée en cas de désorientation. Observez le comportement du patient et faites-en rapport de manière à ce que l'on puisse trouver la cause du problème. Contactez le médecin pour le diagnostic et le traitement. Dans le traitement du problème sous-jacent, la contention peut être évitée.
- Déterminez si les problèmes d'orientation se produisent suivant un schéma précis.
 - A quels moments de la journée le patient va-t-il errer ?
 - Tenez compte des anciennes habitudes du patient pour

découvrir ce qu'il/elle tente éventuellement d'atteindre.

- Déterminez si les problèmes d'orientation sont un effet secondaire d'une certaine médication.
- Contrôlez si le patient souffre de sentiments de perte ou d'angoisse de l'inconnu. Ceci est important pour la méthode de traitement. Cette méthode doit dans ce cas inclure des stratégies qui font en sorte que le patient se sente en sécurité, à l'aise et protégé.
- Contrôlez si le patient souffre de troubles cognitifs irréversibles (voir EVAL Délire) et réagissez de manière appropriée. Appliquez des mesures de soutien :
 - Utilisez des objets familiers (montre, photos, personne de confiance, journal connu),
 - Contrôlez l'utilisation correcte des lunettes et des appareils auditifs,
 - Orientez régulièrement le patient dans le temps - l'espace – les personnes
- Mesures alternatives à la contention :
 - Augmentez la surveillance en faisant appel à la famille/des bénévoles
 - Installez le patient à proximité et à vue du poste du personnel infirmier
 - Passez un brassard au patient qui referme automatique les portes qu'il approche
 - Utilisez si nécessaire différentes formes de communication, par exemple l'affichage d'instructions au mur de sorte que le patient ne se perde pas
 - ...

3. Contention en raison d'un comportement agité ou agressif ?

- La contention physique n'est pas efficace dans le traitement de l'agitation (approche médicamenteuse voir EVAL Délire). Au contraire, elle ne fait généralement qu'augmenter l'agitation, l'angoisse et l'agressivité.
- Observez, analysez le comportement du patient et faites-en rapport. De cette façon, on peut contrôler si le comportement affiché peut être compris et si on peut en trouver la cause. Le traitement du problème sous-jacent et la réponse aux besoins du patient peuvent éviter le recours à la contention. Pour cela, contactez éventuellement le

médecin.

- Contrôlez si un diagnostic psychiatrique a été posé chez le patient ?
 - Examinez le schéma de médication du patient. Prend-il/elle les médicaments (appropriés) pour traiter la psychose ou la manie. Contactez le médecin.
 - Contrôlez si le comportement du patient est la conséquence d'une affection subite qui s'est récemment déclarée. Contactez le médecin.
 - Contrôlez si le comportement du patient est la conséquence d'un besoin non satisfait (douleur/inconfort, fatigue, faim, soif, angoisse, ennui,...). Ceci est important pour la méthode de traitement. Celle-ci doit répondre à ce(s) besoin(s).
 - Contrôlez si le comportement du patient a été provoqué par le comportement de défi d'un autre patient.
- Mesures alternatives à la contention :
- Identifiez et éliminez tous les facteurs qui peuvent susciter chez ce patient un comportement agressif. Adaptez le schéma de traitement à ses besoins individuels.
 - Approchez le patient de manière calme et tranquille. Une personne adopte souvent le comportement des personnes dans son entourage proche.
 - Ne parlez pas sur un ton élevé, puissant et autoritaire. Cela ne peut qu'irriter davantage le patient.
 - Veillez à ce qu'un seul prestataire de soins intervienne.
 - Réorientez le patient de manière calme, simple, claire et apaisante. Laissez le patient exprimer ses émotions calmement.
 - Ne restez pas à proximité d'un patient agressif physiquement et donnez-lui suffisamment d'espace. Il se sentira moins prisonnier. Veillez à ce que personne ne s'approche du patient. Dès que la situation est à nouveau normale, approchez le patient de manière calme et apaisante.
 - Contactez le médecin lorsque le comportement agressif n'a pas été provoqué par les autres. Prenez des mesures de protection du personnel et des autres personnes.

- Séparez certaines personnes pour éviter les comportements déplacés.
- Prenez des mesures pour faciliter la continuité des soins.

4. Contention en raison du risque de détachement des sondes urinaires, gastriques, sondes de PEG, ... ?

- Il vaut d'abord mieux contrôler ce que le patient veut dire en retirant l'équipement médical.
- Mesures alternatives à la contention :
 - En cas de sonde urinaire : habillez le patient d'un pantalon long et prévoyez un sac de jambe de sorte que le patient n'ait pas tendance à tirer sur la sonde.
 - En cas de traitement par perfusion : habillez le patient d'une chemise à manches longues de sorte à couvrir les cathéters éventuels.
 - Donnez au patient un objet qu'il peut tenir en mains.
 - Contrôlez si la famille peut passer du temps avec le patient pour le calmer et surveiller qu'il n'arrache pas le matériel médical.
 - Expliquez si possible l'utilité du traitement au patient.

❖ **HYPOTHESE: LES ALTERNATIVES N'OFFRENT PAS DE SOLUTION** pour garantir la sécurité du patient (et des autres personnes) et le traitement.

Passez à l'étape 2

ETAPE 2 :

*Lancez le processus de prise de décision**

- La **décision** de procéder à l'utilisation de la contention physique doit toujours être **bien réfléchie**, de manière à opérer un choix éthique, médical et juridique approprié et justifié. Cela se fait de préférence en équipe et avec le patient et/ou sa famille.

- Dans cette étape, il y a lieu de tenir compte de la **loi relative aux droits du patient** du 22/08/2002 (Moniteur belge du 26/09/2002). Celle-ci stipule que pour chaque intervention chez un patient majeure, le consentement préalable et libre de la personne informée et capable de décider est exigé (art. 8 §1).
- Tout d'abord, il faut opérer une distinction entre les **situations urgentes et les situations non urgentes**, étant donné que le processus de prise de décision* diffère dans les deux situations. Examinez dans quelle situation on se trouve.
 - **Décision de contention physique dans des situations URGENTES ?**
 - Dans ces situations, la contention physique peut être indiquée pour des raisons médicales justifiées, dans des situations dangereuses.
 - La loi stipule que tout prestataire de soins doit agir **sans plus attendre**, mais se limiter aux **interventions nécessaires immédiatement dans l'intérêt de la santé et de la sécurité du patient et/ou des autres personnes**.
 - Dans des situations très délicates, chaque prestataire de soins (qui n'est pas forcément infirmier ou médecin) doit se concerter avec **un membre du personnel infirmier** concernant la décision de contention. Ce membre du personnel infirmier **décide** ensuite **de manière autonome** d'avoir recours ou non à la contention. **Contactez** le plus rapidement possible le **médecin** en cas de contention pour une évaluation du patient dans un lit.
 - **Informez la famille** sur les raisons de la contention. Prévoyez si nécessaire un accompagnement et un soutien.
 - Important
 - Documentez toujours la procédure de décision dans le dossier du patient (l'art. 15 §3 de la loi relative aux droits du patient impose une justification écrite).
 - **Décision de contention physique dans des situations NON URGENTES ?**
 - Dans ces situations, la contention physique ne peut être utilisée que si la sécurité ne peut être assurée d'aucune autre manière ou si le comportement ne peut être maîtrisé d'aucune autre manière.
 - Il faut ici faire une distinction entre deux types de patients : le **patient incapable de prendre des décisions** et le **patient capable de**

* Sur la base des directives de l'UZ Leuven.

prendre des décisions. Il faut tenir compte de cette distinction. C'est la raison pour laquelle il faut contrôler à quel groupe appartient le patient concerné.

1. Le patient incapable de prendre des décisions (constatation du médecin)

○ *Qui ?*

- Ce patient est au moment de l'évaluation incapable mentalement et/ou physiquement de :
 - ✓ Comprendre les informations qui lui sont communiquées ou
 - ✓ Prendre conscience de la nature de la situation ou
 - ✓ Prendre conscience des conséquences de sa décision

○ *Que faire d'après la loi relative aux droits du patient ?*

- A ce moment, pour prendre la décision, il y a lieu de se référer respectivement à :
 - ✓ Une déclaration anticipée
 - ✓ Un représentant mandaté (préalablement) par le patient lui-même ou
 - ✓ Un représentant légal du patient, suivant un ordre hiérarchique fixé par la loi :
 - (1) le conjoint cohabitant, le conjoint cohabitant légal ou de fait
 - (2) un enfant majeur
 - (3) un parent
 - (4) un frère ou une sœur majeur(e)

○ *Et dans la pratique ?*

- Une déclaration anticipée est rarement disponible. C'est la raison pour laquelle il faut impliquer directement le représentant du patient (généralement la famille), dans la mesure du possible, dans la prise de décision.
- **Informez la famille** sur les avantages et les inconvénients de la contention.
- Entretenez un dialogue ouvert avec la famille, de manière à pouvoir tenir compte de leur vision et de leur perception.
- De par cette implication proactive, la famille aura probablement tendance à introduire moins rapidement une plainte au cas où il se produirait un accident ou un autre problème dans le cadre de la contention ou de la non contention.

- *Exception au principe général énoncé ci-dessus*
 - Le membre du personnel infirmier ou le médecin défend les intérêts du patient incapable de prendre des décisions chaque fois que :
 - ✓ Il n'y a pas de déclaration anticipée ;
 - ✓ Il n'y a pas de représentant mandaté par le patient lui-même (ou que celui-ci n'est pas disponible)
 - ✓ Il n'y a pas de représentant légal (ou que celui-ci n'est pas disponible)
 - ✓ Un cas de conflit survient entre les représentants légaux du même rang
 - ✓ Un représentant légal prend une décision qui implique une menace pour la vie ou une grave dégradation de l'état de santé du patient.
- *Important*
 - Documentez toujours la procédure de décision dans le dossier du patient (l'art. 15 §3 de la loi relative aux droits du patient impose une justification écrite).

2. Le patient capable de prendre des décisions

- Dans ce cas de figure, le consentement du patient est exigé avant de procéder à la contention physique.
- En cas de refus, en qualité de prestataire de soins (si vous n'êtes pas vous-même infirmier ou médecin), concertez-vous toujours immédiatement avec le médecin ou le membre du personnel infirmier.
- Informez le plus possible le patient sur les différentes possibilités et les conséquences de la contention et de la non contention.
- En cas de refus persistant, n'utilisez pas la contention et notez la décision dans le dossier médical.

ETAPE 3 : Utilisez la contention physique

- En cas de recours à la contention physique, il faut toujours essayer **d'abord** les **mesures** les **moins restrictives**. Dans ce cas, l'attention doit également porter sur l'exécution d'un certain nombre de **mesures d'accompagnement**, et ce afin d'éviter les complications.

▪ ***Quelles mesures d'accompagnement ?***

- Contrôlez si le matériel est utilisé en toute sécurité : par exemple, contention non serrante, attention aux vêtements ou bijoux serrants, mais pas non plus une contention trop lâche qui permettrait au patient de se dégager et de se blesser
- Contrôlez si le matériel est utilisé correctement : suivant le manuel d'utilisation de la société. Pas d'improvisation !
- Contrôlez la manière dont le patient réagit sur le plan physique et émotionnel et prévoyez un soutien et un accompagnement
- Veillez à une protection maximale de l'intimité
- Veillez à un confort maximal (tant physique que psychosocial)
- Veillez à une surveillance et un contrôle réguliers des :
 - Paramètres vitaux ;
 - Mouvements, sensations, circulation sanguine/pulsation vis-à-vis de la contention
 - Besoins personnels (toilette, alimentation, hydratation)
 - Le matériel de contention (matériel adapté ?)
- Veillez à interrompre régulièrement la contention physique (par exemple lorsque la famille est présente)
- Demandez à la famille s'il est possible de prévoir une présence apaisante auprès du patient

ETAPE 4 :

Faites rapport dans le dossier médical

- Dans le dossier médical, il faut dresser un rapport dans lequel sont repris un certain nombre de points :

- Une justification de l'utilisation de la contention physique
- Les heures de contention, de contrôle et de réévaluation
- Le type de matériel de contention utilisé
- Le nom de toutes les personnes concernées et le contenu de l'entretien

ETAPE 5 :

Réévaluez

- Le **recours à la contention physique** doit en principe **durer le moins longtemps possible**. Par conséquent, **dès que la phase critique est passée**, il faut **évaluer** si la contention physique peut être **arrêtée** ou non.
- **Réévaluez** à intervalles réguliers. Cette réévaluation doit être réalisée par un membre du personnel infirmier et être discutée en équipe.
- La **décision** de mettre fin ou non à la contention physique est prise par au minimum un membre du personnel infirmier, mais de préférence en concertation avec les autres membres de l'équipe. **Notez** cette décision dans le **dossier médical** et communiquez-la le plus rapidement possible au médecin. Informez également le patient et sa famille.
- Lorsqu'il est décidé de **prolonger provisoirement la contention physique**, il faut alors tenir compte des **points à retenir prévus à l'étape 3**.

Sources et bibliographie complémentaire

- Mode d'emploi EVAL interRAI :
 - Everyone Wins! Quality Care Without Restraints, The Independent Production Fund, in association with Toby Levine Communications, Inc., New York, New York, 1995.
 - Tideiksaar, Rein, PA-C, Ph.D., Preventing Falls, Avoiding Restraints. *Untie the Elderly* newsletter. September, 1998, 10(2).
 - Untie the elderly, The Kendal Corporation, PO Box 100, Kennett Square, PA 19348. www.ute.kendal.org.
 - Williams CC, Burger SG, Murphy K. (1997) *Restraint Reduction*. In (Eds): Morris JN, Lipsitz LA, Murphy K, Belleville-Taylor P. Quality Care in the Nursing Home. Maryland: Mosby Lifeline.
- Milisen K, Vanderberghe J, Sabbe M, et al. Richtlijn betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen ter beveiliging van de cliënt in de UZLeuven. *Tijdschr. Voor Geneeskunde* 2006; 62 (23): 1659 – 1663.
- Gastmans C, Milisen K. Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak. *Tijdschr. Voor Geneeskunde* 2006; 62 (23): 1650 – 1658.