



ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

OCTOBRE 2000

Service évaluation en établissements de santé

Dans la collection Évaluation en établissements de santé :

- **Évaluation de la tenue du dossier du malade** - juin 1994
- **Références médicales applicables à l'hôpital** - avril 1995
- **La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé** - Revue de la littérature - septembre 1996
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie - juin 1998
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts - juin 1998
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la prévention des escarres - juin 1998
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires - novembre 1998
- **Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité** - Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français - avril 1999
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires - Décembre 1999.
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité et de la tenue du partogramme - janvier 2000
- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de l'utilisation des chambres à cathéters implantables. *À paraître*
- **L'antibioprophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche.** *À paraître*

Dans la collection Guides méthodologiques :

- **L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique - juin 1994
- **Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques** - octobre 1996
- **L'audit clinique** - Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles - janvier 1999

Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, vous pouvez consulter son site Internet www.anaes.fr ou envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en octobre 2000. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion - 159, rue Nationale. 75640 Paris Cedex 13

Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

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

I.S.B.N. :

Prix net :

F

AVANT-PROPOS

Utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation, la pratique de la contention physique des personnes âgées s'est développée de façon importante, presque insidieusement, au fil du temps. Des dispositifs de contention existent et le choix offert est de plus en plus large.

Pourtant, cette pratique courante ne figure pas très souvent dans les divers programmes de formation des professionnels de santé. Probablement parce que sa seule inscription pourrait soulever des problèmes éthiques et déontologiques majeurs. En effet, cette pratique porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques, tout en ayant une efficacité souvent aléatoire.

Consciente qu'il fallait à la fois améliorer la sécurité de cette pratique et en réduire au maximum le recours, la Direction générale de la santé a demandé à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé de réaliser un guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur ce thème.

Dans ce document, la contention est abordée, en premier lieu, comme une pratique utile dans certains cas. Un référentiel constitué de critères de pratique est proposé pour en améliorer la sécurité.

En second lieu, elle est considérée comme une pratique, en partie évitable, si des alternatives appropriées et convaincantes sont proposées. Les exemples de programmes étrangers, qui ont visé à réduire sa fréquence d'utilisation, montrent que les méthodes d'amélioration continue de la qualité sont adaptées pour induire d'autres pratiques, souvent innovantes. De nombreuses suggestions sont faites dans ce sens, autant pour les solutions qui permettent d'éviter la contention, que pour l'organisation à mettre en place, de façon à n'en conserver que les indications nécessaires.

Nous souhaitons que ce document réponde aux attentes des professionnels de santé qui veulent s'engager à utiliser la contention d'une manière appropriée et, faute d'autre recours, le mieux possible et le moins longtemps possible.

Pour qu'il puisse réellement contribuer à améliorer la sécurité des personnes âgées, éviter la dégradation de leur état de santé et préserver leurs droits et leur qualité de vie, ce document devrait s'intégrer à un programme d'ampleur nationale auprès des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'ANAES

REMERCIEMENTS

Ce document a été réalisé par M^{me} Christine COZON et le D^r Fati NOURHASHEMI, chargées de projet, sous la coordination du D^r Jacques ORVAIN, directeur de l'évaluation, et du P^r Jean-Louis TERRA, responsable du service évaluation en établissements de santé.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Christine DEVAUD et M^{me} Carine SAULBERTOLONE, du service documentation.

Nous remercions les membres de l'ANAES qui ont relu ce document, en particulier le D^r Jean-François DÜRR, ainsi que M. Philippe LOIRAT, président du Conseil scientifique de l'ANAES, le D^r Joël COGNEAU et M. Philippe STEVENIN qui ont été rapporteurs auprès du Conseil scientifique de l'ANAES.

GROUPE DE TRAVAIL

D^r Jean-Yves LEMONNIER, CH, Hôpital Porte-Madeleine, ORLÉANS ;
M^{me} Marie-Claude MOUCHET, cadre infirmier supérieur, CHU, GRENOBLE ;
M^{me} Anne-Marie MOUCHOT, surveillante générale, Maison Hospitalière, BACCARAT ;

D^r Yves PASSADORI, CH, Maison médicale pour personnes âgées, MULHOUSE ;
P^r Bruno VELLAS, gériatre, CHU La Grave-Casselardit, TOULOUSE.

GROUPE DE LECTURE

P^r Jean-Louis ALBAREDE, gériatre, CHU La Grave-Casselardit, TOULOUSE ;
M^{me} Anne-Marie ARGENTIER, service de gérontologie, CHU, GRENOBLE ;
M^{me} Françoise BEBIN, cadre infirmier, CHU, ORLÉANS ;
P^r Jacques BEYLOT, gériatre, CHU, BORDEAUX ;
M^{me} Sylvie BLANC, kinésithérapeute, Centre Adélaïde-Perrin, LYON ;
D^r Michel CAVET, gériatre, Hôpital Saint-Jean, BRIARE ;
P^r Bernard DEVULDER, gériatre, CHU, LILLE ;
M. Marc DUPONT, chef du département des droits du malade, AP/HP, PARIS ;
D^r Benoît GIEN, médecin gériatre libéral, CHECY ;
D^r Elisabeth HOVASSE, psychiatre, Hôpital de la Noue, VIERZON ;
P^r Claude JEANDEL, gériatre, CHU Saint-André, MONTPELLIER ;

P^r Francis KUNTZMANN, gériatre, CHU, STRASBOURG ;
M^{me} Line LEBLANC, psychoéducatrice, responsable des stages en psychoéducation, université du Québec, HULL QUÉBEC (Canada) ;
M. Nasser MAATAR, directeur adjoint, Maison de convalescence, MALZEVILLE ;
Dr Jean Paul MAROT, gériatre, CH, SAINT-NAZAIRE ;
M. Joël MARTINEZ, directeur, CH, Le HAVRE ;
P^r Robert MOULIAS, gériatre, Hôpital Charles-Foix, IVRY ;
D^r Louis PLOTON, psychiatre, Hôpital Saint-Georges, BOURG-en-BRESSE ;
D^r Christian ROTHEA, gériatre, Maison de retraite, BACCARAT ;
D^r Xavier TERRENOIRE, gériatre, Maison de retraite l'Hermitage Croix-Rousse, LYON ;
D^r Yves WOLMARK, Hôpital Sainte-Perrine, PARIS.

Nous remercions également pour leur contribution à l'élaboration des outils d'évaluation :

M. Bernard IDOUX, surveillant général, Centre médical, SAALES ;

D^r Jean François LEFORT, cardiologue, CH, MEAUX ;

M^{me} Marie-France MAILLET, directrice de la polyclinique du Golfe, AJACCIO ;

D^r Jean Paul MAROT, gériatre, CH, SAINT-NAZAIRE ;

D^r Yves PASSADORI, gériatre, Maison médicale pour personnes âgées, CH, MULHOUSE.

M. Charles-Henry GOUNOUF, pour les traductions de documents.

SOMMAIRE

STRATÉGIE DOCUMENTAIRE	7
INTRODUCTION	9
DÉFINITION DE LA CONTENTION PHYSIQUE ET POPULATION CONCERNÉE	10
I. DÉFINITION DE LA CONTENTION PHYSIQUE	10
II. POPULATION CONCERNÉE	10
III. CIBLES PROFESSIONNELLES	11
DONNÉES CONCERNANT LA CONTENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	12
I. MOTIFS DE CONTENTION	12
II. BILAN DES PRATIQUES	12
III. DANGERS DE LA CONTENTION	12
III.1. Morbidité	13
III.2. Mortalité	14
III.3. Vécu des soignants	14
RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE CONTENTION	15
I. DÉCISION DE CONTENTION	15
II. INFORMATION DU SUJET ÂGÉ ET DE SES PROCHES	16
III. PRESCRIPTION MÉDICALE, CONTENU ET DURÉE DE VALIDITÉ	16
IV. MISE EN ŒUVRE DE LA CONTENTION	17
IV.1. Programmation des soins et prévention des risques	17
IV.2. Évaluation de l'état de santé du sujet âgé et arrêt de la contention	18
RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION	19
V. PROGRAMMES DE RÉDUCTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE	20
ALTERNATIVES À LA CONTENTION	22
CRITÈRES POUR CONDUIRE UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DE LA CONTENTION	25
CONCLUSION	27
ANNEXES	28
RÉFÉRENCES	40

STRATÉGIE DOCUMENTAIRE

Les bases MEDLINE, HealthSTAR et EMBASE ont été interrogées pour la période 1990-1999 et les recherches limitées aux publications françaises et anglaises.

Mots clés de base

Fall OU *Accidental fall*, associés à *Aged* OU *Aging*, et à *Restraint* OU *Physical restraint* OU *Prevention*.

► **Recommandations, conférences de consensus**

Les mots clés initiaux ont été associés à :
Practice guideline OU *guideline* OU *Health practice guideline* OU *Recommendation* (titre) OU *Clinical protocol* OU *Consensus development conference* OU *Consensus conference* (titre).

29 références ont été obtenues dans MEDLINE, 18 dans EMBASE, 18 dans HealthSTAR.

► **Revue de la littérature, méta-analyses**

Les mots clés initiaux ont été associés à :
Review literature OU *Literature review* OU *Meta analysis*.

11 références ont été obtenues dans MEDLINE, 4 dans EMBASE, 1 dans HealthSTAR.

► **Articles de décision médicale**

Les mots clés initiaux ont été associés à :
Decision analysis OU *Medical decision making* OU *Decision trees* OU *Decision support techniques*.

3 références ont été obtenues dans MEDLINE, 2 dans HealthSTAR.

Des recherches complémentaires ont été effectuées pour la période 1994-1999.

► **Épidémiologie des chutes chez les personnes âgées**

Les mots clés :
Fall OU *Accidental fall*, associés à *Aged* OU *Aging*, ont été associés à *Prevalence* OU *Epidemiology*.

31 références ont été obtenues dans MEDLINE, 15 dans HealthSTAR.

► **Prévention des chutes et usage de la contention chez les personnes âgées**

Fall OU *Accidental fall*, associés à *Aged* OU *Aging*, et à *Restraint* OU *Physical restraint* OU *Prevention*.

70 références ont été obtenues dans CINAHL.

► **Risques associés à l'usage de la contention chez les personnes âgées**

Les mots clés :

Fall OU *Accidental fall*, associés à *Aged* OU *Aging*, et à *Restraint* OU *Physical restraint*, ont été associés à : *Side effect* OU *Adverse effect*.

40 références ont été obtenues dans MEDLINE, 3 dans HealthSTAR.

► **Aspects éthiques de la contention**

Les mots clés :

Fall OU *Accidental fall*, associés à *Aged* OU *Aging*, et à *Restraint* OU *Physical restraint*, ont été associés à : *Ethics*.

80 références ont été obtenues dans Bioethicsline.

► **Littérature française**

Les bases PASCAL et BDSP ont été interrogées sur la période 1994-1999.

33 références ont été obtenues dans PASCAL, 58 dans la BDSP.

INTRODUCTION

L'utilisation de la contention représente un exemple des dilemmes qui peuvent survenir dans les situations de soins. S'il reste incontestable que la contention physique est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le patient, les risques et les conséquences qu'elle entraîne sont parfois irréversibles chez les sujets âgés fragiles. Au travers de l'analyse bibliographique et de l'étude des pratiques cliniques, il est apparu que le recours aux différents moyens de contention physique dans la prise en charge des sujets âgés est fréquent.

Contrairement aux pays nord-américains, il n'existe que très peu d'informations sur ce sujet en France. Il est à noter que les indications et les recommandations pour la conduite de cette pratique ne sont pas au programme de l'enseignement des étudiants en médecine ni des professionnels paramédicaux.

Il est apparu important qu'un groupe de travail étudie ce domaine afin de mieux évaluer le rapport bénéfice/risque des contentions physiques chez les sujets âgés, envisage les possibilités de maîtriser les risques et propose des solutions pour diminuer sa fréquence d'utilisation.

Le choix a été fait de permettre aux établissements qui accueillent et traitent des personnes âgées de réaliser en premier lieu une évaluation de la qualité et de la sécurité de leur pratique de contention. Cette évaluation est possible grâce à l'ensemble de critères explicites proposé et en utilisant la méthode de l'audit clinique, préconisée par l'Agence comme première étape des démarches qualité.

L'existence d'un référentiel ne vise pas à encourager cette pratique, mais à améliorer sa sécurité quand elle est considérée comme inévitable. Il s'agit pour le groupe de travail d'une étape qui permettra de générer, dans un second temps, au sein des établissements une dynamique propice à la conduite d'une politique de réduction d'utilisation de la contention.

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 rééducative 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.

III. CIBLES PROFESSIONNELLES

Ce document est destiné à l'ensemble des professionnels de santé qui veulent évaluer et améliorer leurs pratiques, quelle que soit la structure où sont prises en charge les personnes âgées. Il s'adresse tout particulièrement aux établissements qui s'engagent dans une démarche de révision des politiques et des procédures de soins. Au-delà, le cadre de référence proposé par ce document peut alimenter les réflexions et les discussions de toutes les personnes concernées par la contention, particulièrement les membres des conseils d'administration des établissements, les gestionnaires, les cliniciens, les groupes d'usagers et de familles.

DONNÉES CONCERNANT LA CONTENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

I. MOTIFS DE CONTENTION

L'analyse de la littérature révèle que la crainte de chute chez la personne âgée représente le premier motif d'utilisation de contention. Cette pratique, qui devient une habitude, perdure car la plupart des soignants pensent que réduire la contention reviendrait à faire prendre des risques excessifs aux personnes âgées. Les troubles comportementaux tels que l'agitation et la déambulation correspondent aux autres motifs les plus souvent cités (8, 9). Il est important de souligner qu'il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées pour ces motifs qui ne sont pas de véritables indications médicales, à proprement parler.

Par exemple pour le risque de chute, Tinetti en 1992 (10), dans une étude prospective sur un an, comportant 397 sujets âgés en maison de retraite, a montré qu'à âge égal et déficit égal (altération cognitive, comportement de déambulation, déficit sensoriel, pathologie rhumatologique ou neurologique, divers traitements, antécédents de chutes...) les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets soumis à contention (17 % *versus* 5 %) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention. Des résultats proches sont apportés par l'étude de Capezuti (1996) (11) conduite auprès des personnes âgées en maison de retraite. La comparaison entre 119 sujets ayant bénéficié de contention avec 203 sujets jamais attachés indique que les contentions non seulement ne diminuent pas le risque de chutes graves, mais l'augmentent, surtout chez les personnes confuses.

Les principales caractéristiques des personnes contenues sont outre l'âge, la désorientation, le risque de chute, et la dépendance fonctionnelle (5, 8, 9, 12). Par ailleurs, il apparaît que la pratique de la contention est rarement formalisée par une procédure validée au niveau de l'établissement. La décision de contention se fonde plus sur une impression de la présence d'un risque que sur une évaluation précise de ce risque. Cette perception est certainement confortée par le sentiment que l'absence de contention ferait courir un risque médico-légal au soignant. Prouver et convaincre que la réduction des contentions ne s'accompagne pas d'une majoration des chutes et des blessures est donc fondamental pour changer les représentations et les pratiques dans ce domaine (13).

II. BILAN DES PRATIQUES

La prévalence des contentions est estimée entre 7,4 et 17 % dans les services hospitaliers de court séjour (14). Les sujets âgés ont 3 fois plus de risques d'être attachés durant leur séjour à l'hôpital que les plus jeunes (12, 15, 16). Chez les personnes de plus de 65 ans, ces chiffres atteignent 18 à 22 % (15). En établissement de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 19 à 84,6 %.

III. DANGERS DE LA CONTENTION

Il est intéressant de noter d'emblée qu'aucune publication française n'a été retrouvée concernant l'épidémiologie des complications de la contention physique. Il y a près d'un quart de siècle, il était déjà fait mention du caractère nocif des contentions physiques (17).

III.1. Morbidité

L'utilisation de moyens de contention est grevée de nombreux risques rapportés dans la littérature. Ainsi, parmi 102 patients âgés hospitalisés, l'usage d'une contention au-delà de 4 jours s'accompagne d'infections nosocomiales chez 12 % des patients (RR = 1,8 – CI 1,2 – 2,8) et d'apparition d'escarres chez 22 % (RR = 1,4 – CI 1,1 – 1,8). Toutefois, cette étude ne comporte pas de groupe témoin (12).

Si certaines de ces complications sont rapportées de façon ponctuelle, d'autres ont vu leur fréquence plus précisément évaluée. Ainsi, le nombre de chutes graves (responsables d'une fracture, d'une blessure, nécessitant le recours à un médecin, ou entraînant un repos au lit de plus de 2 jours) augmente chez les patients attachés (17 % *versus* 5 %) et l'existence d'une contention est un facteur de risque en soi de survenue de chutes graves (10).

Schleenbaker, en service de rééducation, observe 25 % de chutes chez des sujets « contenus » et seulement 10,1 % en l'absence de contention (18). Toujours en unité de rééducation, les patients « chuteurs » ont plus souvent été attachés lors de leur hospitalisation en service aigu *versus* les patients « non chuteurs », 61 % *versus* 22 % (19). En établissement d'hébergement pour sujets âgés, le risque de chute grave, selon la définition de cet auteur (responsable d'un hématome, de troubles de conscience, de fracture, d'une hospitalisation, du décès), n'augmente pas après réduction de l'utilisation de la contention physique. Toutefois, il semble que la fréquence de chutes sans conséquence grave, telles que définies ci-dessus, s'élève significativement après suppression des contentions (1,87 % des résidants/semaine *versus* 3,01 %) (20).

Cette donnée est contredite par Capezuti, qui observe un taux de chutes de 5,6/1 000 patients – jour dans une maison de retraite « contrôle » *versus* 2,3/1 000 patients – jour dans un établissement ayant mis en œuvre un programme de réduction des contentions (21).

Les complications suivantes sont également rapportées :

- apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation (9) ;
- syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinence sphinctérienne, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit...) (12, 17) ;
- perte d'autonomie et augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité (15, 22).

Parmi 24 résidants âgés (âge moyen supérieur à 85 ans) d'une unité de long séjour, une étude d'observation retrouve ainsi un niveau d'agitation plus important durant la période de contention et dans l'heure qui suit qu'en dehors de toute contention (23).

Selon Robbins, dans une unité de court séjour, les patients attachés et les patients non attachés ont respectivement une durée moyenne de séjour de 20 et 8 jours et une mortalité de 24 % contre 3 % ($p < 0,001$) (16).

De plus, la perte de masse osseuse qui résulte à la fois de la réduction des forces d'appui et de la diminution de l'activité physique contribue à accroître le risque de chute grave. Une immobilisation d'une semaine pourrait ainsi faire perdre jusqu'à 10 % de la force musculaire (24).

Concernant les barrières de lit, bien plus rarement prises en compte, le risque de blessure grave suite à une chute du lit est plus important en cas de leur utilisation comme moyen de contention. Ainsi, dans une petite série, 88 % des patients ayant chuté, en tentant de se lever du lit, avaient des barrières en place (25).

III.2. Mortalité

Des décès par strangulation, par asphyxie ou résultant de traumatismes liés à la contention sont rapportés. L'exemple de patients étranglés par le matériel de contention alors qu'ils avaient glissé entre la barrière du lit et le matelas en tentant de descendre du lit est souvent rapporté (26). Malgré le manque de données épidémiologiques précises, ces événements sont estimés responsables de 1/1 000 décès en institution pour personnes âgées (27). Parmi ces décès dus aux contentions physiques, 78 % des personnes décédées ont plus de 70 ans. 85 % des décès surviennent en institution pour personnes âgées invalides, 58 % lors du maintien au fauteuil, 42 % lors de la contention au lit (27).

III.3. Vécu des soignants

Si les conséquences de la contention physique concernent d'abord la personne « contenue », certains auteurs rapportent un ressenti pénible des équipes de soins (28). Strumpf & Evans, analysant le vécu des infirmières concernant l'utilisation de contentions physiques chez des sujets âgés en secteur aigu, rapportent que celles-ci concilient difficilement la contention avec le respect de l'autonomie et de la dignité de ces patients (29). Pour autant et en cas d'absence de contention concernant notamment les personnes âgées agitées, il est utile de rappeler que la présence constante et la répétition d'actes thérapeutiques (remise en place de sondes, de perfusion..) peuvent être vécues par les infirmières comme un véritable harcèlement et générer un sentiment de culpabilité.

Par ailleurs, il apparaît que la charge en soins nécessités par les patients « contenus » est plus importante que celle générée par les « non contenus » (30). DiFabio, chez 15 infirmières d'un secteur de soins aigus psychiatriques, et ayant été confrontées à la prise en charge de patients attachés, révèle que la plupart d'entre elles se plaignent d'anxiété, de frustration et d'un sentiment de culpabilité (28).

Paradoxalement, l'utilisation de la contention ne semble pas générer un sentiment de sécurité pour les infirmières alors que c'est le motif premier.

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 :

- l'âge avancé (> 75 ans) ;
- les antécédents de chute ;
- l'incontinence urinaire et la nycturie ;
- l'autonomie et la mobilité réduites ;
- l'altération de l'état cognitif et du jugement (désorientation, confusion) ;
- la faiblesse musculaire ;
- l'état nutritionnel.

Pour chaque risque, les causes devront être identifiées et traitées dans la mesure où elles peuvent être corrigées. Par exemple, l'hypotension est une cause de chute pour laquelle des mesures de correction peuvent être mises en place.

C'est seulement en cas d'échec des alternatives à la contention et devant la persistance du comportement à risque que la contention peut être décidée.

Ainsi pour chaque patient, le rapport bénéfice/risque de la contention est évalué, des motivations sont clairement posées et inscrites dans le dossier du patient, un programme individualisé de surveillance et de prévention des risques liés à la contention est établi.

II. INFORMATION DU SUJET ÂGÉ ET DE SES PROCHES

Trop souvent encore, l'information n'est que partielle ou tardive. Le patient et ses proches devront être informés de la nécessité de contention (39) pour que la décision soit prise avec leur consentement. Concrètement, les raisons et les buts de la contention, les moyens ou matériels utilisés, la durée prévisible de la contention ainsi que la surveillance sont expliqués. La compréhension du patient et de ses proches des raisons médicales qui amènent une équipe soignante à priver momentanément une personne âgée de ses possibilités de mobilisation volontaire est recherchée durant toute la durée de la contention par l'équipe soignante (31). Ces explications sont réitérées autant que de besoin, tant auprès de la personne âgée que de ses proches. La participation des proches est sollicitée (38, 40). Il convient également de noter l'importance d'expliquer aux familles les raisons et buts poursuivis qui amènent une équipe à ne pas attacher une personne âgée, car dans bien des cas, la famille ou l'entourage sont en faveur de la mise en place d'une contention (41). Leur présence à certains moments de la journée peut en effet permettre de limiter la durée et les risques de la contention et d'améliorer ainsi le confort de vie de la personne âgée durant cette étape de la prise en charge (32).

III. PRESCRIPTION MÉDICALE, CONTENU ET DURÉE DE VALIDITÉ

La pratique actuelle montre que ce sont les infirmières qui initient le plus souvent la contention d'un sujet âgé. Pourtant, tous les auteurs et experts consultés reconnaissent, compte tenu des risques à gérer, la nécessité d'un jugement clinique et d'une prescription médicale **motivée**. Ils précisent, comme pour l'étape « décision de la contention », qu'une collaboration étroite entre médecins et équipe soignante permet de concevoir un traitement dans ces différentes dimensions, en associant toutes les compétences d'une équipe multiprofessionnelle (4).

— La prescription médicale

Comme toute prescription médicale, elle doit être écrite, horodatée et permettre l'identification du prescripteur (38, 42). Les motifs de la contention, sa durée prévisible, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention sont

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.

— *Les paramètres physiques*

Les auteurs insistent tous sur l'importance d'effectuer un contrôle au moins toutes les heures de l'existence ou non de symptômes concernant :

- la fonction respiratoire ;
- l'état cutané au niveau des points d'attaches et des points d'appui (48) ;
- l'hydratation ;
- la continence (40, 43).

Certains auteurs recommandent le choix d'une tenue vestimentaire ne présentant pas de risque d'inconfort et de compression et rappellent que la personne âgée doit être détachée aussi souvent que possible (au moins toutes les deux heures) afin de maintenir son état fonctionnel (2, 39, 48, 49).

Lorsque l'état de santé le permet, la personne âgée doit être encouragée à accomplir le maximum d'activités en lien avec la vie quotidienne. Des activités physiques adaptées lui sont proposées pour éviter les conséquences de l'immobilisation.

— *Les paramètres psychologiques et environnementaux*

Il apparaît important de pratiquer une écoute active pour repérer les sentiments de peur, d'humiliation ou tout autre sentiment éprouvé par la personne en lien avec la contention (2). Il est impératif d'accepter, comme telle, la perception que le sujet âgé a de sa réalité. Des effets personnels et objets familiers sont installés à proximité de la personne âgée (40). Des activités récréatives sont proposées afin d'assurer son confort psychologique. Les infirmiers (es) et aides soignants (es), en raison de leur proximité permanente auprès des patients, doivent jouer un rôle important dans le maintien d'un contact relationnel de qualité.

IV.2. Évaluation de l'état de santé du sujet âgé et arrêt de la contention

Une réévaluation, au moins journalière, de la nécessité de poursuivre la contention doit être réalisée par le médecin prescripteur et l'équipe soignante (2, 3, 38, 49, 50).

Elle portera sur l'évolution de l'état de santé et sur les conséquences de la contention. Les conséquences physiques et psychologiques de la contention sont à rechercher systématiquement. Le but est de ne pas pérenniser une mesure qui présenterait plus de risques qu'elle n'apporterait de bénéfices.

Si l'arrêt de la contention est décidé, il doit être expliqué à la personne âgée et à ses proches. Selon le cas, l'explication portera soit :

- sur les changements de comportement du sujet âgé qui rendent possible l'arrêt de la contention ;
- sur les conséquences délétères de la contention qui justifient l'arrêt de cette mesure sans que le risque de chute, en particulier, ait diminué pour autant.

Le groupe de travail a élaboré un référentiel de pratique qui répond aux exigences formulées précédemment pour chaque étape du processus. Il comprend 10 critères énoncés ci-après.

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.

V. PROGRAMMES DE REDUCTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

Les divers travaux dans ce domaine montrent qu'il est possible de réduire les contentions physiques au sein des établissements accueillant des personnes âgées sans pour autant augmenter la fréquence des chutes graves ou la prescription des psychotropes.

Le travail de Levine et de ses collaborateurs réalisé dans la région de New York a permis de réduire la prévalence des contentions de 39 à 6 % dans les maisons de retraite qui ont participé au programme. Cette étude d'une durée de 18 mois était basée, avant tout, sur l'éducation du personnel soignant. Ainsi durant les 4 premiers mois de l'étude, des documents d'informations étaient distribués à l'ensemble des équipes. Le but était de sensibiliser le personnel aux conséquences des contentions physiques, de développer une meilleure compréhension des comportements des patients âgés et de suggérer des alternatives aux moyens de contentions. Il est intéressant de souligner que durant la phase d'information, les auteurs ont pu constater une réduction de la prévalence des contentions qui est passée de 39 à 20 %. Par la suite, chaque décision de contention physique devait être précédée d'une évaluation globale du sujet et argumentée par un document écrit dans le dossier. Une analyse rétrospective n'a pas montré d'augmentation des chutes ni des accidents durant les périodes de réduction des contentions (51).

Les résultats du travail de Neufeld et de ses collaborateurs vont dans le même sens. Il s'agit d'un programme de réduction des contentions fondé sur une prise en charge individualisée après évaluation multidisciplinaire de l'autonomie. Seize maisons de retraite étaient concernées par ce programme soit un total de 2 075 lits. L'information de l'ensemble des intervenants était réalisée par la distribution de plusieurs documents accompagnés d'une vidéo de 39 minutes à l'intention des infirmières et des aides soignantes ainsi que des familles, d'un référentiel à l'intention des instances administratives (législation, modifications architecturales) et d'un guide pour chaque coordinateur clinique du programme. En effet, l'action au sein de chaque établissement était supervisée par une infirmière (coordinateur clinique). Ces dernières ainsi qu'un représentant de l'administration de chacun des établissements étaient priés d'assister à une séance d'enseignement sur le sujet d'une durée de 2 jours. Par la suite, les initiateurs du programme visitaient tous les 3 mois les maisons de retraite pour le recueil des divers accidents et la consultation éventuelle de certains cas difficiles. Enfin, une lettre trimestrielle permettait la diffusion de diverses informations en particulier les résultats et les innovations en matière d'alternatives à la contention. Ce projet d'une durée de 2 ans a permis une réduction significative de la prévalence des contentions qui est passée de 41 à 4 %. Ce programme a par ailleurs permis une baisse importante des incidents et des accidents parallèlement à la réduction des contentions (13, 52).

D'autres travaux confirment ces données. Evans et ses collaborateurs montrent une réduction de 56 % de la prévalence des contentions sur une durée de 12 mois grâce à un programme d'éducation et de consultation spécialisée (12 heures par semaine) et cela sans augmentation de l'effectif du personnel soignant (53).

Citons enfin le programme de réduction des contentions mené avec succès dans l'État du Colorado. La première étape de ce projet était de faire une évaluation des pratiques dans 214 maisons de retraite de l'État. Un questionnaire a été adressé pour repérer les obstacles entravant la réduction des pratiques de contention. Parallèlement ce questionnaire permettait de faire un état des lieux sur les outils d'évaluation utilisés chez les résidents, la prévalence des contentions, leurs motifs et les alternatives mises en place. Les données recueillies auprès de 175 (82 %) maisons de retraite ont permis d'élaborer une stratégie

d'intervention, un dossier destiné aux soignants, comportant les circulaires des autorités sanitaires sur la pratique des contentions chez le sujet âgé et un guide d'information des résidents et de leurs familles basé entre autres sur les données scientifiques analysant les dangers et les conséquences de la contention. L'information des soignants étant une des conditions essentielles au succès du projet, un support audiovisuel a été mis à leur disposition et enfin des ateliers pédagogiques ont été proposés à tous les personnels des maisons de retraite quelle que soit leur qualification. Enfin, les différents médias (télévisions, radios, journaux) ont permis de lancer une grande campagne de sensibilisation de la population au problème de la contention. L'ensemble de ces actions était soutenu par l'État du Colorado. Les résultats de ce travail sont très encourageants puisque la majorité des soignants trouvent le matériel éducatif « très utile ». Les mesures prises pour diminuer les contentions dans ces établissements ayant participé au projet ont été très bien perçues par le personnel. Enfin parmi les autres résultats intéressants du projet, il faut souligner la pratique de plus en plus fréquente de l'évaluation globale de la personne âgée et la mise en œuvre d'alternatives parfois innovantes à la contention (33).

Dans le même sens, une réforme de nature légale avait été réalisée dès 1987 : *The Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA) (54) Cette réforme comprenait un nouveau projet de loi fédérale obligeant les établissements à documenter l'utilisation des contentions physiques dans les dossiers médicaux, l'objectif visé étant la réduction de l'utilisation de la contention et la promotion de solutions alternatives. Ceci nécessitait l'élaboration d'un projet de soins à partir de l'évaluation globale de la personne âgée en tenant compte de ses droits et de sa qualité de vie.

Les directives légiférées par l'OBRA n'ont été véritablement en vigueur que le 1^{er} octobre 1990. Les institutions américaines pour personnes âgées ont pu réduire de manière significative le pourcentage de leurs patients soumis à des mesures de contention physique et améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les institutions (55). Dans les 2 années suivant la mise en œuvre de l'OBRA, le taux des résidents en maisons de retraite soumis à des mesures de contention est passé de 44 à 15 % dans 10 circonscriptions de l'HCFA (*Health Care Financing Administration*), sans qu'il y ait d'augmentation corrélative du nombre de chutes graves (33), des coûts de prise en charge ni du nombre de litiges. Ces directives ont par ailleurs démontré que la diminution des contentions améliorait en général la qualité de vie des patients et leur état physique.

Par la suite, ces directives ont été étendues aux hôpitaux par la JCAHO (*the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) (56).

Le principe même de ces programmes, outre l'information et la formation des équipes, est basé sur une évaluation multidisciplinaire et multidimensionnelle du patient âgé. Cette évaluation sert à déterminer la pertinence d'une mise sous contention tout en gardant à l'esprit que le premier but doit être l'amélioration fonctionnelle de la personne âgée. L'analyse initiale doit dans un premier temps définir la raison potentielle d'une éventuelle contention tout en cherchant à identifier les différentes raisons possibles ou les facteurs favorisant ce comportement à risque. L'importance de cette analyse réside dans le fait qu'elle permet d'établir un certain nombre d'alternatives aux moyens de contention. Un algorithme décisionnel, proposé par le groupe de travail, est reproduit en annexe 1.

ALTERNATIVES À LA CONTENTION

L'examen de la littérature sur le sujet a permis de rassembler de nombreuses informations sur les méthodes substitutives à la contention. Les alternatives, souvent empiriques et fondées principalement sur le « bon sens soignant », sont nombreuses, mais peu ont fait l'objet d'études démontrant leur efficacité. Seule l'étude conduite au Colorado (33) présente des taux de succès des alternatives utilisées. Elles se regroupent selon quatre grandes catégories :

- approche médicale et infirmière ;
- modification de l'environnement ;
- approche occupationnelle ;
- approche sociopsychologique.

Elles sont présentées en annexe 2.

Après consultation d'autres auteurs (6, 34, 36, 38, 57, 58), il est possible de proposer des alternatives selon que le risque est lié à la chute, à l'agitation, à la confusion ou encore à la déambulation. Toutes ces alternatives, avant d'être mises en œuvre, requièrent une évaluation soigneuse des besoins et de l'environnement du patient. Elles ne peuvent être que des propositions qu'il appartient à chaque équipe de professionnels d'adapter au cas par cas pour chaque personne âgée.

Les trois tableaux suivants contiennent des propositions qui peuvent être faites pour diminuer le recours à la contention en cas de risque de chute, de risques liés à la confusion, à l'agitation et à la déambulation excessive.

Pour chacun des risques, il est proposé, en premier lieu et dans la mesure du possible, de remédier aux causes médicales. Les autres propositions portent sur les aménagements de l'environnement et sur les attitudes des professionnels qui peuvent limiter le risque par des mécanismes de protection.

Tableau 1. Le risque de chute et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	- Ne pas négliger les raisons médicales qui nécessiteraient un traitement rapide : - hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil ; - dépression, déshydratation, pathologies cardio-vasculaires. - Revoir les différentes associations médicamenteuses.
Adaptation de l'environnement et du mobilier dans la chambre	- Enlever tout équipement inutile (meuble et autre) ; - Augmenter l'éclairage (une personne âgée a besoin d'un éclairage deux à trois fois supérieur à un adulte, notamment en cas de cataracte) ; - Mettre un matelas de gymnastique près du lit en cas de chute ; - Lit bas recommandé (moins de 45 cm de hauteur) ; - Enlever les roulettes de la table de nuit, de l'adaptable ; - Bloquer les roulettes du lit en permanence, le mettre en position basse ; - Mettre des repères temporels (calendrier, horloge).
Accompagnement de la personne âgée	- Inciter à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie ; - Informer du rythme de passage des soignants ; - Proposer des activités occupationnelles ; - Quand le patient est réveillé, l'accompagner toutes les heures aux toilettes, et une ou deux fois dans la nuit.
Lors des déplacements	- Assister la personne lors des déplacements ; - Fournir des aides techniques (sur élévateur de toilettes, barres d'appui) ; - Vérifier l'utilisation de chaussures adaptées, fermées ; - S'assurer de l'utilisation des lunettes de vue, aide auditive, aide à la marche ; - Indiquer à la personne les lieux et endroits à risque (sols glissants, escaliers) ; - Encourager la personne à prendre appui sur les barres des couloirs.
Lors de l'installation au lit ou au fauteuil	- Mettre le fauteuil où le patient le souhaite ; - Stabiliser lit ou fauteuil (bloquer les roulettes) ; - Installer confortablement la personne (vêtement et position) ; - Adapter l'inclinaison du fauteuil ou la hauteur du lit pour faciliter le passage en position debout ; - Adapter les accoudoirs à une hauteur qui permet au patient de prendre appui ; - Ne pas mettre d'objets devant le fauteuil qui gêneraient les transferts ; - Installer les effets personnels et familiers près du patient (montre, lunettes, photos...) ; - Expliquer l'utilité et l'utilisation du système d'appel ; - Ne pas laisser le patient en position assise trop longtemps.
Lors des transferts	- Ne pas tracter la personne, mais se placer à côté d'elle pour l'aider afin d'éviter le réflexe de rétro pulsion ; - Apprendre à la personne à se lever et s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs.

Tableau 2. Les risques liés à l'agitation, la confusion et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	- Ne pas négliger les raisons médicales d'une agitation ou d'une confusion qui nécessiteraient un traitement rapide : - vérifier l'adaptation du traitement médicamenteux (médications multiples, interactions médicamenteuses) ; - rechercher des signes de douleur, de troubles du sommeil, de dépression, d'hyperthermie. - Corriger les éventuels déficits sensoriels.
Adaptation de l'environnement	- Diminuer les stimuli auditifs ; - Éviter la présence de personnes au comportement perturbateur.
Accompagnement de la personne	- Organiser des temps de présence des soignants auprès du patient : - solliciter si possible la présence des proches. - Repérer les habitudes du patient et respecter son rythme de vie : - respecter les phases de sommeil, habitudes alimentaires, zones d'intérêt. - Favoriser le contact relationnel. - Faire en sorte que le patient connaisse les soignants : - rappeler son nom et sa fonction autant que de besoin ; - l'informer de la présence continue de l'équipe soignante. - Adopter une attitude calme et rassurante.

Tableau 3. Les risques liés à la déambulation excessive et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	- Ne pas négliger les raisons médicales d'une déambulation qui nécessiteraient un traitement rapide : - nouveau traitement médicamenteux, absorption de certains médicaments, anxiété, douleur.
Adaptation de l'environnement	- Améliorer la sécurité des lieux. - Aménager des espaces de déambulation sécurisés.
Accompagnement de la personne	- Améliorer et faciliter l'orientation du sujet : - lui présenter le service et l'agencement des locaux (salle à manger, couloirs, toilettes, salle de soins, bureau infirmier) ; - lui indiquer où se situent les interrupteurs et leur fonctionnement ; - expliquer le déroulement d'une journée (horaire des repas et de la présence du personnel) ; - réitérer les rappels ; - réorienter le patient calmement. - Capturer l'attention du patient par des barrières visuelles : - mettre des photos, posters, télévision, miroirs sur les issues ; - l'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée.

CRITÈRES POUR CONDUIRE UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DE LA CONTENTION

Le référentiel de pratique présenté plus haut vise à minimiser les dangers de la contention par l'amélioration du processus qui s'étend de la prescription à la surveillance du patient. Mais compte tenu du rapport bénéfice/risque souvent défavorable de l'immobilisation du sujet âgé, il convient de réduire cet acte au minimum. Ceci n'est réalisable qu'avec des programmes structurés conduits au niveau d'un établissement, voire d'un service.

Le référentiel suivant est proposé pour orienter une politique de réduction. Il inclut des critères qui portent sur les décisions, l'organisation et les actions nécessaires pour conduire des changements progressifs des pratiques professionnelles. Une telle démarche revient à un programme d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins.

Critère 1 : une politique de l'établissement ou du service concernant l'usage de la contention physique est traduite dans un document accessible aux soignants, aux patients/résidents et à leurs proches.

Critère 2 : le taux d'utilisation de la contention est mesuré, enregistré et analysé.

Critère 3 : le recueil et l'analyse des incidents et accidents liés à la contention donnent lieu à des plans d'action préventifs.

Critère 4 : des actions d'information sur les dangers de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 5 : des actions de formation sur l'usage approprié de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 6 : des actions de formation sur les différents outils d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 7 : des formations sur les alternatives à la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

Critère 8 : l'utilisation d'alternatives à la contention est encouragée et facilitée. L'évaluation de ces méthodes est organisée.

Critère 9 : dans les cas de reconduction de la mesure de contention sans issue satisfaisante pour la personne âgée, l'établissement est en mesure de prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le thème de la contention (médecin, infirmier, psychologue) dans le but d'aider les équipes à clarifier les avantages et inconvénients de la contention et à trouver des alternatives.

CONCLUSION

Attacher un sujet âgé ne doit pas être un « procédé expéditif » pour prévenir les chutes, les blessures ou les troubles du comportement. En effet, il n'a jamais été fait la preuve de son efficacité dans ces indications. L'immobilisation prolongée imposée par une contention conduit les patients attachés à un déconditionnement physique et psychologique qui augmente au contraire la probabilité de chutes et de blessures.

La littérature met en exergue deux points essentiels :

- le recours à la contention impose une évaluation de l'état de santé de la personne âgée, une stratégie de soins et une surveillance à adapter au cas par cas. Cette pratique doit reposer sur les principes fondamentaux de qualité et de sécurité des soins ;
- le recours à la contention doit être l'exception, compte tenu des risques qu'elle entraîne. Un nombre croissant d'interventions visant à prévenir et à diminuer le recours aux contentions physiques chez les sujets âgés ont fait la preuve de leur efficacité. La recherche de nouvelles alternatives visant à diminuer les contentions dans les services de soins et les institutions doit être encouragée continuellement.

Des actions de formation et d'information auprès des équipes susceptibles de prendre en charge des personnes âgées ainsi que des programmes de réduction de la contention doivent être déployés pour permettre une amélioration continue des pratiques professionnelles tout en respectant un des droits fondamentaux de la personne, la liberté d'aller et venir.

ANNEXES

Annexe 1. Algorithme décisionnel

Annexe 2. Taux de succès des alternatives

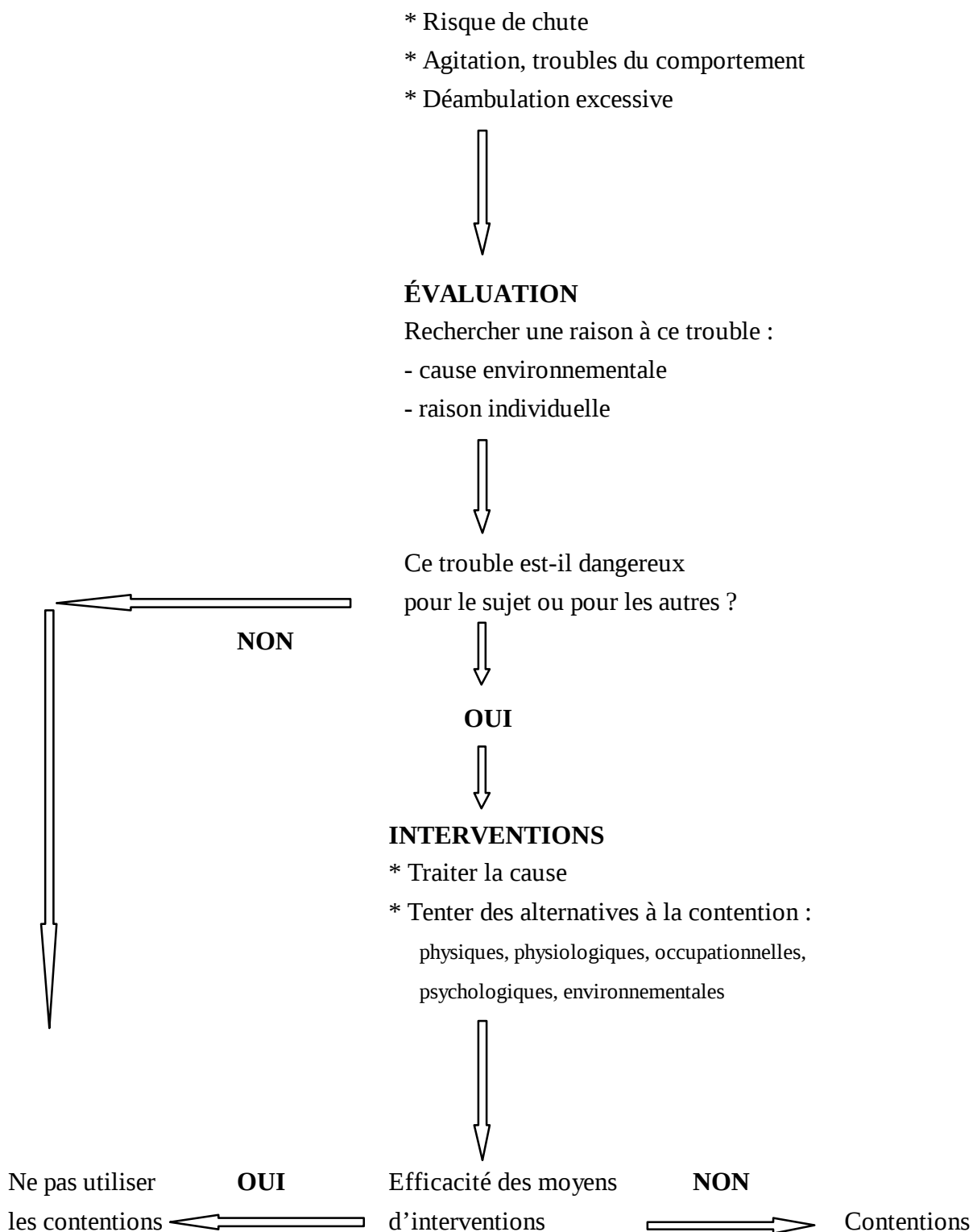
Annexe 3. Exemple d'information des familles et professionnels de santé à propos de la contention physique dans l'État de l'Ohio.

Annexe 4. Descriptif sommaire de l'unité de soins ou du service

Annexe 5. Exemple de fiche de recueil spécifique à chaque épisode de contention

Annexe 6. Grille finale d'évaluation de la pratique pour la mise en place d'une contention

ANNEXE 1. ALGORITHME DÉCISIONNEL



ANNEXE 2. TAUX DE SUCCÈS DES ALTERNATIVES

Tableau 1 : Taux de succès des alternatives à la contention dans les maisons de retraite du Colorado (33).

	succès	échec	pas tenté	n
Modification physique				
a. Modification de l'environnement (ex. : plus de lumières, parcours de déambulation délimité, portes de sortie dissimulées...)	49,6 %	12,4 %	38,0 %	129
b. Adaptation des fauteuils roulants	90,6 %	3,9 %	5,5 %	128
c. Mise à disposition d'aides à la marche (canne, etc.)	87,5 %	8,7 %	5,6 %	126
d. Utilisation de différents types de lits	76,6 %	3,9 %	19,5 %	128
e. Suppression des roulettes des lits/chaises	37,6 %	14,4 %	48,0 %	125
f. Installation de systèmes d'alarme	85,3 %	5,4 %	9,3 %	29
g. Réduction des stimuli visuels ou auditifs inutiles (ex. : sonneries, Interphone, télévision...)	50,4 %	14,2 %	35,4 %	127
h. Personnalisation des chambres	79,1 %	9,3 %	11,6 %	129
i. Utilisation d'unités sécurisées	42,3 %	20,3 %	37,4 %	123
Approche occupationnelle				
a. Activités de groupe journalières	89,1 %	7,8 %	3,1 %	129
b. Incitation aux déambulations/promenades	84,5 %	9,3 %	6,2 %	129
c. Exercices physiques	88,4 %	10,1 %	1,6 %	129
d. Activités nocturnes	42,5 %	17,3 %	40,2 %	127
e. Activités pendant les week-ends	82,7 %	11,8 %	5,5 %	127
f. Emploi de bénévoles pour améliorer les choix de programmes	66,7 %	15,5 %	17,8 %	129
g. Établir un système de référent pour la surveillance	19,7 %	17,3 %	63,0 %	127
Approche médicale, infirmière				
a. Évaluer les problèmes physiques et sociopsychologiques latents	95,4 %	4,6 %	0 %	130
b. Déterminer les phases de sommeil	82,2 %	10,1 %	7,8 %	129
c. Soulager la douleur	93,0 %	6,2 %	0,8 %	129
d. Rechercher les chaussures appropriées	88,5 %	9,2 %	2,3 %	130
e. Lunettes, assistance auditive, dentiers	79,8 %	17,1 %	3,1 %	129
f. Accroître l'hydratation	78,5 %	13,8 %	7,7 %	130
g. Accroître assistance et contrôles	91,6 %	6,1 %	2,3 %	131
h. Promenade quotidienne	91,6 %	8,4 %	0 %	131
i. Déplacer le résident près du poste infirmier	86,3 %	9,2 %	4,5 %	131
j. Établir un programme de mise aux toilettes	91,6 %	7,6 %	0,8 %	131
k. Mettre en œuvre des techniques de repositionnement	87,5 %	9,3 %	3,1 %	129
l. Instaurer une sieste quotidienne	75,6 %	16,8 %	7,6 %	131
m. Réévaluer les prescriptions médicamenteuses	95,4 %	4,6 %		130
n. Sorties hors de la chambre	90,1 %	6,9 %	3,1 %	131
o. Rappels fréquents pour éviter certains comportements	86,0 %	10,1 %	3,9 %	129
p. Adopter une attitude de réconfort	90,8 %	7,6 %	1,5 %	131
q. Encourager la compréhension des problèmes par famille et personnels	87,7 %	8,5 %	3,8 %	130
r. Prescrire une thérapie plus spécifique (ex. physique, médicale, psychosociale...)	93,8 %	13,4 %	0,8 %	129
s. Massages	40,2 %	14,2 %	45,7 %	127
t. Collations	83,8 %	13,1 %	3,1 %	130
u. Distractions	92,4 %	6,9 %	0,8 %	131
Approche sociopsychologique				
a. Pratiquer l'écoute active des sentiments et sensations du résident	80,6 %	14,0 %	5,4 %	129
b. Encourager la détention d'objets personnels/de famille	85,3 %	12,4 %	2,3 %	129
c. Inciter à une plus grande autonomie du résident	89,1 %	10,2 %	0,8 %	128
d. Utiliser des stratégies comportementales	85,8 %	10,2 %	3,9 %	127
e. Modifier les stimuli sensoriels (ex. aromathérapie, ton des papiers peints...)	52,4 %	12,7 %	34,9 %	126
f. Encourager les liens sociaux, les visites	84,4 %	12,5 %	3,1 %	128
g. Être un point de repère pour le résident	71,9 %	25,8 %	2,3 %	128
h. Accepter la perception qu'a le résident de sa réalité	88,3 %	11,7 %		128

ANNEXE 3. UN EXEMPLE D'INFORMATION DES FAMILLES ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ A PROPOS DE LA CONTENTION PHYSIQUE DANS L'ÉTAT DE L'OHIO

Qu'est-ce que la contention physique ?

On appelle contention physique l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps.

Il existe de nombreux moyens ou dispositifs qui restreignent la liberté du résident, et doivent donc être appelés moyens de contention. Cette appellation désignera aussi bien des moyens spécialement étudiés pour la contention (par exemple, une camisole) que des dispositifs dont on oublie trop souvent le caractère restrictif (barrières, fauteuil réglable, ...).

La décision d'appeler ou non un dispositif contention ne peut être prise uniquement en fonction de l'objet utilisé. Ce sont les conséquences sur le résident de l'utilisation de cet objet qui détermineront le choix de l'appeler ou non contention.

Recommandations

L'usage de contentions n'est interdit ni par la loi, ni par les bonnes pratiques professionnelles. Toutefois, les directives fédérales, aussi bien que celles des gouvernements locaux, sont strictes concernant l'utilisation des contentions. Il est aujourd'hui essentiel que les établissements concernés prennent l'habitude de déterminer au cas par cas la nécessité d'user de la contention. Les maisons de retraite apprécient, et nécessitent votre implication à ce sujet. Nous vous encourageons à discuter de l'utilisation de la contention à tout moment avec les responsables des maisons de retraite, tout particulièrement au moment de l'admission.

L'usage de la contention est-il parfois justifié ?

Oui, mais la décision d'utiliser la contention devrait chaque fois être prise au cas par cas, selon les besoins des résidents. La contention devrait toujours être une pratique de dernier recours, après l'échec de toutes les alternatives plus sûres et moins contraignantes. L'usage de la contention pourra se justifier en situation d'urgence.

Quelles sont les conséquences de l'utilisation de la contention sur le résident ?

Chacun d'entre nous sait apprécier à sa juste valeur le droit qu'il a à l'autodétermination, à l'indépendance et à la liberté. Au fil des ans, il devient nécessaire de renforcer ces droits. Utiliser la contention peut restreindre le pouvoir d'autodétermination de l'individu, augmenter son degré de dépendance, et occasionner des pertes fonctionnelles.

Il nous est facile d'imaginer les conséquences immédiates d'une chute, bien plus que de prendre conscience de certaines répercussions physiques, psychologiques ou sociales de l'utilisation de la contention, moins évidentes :

- Sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation
- Repli, agitation et dépression
- Manque d'appétit
- Troubles vésicaux et intestinaux
- Atrophie musculaire, fragilisation osseuse
- Complications cutanées
- Résignation (privation de liberté, perte de dignité)
- Dépendance accrue
- Perte de mobilité, de fonctionnalité
- Risque de strangulation accru
- Sentiment d'emprisonnement

Nous avons parfois tendance à facilement négliger ces effets néfastes « moins évidents » si nous avons le sentiment de protéger un être cher.

Liberté de choix du résident

Conformément à la loi, la liberté du résident de choisir les soins qui lui seront prodigués doit être préservée au maximum, y compris concernant l'utilisation de la contention.

Prise de décision

Indépendamment de leur âge, la plupart des résidents ont les facultés intellectuelles suffisantes à une prise de décision éclairée concernant leur éventuelle mise sous contention. Malheureusement, les désirs des familles de résidents ainsi que les interventions médicales prennent souvent le pas sur les souhaits individuels des résidents.

Même si un résident a le droit de réclamer l'utilisation de contention, toute mise sous contention **nécessite une prescription médicale**. L'établissement concerné doit s'assurer de ce que la mise sous contention respecte le cadre réglementaire en vigueur. En conséquence, un résident peut réclamer, mais non exiger l'utilisation de moyens de contention.

Dans le cas d'un résident incapable de prendre une décision, et en l'absence de symptômes médicaux, ni le subrogé, ni le représentant légal du résident ne pourra exiger l'utilisation de contention. Le représentant légal du résident a le droit, au nom de son client, de s'opposer à l'administration d'un traitement. De plus, aucune loi n'autorise la mise en place d'un traitement non motivé par des symptômes médicaux. Le représentant légal pourra donc réclamer, mais non exiger l'utilisation de contention. Il ne pourra être question d'user de la contention pour des raisons de commodité ou de discipline.

Contention = sécurité du résident ?

La prévention des chutes est l'un des principaux motifs d'utilisation de la contention. Pourtant, aucune étude n'a encore démontré que la sécurité du résident sous contention était supérieure à celle du résident non contenu. On sait seulement que :

- des études ont prouvé que la réduction de la pratique de la contention n'entraînait pas d'augmentation corrélative du risque de chutes graves ;
- le risque de blessure consécutive à la chute d'un résident sous contention est trois fois supérieur à celui d'un résident non contenu ;
- le taux de mortalité des résidents sous contention est plus élevé que la normale.

À propos des barrières de lit...

Selon qu'elles empêcheront le résident de sortir du lit, ou qu'elles lui apporteront une aide à l'autonomie de mouvement, les barrières de lit seront ou non considérées comme des moyens de contention. Pour la plupart des familles et des résidents, les barrières augmentent la sécurité de ces derniers. La vérité pourrait bien être ailleurs.

La présence de barrières de lit augmente en effet le risque de blessures graves. Il arrive que des résidents se blessent gravement, ou trouvent la mort en tombant sur les barrières, ou bien en restant coincés entre elles. Les barrières de lit ont toutefois un rôle à jouer dans certains processus de soins en maisons de retraite. Il convient donc de ne les utiliser que si le rapport bénéfice/risque est favorable à leur emploi.

« La souffrance, que nous considérons souvent comme inéluctable et incidente à la maladie, est souvent bien autre chose qu'un symptôme. »

(Florence Nightingale)

La souffrance a de nombreux visages. Elle peut être physique, psychologique, spirituelle. Chez la personne âgée, il n'est pas rare d'attribuer au vieillissement la plupart de ces « souffrances ». Aujourd'hui, la littérature médicale nous montre que certaines « souffrances » ne sont pas la conséquence inéluctable d'un processus de vieillissement naturel, mais le résultat indésirable d'un traitement. La contention peut ainsi être à l'origine de telles « souffrances ».

Paradoxalement, alors que la contention est souvent pratiquée dans le but d'assurer la sécurité du résident, des études ont démontré que de nombreux accidents étaient associés à l'utilisation de contention. L'usage de contention devrait donc être décidé au cas par cas, et en prenant toutes les précautions.

Nous espérons que cette brochure pourra vous aider à prendre, vous et votre famille, une décision éclairée concernant l'utilisation ou non de moyens de contention.

Pour plus d'informations contactez les services locaux de l'Ohio Department of Health:

Cambridge 614-432-3012 Akron 330-643-1300

Colombus 614-466-5357 Toledo 419-245-2840

Dayton 937-285-6250

Hot Line 1-800-342-0553

State Long Term Care Ombudsman (représentant des associations de patients chargé des maisons de retraite)

1-800-282-1206

ANNEXE 4. DESCRIPTIF SOMMAIRE DE L'UNITÉ DE SOINS OU DU SERVICE

Données générales concernant l'unité de soins (Il n'est à remplir qu'une seule fois par unité de soins)

Unité qui teste le référentiel

- médecine polyvalente ☐ **
- médecine interne ☐
- médecine spécialisée, préciser -----
- chirurgie, préciser -----
- psychiatrie, préciser-----
- soins de suite ☐ préciser:
- soins de longue durée ☐
- maison de retraite ☐
- autre, préciser -----

Nombre de lits de l'unité

Caractéristiques de la population prise en charge par l'unité

Âge moyen :

Principaux diagnostics :

Personnel soignant de l'unité

Qualification	Nombre (en équivalent temps plein)	Nombre la journée	Nombre la nuit
Médical			
Infirmier			
Aide soignant			
Agent de service hospitalier			
Animateur			
Psychomotricien			
Ergothérapeute			
Psychologue			
Kinésithérapeute			
Autre, préciser :			

Le premier jour de l'évaluation (J0) :

- nombre de patients présents dans l'unité :
- nombre de patients soumis à contention :

Commentaire libre : -----

ANNEXE 5. EXEMPLE DE FICHE DE RECUEIL SPÉCIFIQUE A CHAQUE ÉPISODE DE CONTENTION

Données générales

1 : Service de soins : /-----/

2 : Nom du patient : /-----/
(Mettre les trois premières lettres ou rendre anonyme)

3 : Prénom : /-----/

4 : Âge : /-----/

5 : Sexe : M /-----/ F : /-----/

6 : Date d'entrée dans l'unité : /-----/-----/-----/

7 : Date de début de l'épisode de contention : /-----/-----/-----/

8 : Date de jour de l'observation : /-----/-----/-----/

Critère 1 - Prescription médicale de la contention

1 : Contention programmée prescrite par médecin ☐ oui ☐ non

ou

2 : Contention prescrite en urgence par médecin ☐ oui ☐ non

ou

3 : Contention appliquée par l'équipe de soins et secondairement confirmée par un médecin ☐ oui ☐ non

ou

4 : Contention appliquée par l'équipe de soins et secondairement invalidée par un médecin ☐ oui ☐ non

5 : Préciser pour 3 et 4 si le délai entre la mise en œuvre de la contention et la confirmation ou l'invalidation de l'indication par un médecin est supérieur ou égal à 3 heures ☐ oui ☐ non

— Si une réponse positive est apportée à la question 4, passer directement au critère 2

6 : Si la contention a été initiée ou confirmée par un médecin au moins dans les 3 heures, il existe une trace écrite de la prescription médicale dans le dossier du patient qui détaille les raisons de la contention ☐ oui ☐ non

— Si oui, quelles sont ces raisons :

▪ Risque de chute ☐ oui ☐ non

Agitation ☐ oui ☐ non

Déambulation excessive ☐ oui ☐ non

Autre préciser :

- La durée ☐ oui ☐ non

- Le matériel de contention à utiliser ☐ oui ☐ non

- Le nom et la signature du prescripteur ☐ oui ☐ non

- *Le critère 1 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes : (1 ou 2 ou 3) et 6 et 7 et 8 et 9*

Critère 2 - Appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire

- 1 : Les causes possibles du comportement ou de la situation à l'origine de la contention sont identifiées ou au moins recherchées ☐ oui ☐ non
- 2 : Les risques éventuels d'une contention pour le sujet âgé sont évalués ☐ oui ☐ non
- 3 : Le rapport bénéfice/risque est évalué par l'équipe pluridisciplinaire ☐ oui ☐ non

- *Le critère 2 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes 1-2-3*

Critère 3 - La surveillance

- 1 : La surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient ☐ oui ☐ non
- 2 : Les risques liés à l'immobilisation sont prévenus ☐ oui ☐ non
- 3 : Les soins liés à l'hygiène, la nutrition, l'hydratation sont assurés ☐ oui ☐ non
- 4 : Un accompagnement psychologique est réalisé ☐ oui ☐ non

- *Le critère 3 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes : 1-2-3-4*

Critère 4 - Informations délivrées

- 1 : Informations données à la personne âgée sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de la contention ☐ oui ☐ non
- 2 : Informations données à la famille ☐ oui ☐ non

- *Le critère 4 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1 et 2 ou si une réponse oui est apportée à 1 et non applicable à 2*

Critère 5 - Matériel de contention

- 1 : Contention au lit ☐ oui ☐ non
- 2 : Contention au fauteuil ☐ oui ☐ non
- 3 : Nature du matériel utilisé
-

3-1 : Matériel spécifique ☐ oui ☐ non

3-2 : Matériel non spécifique ☐ oui ☐ non

4 : Matériel adapté à la taille de la personne ☐ oui ☐ non

5 : Dans le cas d'un lit standard

5-1 : Le matériel de contention est fixé au sommier
ou au cadre de lit ☐ oui ☐ non

5-2: Le matériel de contention est fixé au matelas
ou aux barrières ☐ oui ☐ non

6 : Dans le cas d'un lit réglable ou médicalisé :
- Le matériel de contention est fixé aux parties qui
bougent avec le malade ☐ oui ☐ non

7 : Matériel adéquat en termes de sécurité pour cette personne ☐ oui ☐ non

8 : Matériel adéquat en termes de confort pour cette personne ☐ oui ☐ non

9 : La tête de lit est surélevée ☐ oui ☐ non

10 : Des actions de prévention d'escarres sont réalisées ☐ oui ☐ non

— *Le critère 5 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 3-1, 4, 5-1, 6, 7, 8, 9, 10*

Critère 6 - Installation de la personne

1: La tenue vestimentaire est adaptée et préserve la pudeur ☐ oui ☐ non

2: L'installation physique de la personne est appropriée à ses besoins ☐ oui ☐ non

3: Le lieu où est installée la personne âgée est approprié ☐ oui ☐ non

4: Le matériel de contention est discret et permet une certaine
liberté de mouvement ☐ oui ☐ non

— *Le critère 6 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1, 2, 3, 4*

Critère 7 - La contention est levée aussi souvent que possible

Des mobilisations sont prévues et assurées ☐ oui ☐ non

— *Le critère 7 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question*

Critère 8 - Activités pour le confort psychologique

Des activités sont proposées à la personne durant la journée

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles préciser nature et fréquence :

— *Le critère 8 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question*

Critère 9 - Évaluation

Depuis le début de la contention :

1 : L'état de santé du sujet âgé a été évalué quotidiennement

☐ oui ☐ non

2 : Les conséquences de la contention sur l'état de santé physique et psychologique ont été évaluées quotidiennement

☐ oui ☐ non

3 : Les conséquences de la contention sur l'état de santé physique et psychologique sont notées dans le dossier du patient

☐ oui ☐ non

— *Le critère 9 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1, 2, 3*

Critère 10 - Le prolongement de la contention

- L'arrêt ou le prolongement de la contention ont été validés par une prescription médicale motivée, toutes les 24 heures

☐ oui ☐ non

— *Le critère 10 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question.*

ANNEXE 6. GRILLE FINALE D'EVALUATION DE LA PRATIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE CONTENTION

Date du recueil : -----	
Abréviations utilisées	DP : Dossier patient
	QS : Question aux soignants
	O : Observation
	NA : Non applicable

N°	Sources	Critères	Oui	Non	NA	Commentaires
1	DP	La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.				
2	QS +DP	La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.				
3	DP	Une surveillance est programmée et transcrite 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.				
4	QS +DP	La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.				
5	O+QS	Dans le cas d'une contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, sommier ou cadre de lit, jamais au matelas, ni aux barrières. Dans le cas d'un lit à hauteur variable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques de régurgitations et d'escarres font l'objet d'une prévention.				
6	O	L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.				
7	O	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 durant l'épisode de contention.				
8	O+QS	Des activités, selon son état de santé, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.				
9	DP	Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention a été réalisée au moins toutes les 24 heures.				
10	DP	La contention a été reconduite, si nécessaire, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.				

RÉFÉRENCES

1. Stiwell EM. Use of physical restraints on older adults. *J Gerontol Nurs* 1988;14:42-3.
2. American Geriatrics Society. Guidelines for restraint use. AGS position statement. New-York : AGS ; 1999. Available from : <http://www.americangeriatrics.org/positionpapers/restraint.html>.
3. Joint Commission on Accreditation of Health Care. Revised standards and scoring guidelines for restraint and seclusion. Oakbrook Terrace (IL): JCAHO; 1996.
4. Poirier MF. La contention en gériatrie : quelle liberté pour nos aînés. *Laennec* 1998;16-20.
5. Sullivan Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:342-8.
6. Dawkins VH. Restraints and the elderly with mental illness: ethical issues and moral reasoning. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1998;36:22-27.
7. Frank C, Hodgetts G, Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence. *Can Fam Physician* 1996;42:2402-9.
8. Evans LK, Strumpf NE. Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:65-74.
9. Tinetti ME, Wen Liang L, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities: prevalence, patterns and predictors. *JAMA* 1991;265:468-71.
10. Tinetti ME, Wen Liang L, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992;116:369-74.
11. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G. Physical restraint use and falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:627-33.
12. Lofgren R, MacPherson DS, Greanieri R, Myllenbeck S, Spreafka JM. Mechanical restraints on the medical wards: are projective devices safe? *Am J Public Health* 1989;79:735-8.
13. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1202-7.
14. Marks W. Physical restraints in the practice of medicine: current concepts. *Arch Intern Med* 1992;152:2203-6.
15. Frengley JD, Mion LC. Incidence of physical restraints on acute general medical wards. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:565-8.
16. Robbins L, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of in a acute care hospital. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:290-6.
17. Covert AB, Rodrigues T, Solomon K. The use of mechanical and chemical restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1977;25:85-9.
18. Schleenbaker RE, McDowell SM, Moore RW, Costich JF, Prater G. Restraint use in patient rehabilitation: incidence, predictors, and implications. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:427-30.
19. Mion LC, Gregor S, Buettner M, Chwirschak D, Lee O, Paras W. Falls in the rehabilitation setting : incidence and characteristics. *Rehabil Nurs* 1989;14:17-22.
20. Ejaz F, Jones JA, Rose MS. Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:960-4.
21. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol* 1998;53A:M47-M52.
22. Mion LC, Frengley JD, Jakovcic CA, Marino JA. A further exploration of the use of physical restraints in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:949-56.
23. Werner P, Cohen-Manfield J, Breaun J, Marks MS. Physical restraints and agitation in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:1122-6.
24. Hoenig HM, Rubenstein LZ. Hospital-associated deconditioning and dysfunction. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:220-2.
25. Rubenstein HS, Miller FH, Postel S, Evans HB. Standards of medical care based on consensus rather than evidence: the case of routine bedrail use for the elderly. *Law Med Health Care* 1983;11:271-6.
26. Katz L, Weber F, Dodge P. Patient restraint and

safety vests : minimizing the hazards. *Dimens Health Serv* 1981;58:10-1.

27. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist* 1992;32:762-6.

28. DiFabio S. Nurses' reactions to restraining patients. *Am J Nurs* 1981;81:973-5.

29. Strumpf NE, Evans LK. Physical restraint of the hospitalized elderly : perceptions of patients and nurses. *Nurs Res* 1988;37:132-7.

30. Phillips CD, Hawes C, Fries BE. Reducing the use of physical restraints in nursing homes : will it increase costs ? *Am J public Health* 1993;83:342-8.

31. Association des Hôpitaux de Québec. Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée. Cadre de référence. Montréal: AHQ; 2000.

32. Freed DH. Physical restraints in long-term care: complexity and contradiction. *J Hosp Mark* 1995;10:103-26.

33. Palmer L, Abrams F, Carter D, Schluter WW. Reducing inappropriate restraint use in Colodaro's long term care facilities. *Jt Comm J Qual Improv* 1999;25:78-94.

34. National Institute of Nursing Research. Problems associated with the use of physical restraint In: Long-term care for older adults. Bethesda : NINR ; 1994. Available from : <http://www.nih.gov/ninr/vol3/index.html>.

35. Molasiotis A. Use of physical restraints. 2: Alternatives. *Br J Nurs* 1995;4:201-20.

36. Pluener SK. Restraint-free care benefits patients. *Contemp Longterm Care* 1994;17:110.

37. Durpoix C. Attaché à l'hôpital. Réflexion éthique sur une pratique qui ne l'est pas toujours... *Soins Gériatologie* 1997;37-40.

38. Wilson EB. Physical restraint of elderly patients in critical care: historical perspectives and new directions. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1996;8:61-70.

39. Food and Drug Administration. Safe use of physical restraint devices. Rockville (MD): FDA; 1992. Available from : <http://www.fda.gov/opacom/backgrounders/safeuse.html>.

40. Firestone T. Physical restraints: meeting the standards/improving the outcomes. *Medsurg Nurs* 1998;7:121-3.

41. Bureau of Healthcare Standards and Quality.

Physical restraints: what all nursing home residents and families need to know. Columbus: Ohio Department of Health; 1997.

42. Patterson CH. How does the JCAHO define new restraint standards? *Nurs Manage* 1998;29:8.

43. Mion LC, Strumpf N. Use of physical restraints in the hospital setting: implications for the nurse. *Geriatr Nurs* 1994;15:127-32.

44. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing. Best practice: falls in hospitals. Adelaide: JBIEN ;1999. Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/bp4.html>.

45. Capezuti E, Talerico K. Suppression des contentions physiques, chutes et blessures. In: Vellas B, Fitten LJ, editors. *Maladie d'Alzheimer. Recherche et pratique clinique*. Paris: Serdi Edition; 1999. p.287-305.

46. Frengley, J.D. Bedrails : do they have a benefit ? *J Am Geriatric Soc* 1999 ;47 :627-8.

47. Cullen S, Kimmet K, Whittenburg RN. Restraints and enablers requirements for nursing homes. Columbus: Ohio Department of Health; 1996.

48. National Institute of Health. Use of soft restraints. Bethesda: NIH ; 1988. Available from: <http://www.cc.nih.gov/nursing/restsoft.html>.

49. Flicker L. Australian Society for Geriatric Medicine position statement on physical restraint use in the elderly. ASGM; 1993.

50. Fletcher K. Use of restraints in the elderly. *AACN Clin Issues* 1996;7:611-35.

51. Levine JM, Marchello V, Totolos E. Progress toward a restraint-free environment in a large academic nursing facility. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:914-8.

52. Neufeld RR, Libow LS, Foley W, White H. Can physically restrained nursing-home residents be untie safely ? Intervention and evaluation design. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:1264-8.

53. Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:675-81.

54. Elon R, Pawlson LG. The impact of OBRA on medical practice within nursing facilities. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:958-63.

55. Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Steele-Friedlo E, et al. The OBRA-87 nursing

home regulations and implementation of the resident assessment instrument : effects on process quality. J Am Geriatr Soc 1997;45:977-85.

56. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Accreditation Manual for Hospitals. Oakbrook Terrace: JCAHO; 1994.

57. Stolley JM. Freeing your patients from restraints. Am J Nurs 1995;95:26-30.

58. Illinois Department of Public Health. Restraint reduction : alternative approaches to care. The Council Close-up ; 1996 (178). Available from: <http://www.nursinghome.org/closeup/cupdocuments/cu178.htm>.