

Les contentions

Moteur de recherche :

Daniel Goutaine

Page d'accueil

Rubrique :
contentions

Les contentions

Quatre types de contentions :

- **physiques (ou mécaniques) : au fauteuil ou au lit du résident,**
- **architecturales,**
- **pharmacologiques (ou médicamenteuses) utilisent des psychotropes, c'est à dire des médicaments psychoactifs,**

psychologiques.

Les contentions

ARTICLE I - CHOIX DE VIE :

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

ARTICLE III - UNE VIE SOCIALE MALGRÉ LES HANDICAPS :

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

La contention physique

Définition 1

"La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté."

La contention physique

Définition 2

"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."

ANAES octobre 2000 annexe 3

La contention physique

Définition 3

Fromage (Fromage et al. 2003) donne la définition suivante :

"L'ensemble des moyens physiques visant à retreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessitent l'aide d'un tiers pour être enlevés. La contention suppose donc l'intervention d'un tiers à deux moments."

Fromage B, Perardel M, Vasseur E, Gardey M-A.

Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque. NPG. Année 3. Mai-Juin 2003, 30-3.

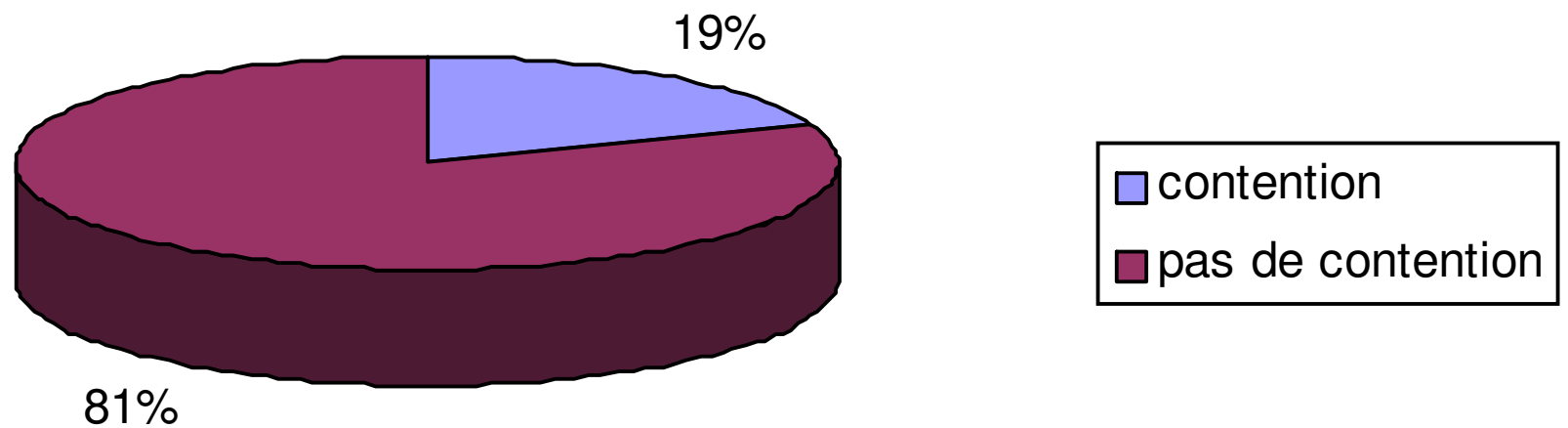
IFSI Albi, 26 juin 2008, Aides-soignant(e)s

La contention physique

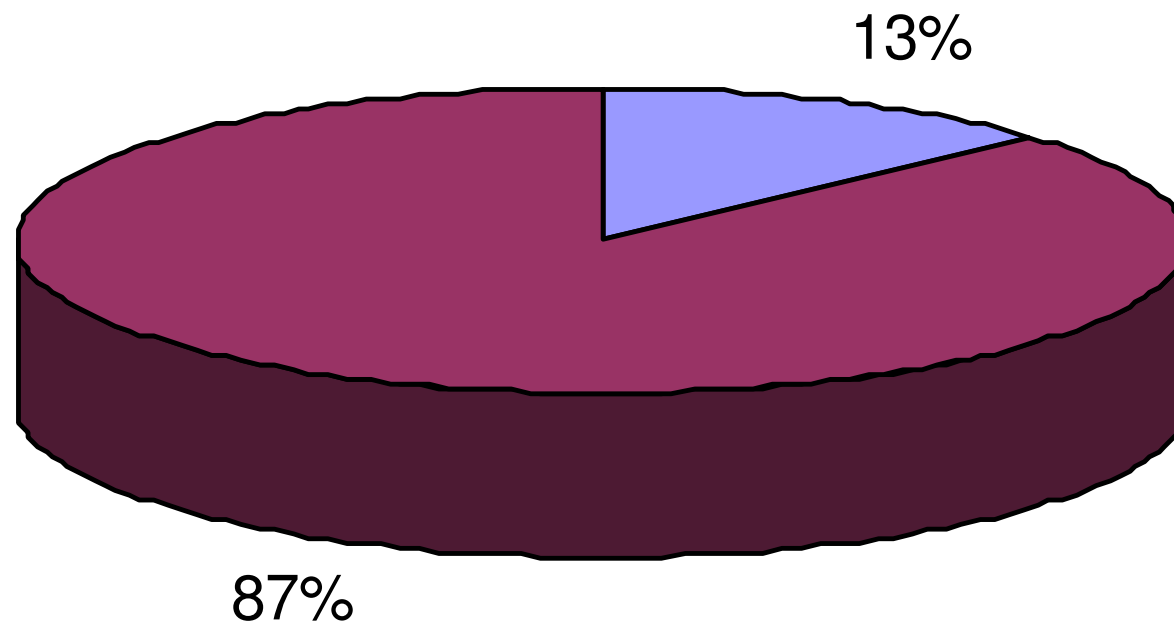
Au fauteuil :

- **ceintures de maintien, abdominales ou pelviennes,**
- **vestes, gilets ou harnais,**
- **vêtements ou draps détournés de leur utilisation habituelle,**
- **« bricolage ».**

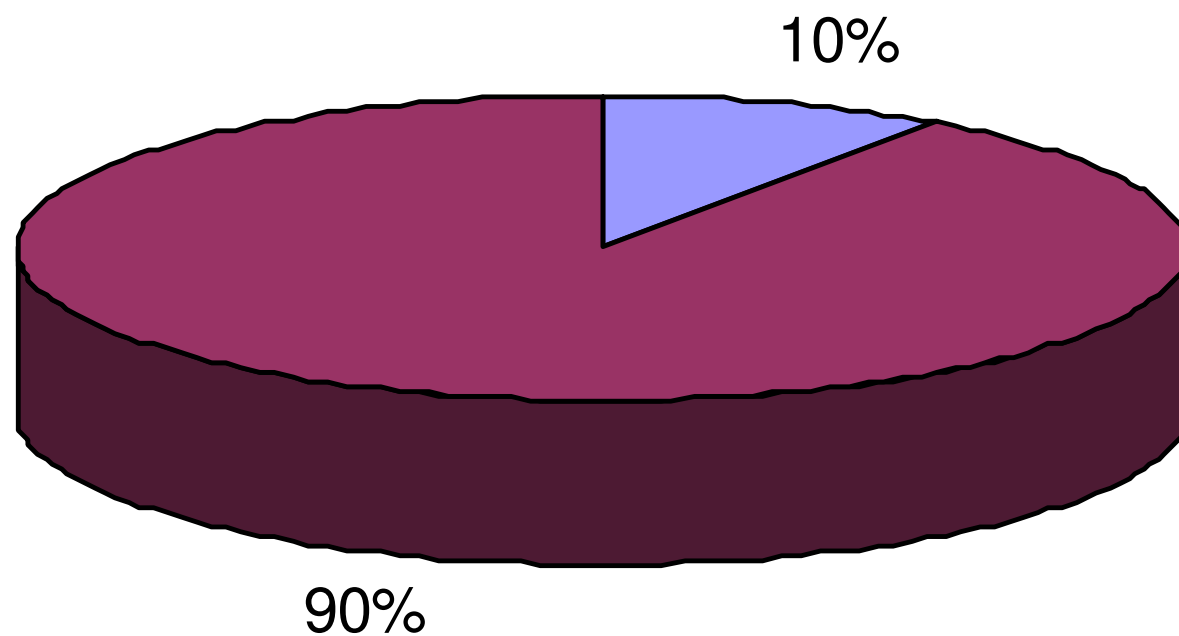
contention au fauteuil le 3 mars 2000



contention au fauteuil le 31 octobre 2005



contention au fauteuil le 12 juin 2008



justifications

- **sécurité** et protection des résidents,
- **chutes** (*Magee et coll. 1993*) (*Brungardt, 1994*) (*Schleenbaker et coll. 1994*) (*Retsas (1), 1998*) (*Sullivan-Marx 1999*),
- **agitation, agressivité** (*Carveth, 1995*) (*Brungardt, 1994*) (*Hantikainen, 1998*), **impulsivité** (*Schleenbaker et coll. 1994*),
- **perturbation** des autres résidents (*Hantikainen, 1998*).

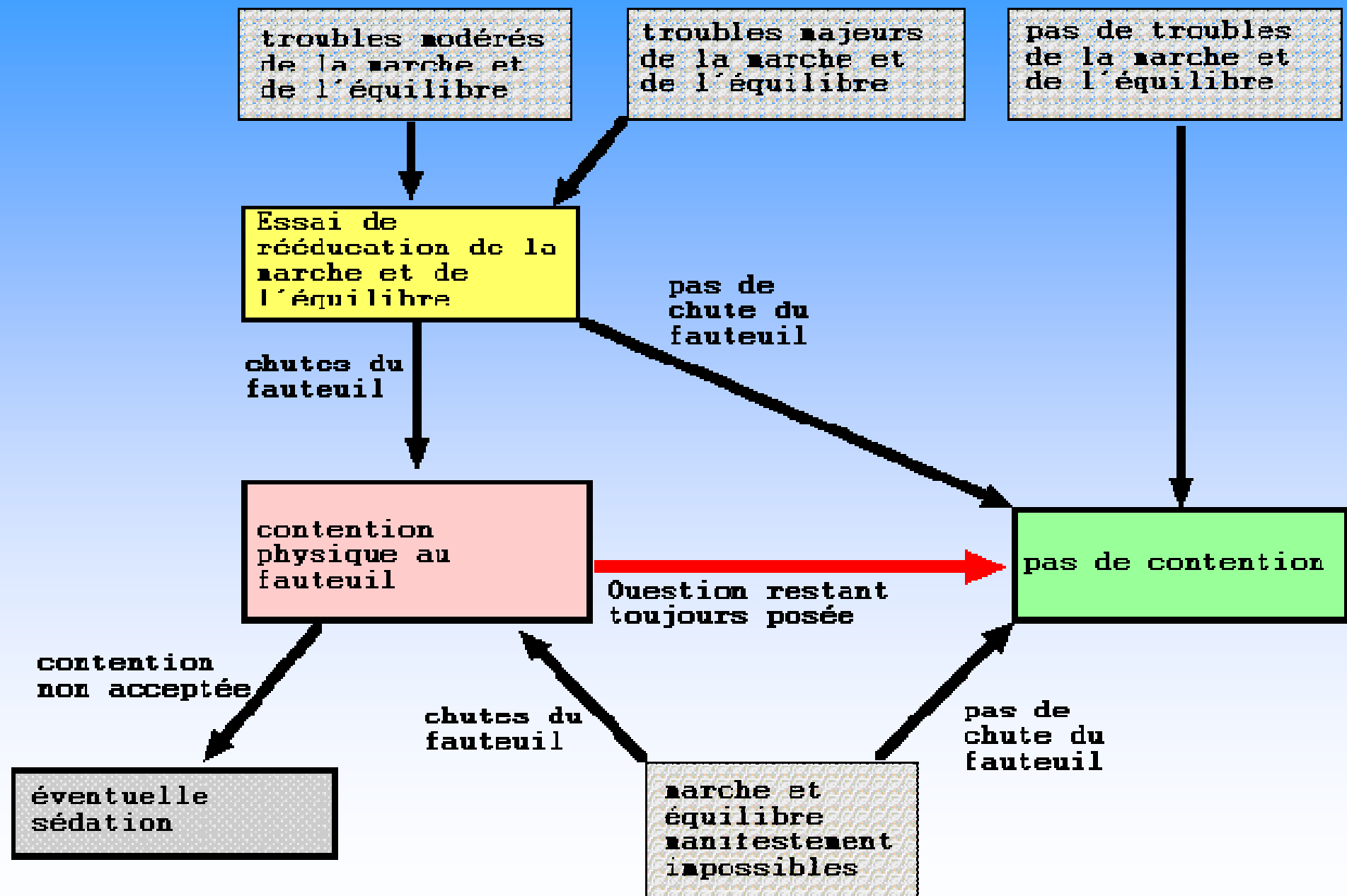
justifications

. **déambulation** (*Goldsmith et coll. 1995*) (*Brungardt, 1994*). Crainte de voir la déambulation conduire le patient à l'épuisement,

. **nécessité importante de soins** : ventilation artificielle, perfusion, transfusion, alimentation entérale ou parentérale (*Perl et coll. 1980*) (*Brungardt, 1994*), soins dentaires (*Shuman et coll. 1996*), risque d'ouverture d'une plaie suturée (*Terpstra et coll. 1998*),

. **détérioration cognitive** (*Evans et al. 1989*) (*Magee et al. 1993*) (*Helmuth, 1995*) (*Schleenbaker et al.*

Notre conduite devant les chutes du résident mis au fauteuil en Soins de Longue Durée

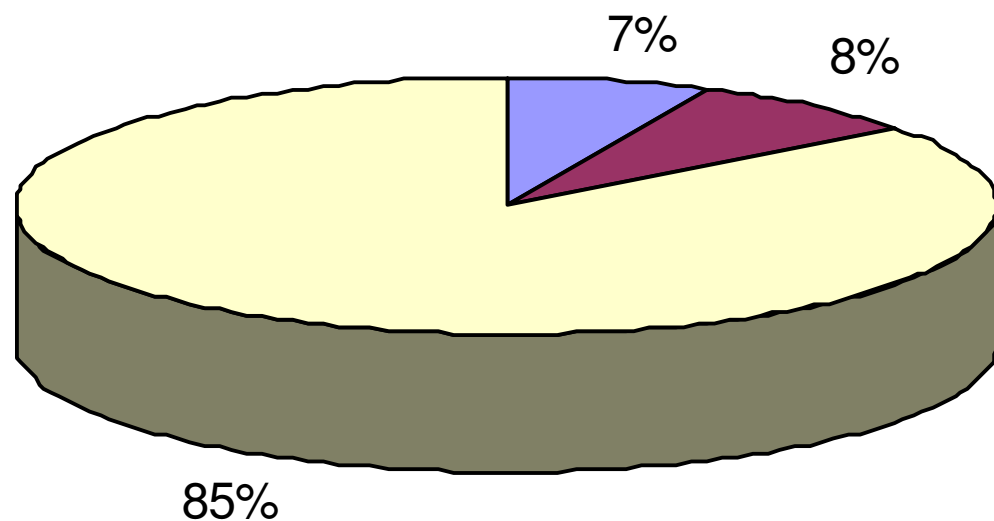


La contention physique

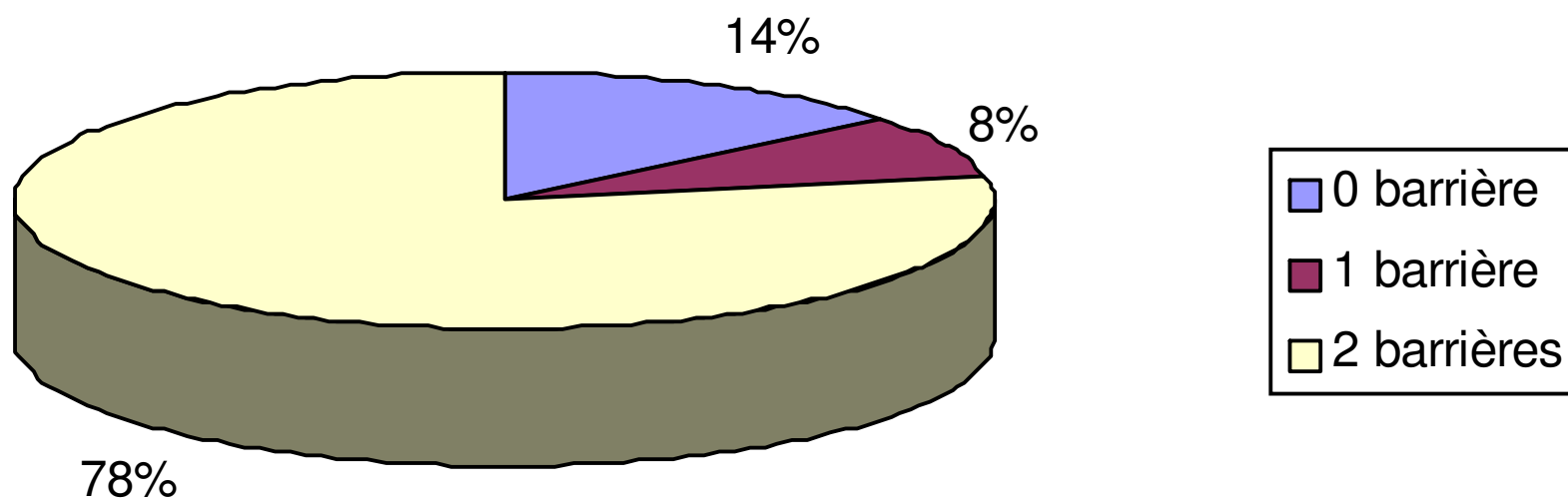
Au lit :

- surtout des barrières de lit,
- sangles ou ceintures abdominales.

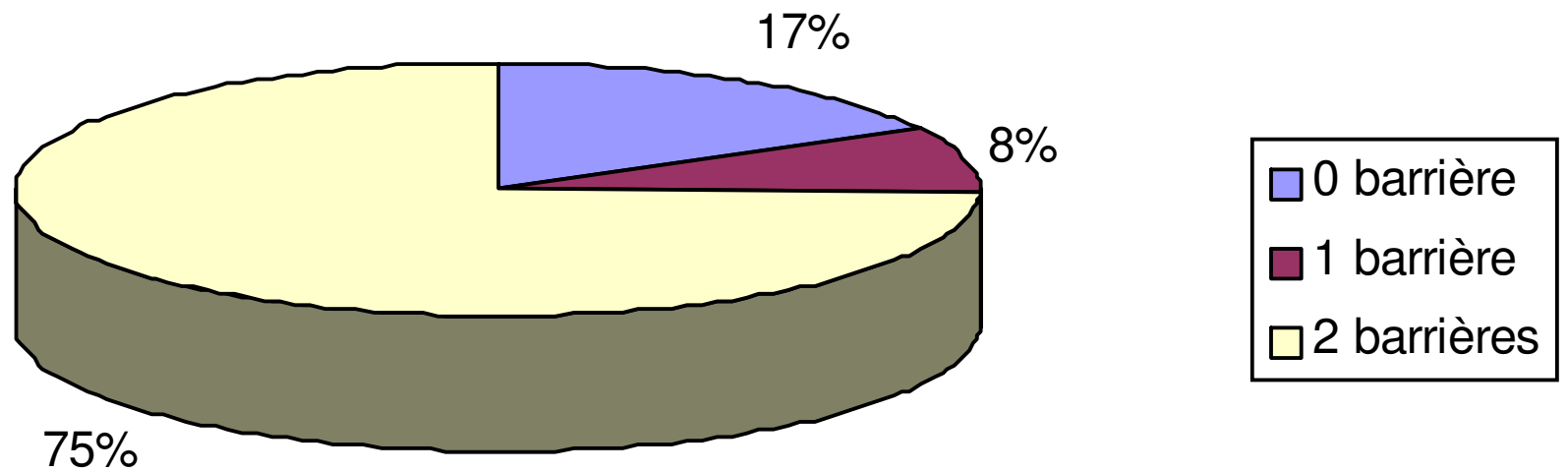
barrières de lit le 4 décembre 2000



Barrières de lit le 31 octobre 2005



Barrières de lit le 12 juin 2008



Propositions pour réduire contentions physiques

Chutes du lit

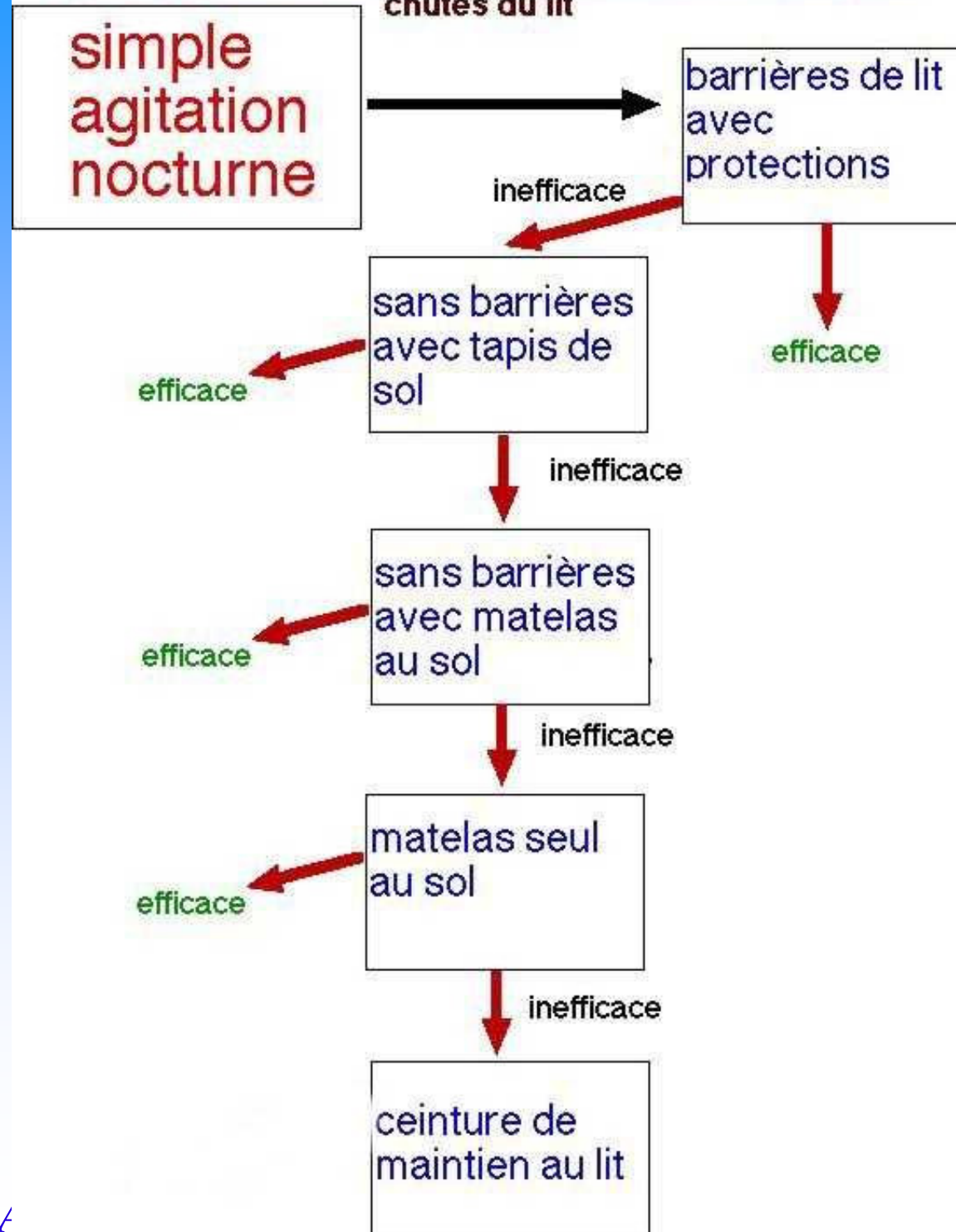
- permanence de la famille ou d'un soignant ?
- lumière demeurant allumée ?
- lit de type « Alzheimer » au plus bas avec ablation des barrières,
- tapis de sol de type "gymnastique" à côté du lit.

Propositions pour réduire contentions physiques

Chutes du lit

- le matelas au sol à côté du lit,
- le matelas au sol seul dans la chambre ou bien deux matelas juxtaposés, soins au sol ou sur un lit,
- la contention au lit par une ou des ceintures, filet au dessus du lit.

projet d'algorithme décisionnel du 02/05/2002 relatif aux chutes du lit



Sur quels arguments se fonde la décision ?

- **volonté de la personne âgée.**
- **certains patients chutent sans conséquence. D'autres tombent lourdement sans aucun réflexe parachute.**
- **dispositif spécifique, sûr, confortable et discret.**
- **indication médicale n'interdit pas, bien au contraire, la concertation dans l'équipe soignante et des conversations sur ce thème avec la famille du résident. Ces entretiens sont indispensables. Toute décision dans ce domaine doit être considérée comme importante et ne devrait plus être prise de façon "sauvage".**

Conséquences des contentions physiques

- décès du résident,
- augmentation du risque de chute,
- sarcopénie, ankyloses articulaires,
- traumatismes,
- agressivité,
- douleur et épuisement,
- colère, inconfort, révolte, et peur,
- moindre possibilité d'assurer les besoins élimination,
- perte de la marche,
- sentiments négatifs envers la contention,
- non-respect de la dignité du patient,
- plus grande difficulté à dégager les personnes en cas d'incendie,
- autres accidents : hyperthermie, rhabdomyolyse, lésions du plexus brachial, thrombose des veines axillaires, neuropathie par compression, insuffisance rénale, trouble du rythme induit par le stress,

Propositions pour réduire contentions physiques

Politique claire : quand la contention physique doit-elle être évitée ? Développement des alternatives.

Quand devient-elle inévitable ?

Voir les recommandations de l'ANAES d'octobre 2000 :

<http://www.anaes.fr>

Décision médicale en équipe,

Développer les alternatives,

Doit être remise en question,

Formation des personnels.

Propositions pour réduire contentions physiques

- fauteuils confortables avec coussin antiescarres systématique sur l'assise du fauteuil,**
- durée au fauteuil adaptée à la fatigue de la personne : maintien trop prolongé au fauteuil,**
- surveillance visuelle des résidents,**
- rembourrage des barrières.**

Les contentions pharmacologiques

Administration de médicaments dans le but de réduire la libre mobilité d'une personne.

Sont utilisés :

- les tranquillisants,**
- les neuroleptiques,**
- les antidépresseurs.**

La frontière est floue entre la sédation bénéfique au patient et l'usage délibéré de médicaments pour soulager l'environnement humain, surtout en l'absence d'une architecture adaptée.

Les contentions architecturales

Utilisation des locaux à des fins de réduction de la libre mobilité des personnes.

- enfermement du résident dans sa chambre.
L'isolement du résident dans une pièce fermée est encore une pratique courante et cachée pendant la nuit chez des malades déments déambulants,
- la limitation à un secteur, un couloir ou une salle à manger est mieux admise par l'environnement humain du malade,
- contentions électroniques.

Les contentions psychologiques

Injonctions collectives et répétées adressées à la personne en vue de réduire sa libre mobilité.

« Ne vous levez pas, vous allez tomber ! ». « Revenez dans votre chambre ! »

« Restez assis ! », « restez au lit ! »,

« C'est mouillé, n'y marchez pas ! ». « Si vous y marchez, il faudra que je repasse la serpillière ! ».

« Marchez doucement, vous allez tomber ! »,

« N'allez pas dehors, vous tomberez ! ».