

## CONTENTION PHYSIQUE

### PROBLÈME

Des études faites dans les "nursing homes" aux Etats-Unis montrent que 30 à 40 % des résidents font l'objet d'une contention physique. Cette situation est très grave dans la mesure où les effets négatifs de la contention entraînent une diminution de l'activité physique du résident (p. ex. faculté de déambuler), une détérioration de la condition musculaire, des rétractions, une incidence accrue d'infections et le développement d'escarres, delirium, agitation et incontinence. De plus cette pratique peut, dans certains cas, augmenter l'incidence des chutes ou d'autres accidents (p. ex., strangulation). Finalement les résidents qui sont attachés accusent une perte d'autonomie, de dignité et de respect de soi. En effet, l'utilisation de contraintes physiques sape les objectifs majeurs du soin prolongé : augmenter l'indépendance, la capacité fonctionnelle et la qualité de vie. Ainsi l'objectif de diminuer ou d'éliminer la contention physique est devenu prioritaire, tant pour la pratique des soins que d'un point de vue légal.

La première justification invoquée pour utiliser ces moyens serait d'éviter les chutes et accidents. Les établissements craignent aussi d'éventuelles poursuites légales et plaintes à la suite de chutes du résident. D'autres arguments sont avancés pour légitimer la contention : procurer un soutien physique ou assurer le maintien du résident dans une position, faciliter un traitement (p. ex., empêcher le résident d'arracher le matériel de perfusion ou l'intubation naso-gastrique) et contrôler des comportements tels que l'errance ou l'agressivité physique.

Les soignants savent par expérience que les objectifs institutionnels peuvent souvent être atteints sans recourir à la contention physique avec ses conséquences négatives. Ceci implique d'abord d'identifier et de traiter les problèmes de santé, fonctionnels ou psychosociaux qui peuvent entraîner la situation pour laquelle la contention est ordonnée (p. ex. : chutes, errance, agitation). Limiter l'utilisation de la contention implique aussi le recours à des plans de soins alternatifs tels que : modifier l'environnement pour le rendre plus sûr, faciliter les occupations individuelles habituelles, utiliser des méthodes moins agressives d'administration des médicaments et de la nourriture, reconnaître et répondre aux besoins du résident en soutien psychosocial, offrir des soins de santé adéquats, des activités adaptées, et des exercices physiques réguliers.

## **SIGNAUX D'ALARME**

### **Définition**

La contention physique consiste en toute méthode manuelle ou dispositif physique ou mécanique, matériel ou équipement attaché ou contigu au corps du résident, que ce dernier ne peut pas enlever facilement et qui limite sa liberté de mouvements ou son accès normal à son propre corps.

**TOUTE** utilisation de moyen de contention au niveau du tronc, des membres, ou par un fauteuil empêchant le lever. [P3b, P3c ou P3d = 1 ou 2]

## **DIRECTIVES**

Dans l'évaluation ou la réévaluation de l'usage de la contention sur un résident, considérer les besoins, les problèmes, les conditions ou les risques (p. ex., de chutes) qui, si on y répond correctement, peuvent éliminer le besoin de recourir à la contention. Référez-vous à la "clé de lecture du protocole" pour les rubriques spécifiques du recueil de données concernées, à mesure que vous passez en revue les éléments énumérés ci-dessous.

## **POURQUOI DES MOYENS DE CONTENTION SONT-ILS UTILISÉS ?**

La première étape pour apprécier si l'utilisation de moyens de contention peut être réduite ou supprimée consiste à identifier les raisons qui y ont fait recourir.

- Revoir le dossier du résident et consulter les soignants afin de préciser les raisons de la contention.

Poser les questions suivantes :

- Pourquoi le résident est-il attaché ?
- Quel(s) type(s) de moyens de contention est (sont) utilisé(s) ?
- Durant quelle période du jour ou de la nuit chaque type de moyen de contention est-il utilisé ?
- Où est-il appliqué (p. ex. au lit, dans la chambre, au fauteuil, dans le couloir) ?
- Combien de temps le résident est-il attaché chaque jour ?
- A quelles occasions (p ex., quand il est laissé seul, après le départ de proches, quand il n'est pas occupé à des activités structurées, lors du repas) ?
- Qui a proposé d'attacher le résident (p. ex., équipe, famille, résident) ?

## **PROBLÈMES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE**

Il est possible d'identifier et de résoudre les besoins, risques ou problèmes de santé, fonctionnels ou psychosociaux, qui ont motivé l'utilisation de la contention physique. En étudiant les facteurs ou causes sous-jacents, l'équipe peut éliminer le besoin apparent de recourir à la contention.

De plus, l'examen des besoins, risques ou problèmes sous-jacents peut aider à identifier d'autres modalités thérapeutiques.

Après avoir précisé pourquoi et comment la contention est utilisée, passez en revue les éléments décrits ci- dessous.

### **Troubles du comportement**

Pour préciser l'existence d'un trouble du comportement, revoir le recueil de données. Si le comportement pour lequel le résident est attaché n'existait pas dans les 7 derniers jours, est-ce parce que la contention en empêchait l'expression (p, ex : le résident était attaché et ne pouvait pas errer) ?

Si le trouble du comportement existait durant les 7 derniers jours ou si le résident était attaché pour éviter un trouble du comportement, considérez que le résident a un trouble du comportement et revoyez le "Protocole Troubles du comportement".

Plusieurs troubles du comportement peuvent provenir de la non-réponse à des besoins de santé fonctionnels ou psychosociaux qui sont susceptibles d'être réduits, supprimés ou maîtrisés en réglant les problèmes qui les ont engendrés (voir le Protocole "Troubles du comportement"). Les affections associées aux troubles du comportement et pouvant découler de l'utilisation des moyens de contention sont notamment :

- Delirium (état confusionnel aigu)
- Affaiblissement cognitif
- Altération de la communication (p. ex. difficulté à être compris d'autrui ou à comprendre autrui dans ses besoins/désirs)
- Insatisfaction de besoins psycho-sociaux (c-à-d. isolement social, changement des habitudes, conflit avec des proches)
- Tristesse ou anxiété
- Résistance aux soins, refus des médicaments, de l'alimentation
- Effets indésirables d'un psychotrope (p. ex. agitation motrice, confusion, perturbation de la marche)
- Si un programme de maîtrise du comportement est mis en oeuvre, est-il adapté aux causes de perturbation propres au résident ?

## **Risque de chutes**

Bien qu'il ne soit pas démontré que la contention protège les résidents des accidents, la prévention des chutes est une des raisons les plus couramment avancées dans les services pour attacher des résidents. Il a pu être démontré que l'usage de moyens de contentions physiques peut entraîner des chutes et blessures. Devant les complications liées à cette pratique, bien des médecins et soignants en gériatrie recommandent, pour prévenir les chutes, la recherche d'alternatives telles que le traitement des problèmes de santé et la modification de l'environnement

- Revoyez les facteurs de risque de chutes de la "clé de lecture du protocole". Référez-vous au protocole "Chutes" si ces risques existent ou si la contention est utilisée pour prévenir des chutes.

## **Traitements.**

Une autre raison avancée pour utiliser des moyens de contention est d'empêcher le résident d'arracher des tuyaux.

Si le résident est attaché pour l'empêcher de s'opposer à la pose d'un quelconque type d'intubation ou autre appareillage (p, ex. cathéter interne/externe, sonde d'alimentation, tubulure intraveineuse, canule/masque d'oxygénothérapie, pansements), revoir les éléments décisionnels suivants.

- La sonde ou l'appareillage sont-ils utilisés pour traiter une situation où la vie du résident est en danger ?
- L'état du résident justifie-t-il réellement ce mode d'action potentiellement perturbant pour lui/elle ?
- Existe-t-il des possibilités thérapeutiques moins agressives ?
- Pourquoi le résident réagit-il contre ce traitement ? (p ex., le dispositif entraîne-t-il inconfort ou irritation ? Le résident résiste-t-il ou est-il seulement agacé par ce matériel ? Le traitement correspond-il aux attentes du résident ? Le résident comprend-il les raisons du choix de telle méthode de traitement ? Le résident/la famille ont-ils été informés des risques et bénéfices respectifs des différentes options thérapeutiques ?)

## **Recommandations de l'administration américaine**

« En cas de manifestations pathologiques menaçant la vie (p. ex., déshydratation, déséquilibre électrolytique, obstruction des voies urinaires), une contention physique est temporairement légitime pour fournir le traitement salvateur nécessaire. Une contention physique durant des périodes brèves, est légitime pour permettre de procéder au traitement médical, si le consentement au traitement par le résident ou son tuteur est acquis et documenté» (Recommandation de l'administration américaine).

- Lorsque se pose un problème de sonde urinaire, revoir le Protocole "Incontinence urinaire" afin de rechercher des alternatives.
- En présence d'une sonde gastrique, revoir le Protocole "Alimentation par sonde".

### **Indépendance dans les AVQ.**

Dans de rares cas, la contention physique peut stimuler la capacité du résident à devenir plus indépendant, si la contention est utilisée pendant un temps limité et correspond au besoin.

Examinez le recueil d données pour préciser si la contention contribue à l'indépendance du résident dans une activité (p. ex., un soutien du tronc par ceinturage en fauteuil roulant permettant au résident de propulser les roues lui-même, un fauteuil adapté au résident en gériatrie utilisé seulement durant le repas et permettant à un résident agité de s'alimenter lui-même).

### **Autres facteurs.**

#### **Réponse du résident aux contentions**

Pour évaluer l'usage de la contention, il importe de vérifier la réaction du résident à ces entraves (p. ex. la réaction est-elle positive ou négative, telle que passivité, colère, agitation accrue, repli, supplications pour qu'on le libère, appels à l'aide, tentatives répétées de se détacher/se libérer). Ceci aidera à préciser si les effets secondaires négatifs l'emportent sur les bénéfices attendus.

Revoyez les rubriques du recueil de données concernant les autres effets négatifs possibles de la contention physique, tels que diminution de l'indépendance fonctionnelle, du contrôle des fonctions corporelles, de l'état cutané, de l'humeur et de l'état cognitif, depuis que la contention est employée

#### **Alternatives à l'utilisation des moyens de contention**

Bien des interventions sont susceptibles d'être aussi efficaces, ou même plus efficaces que la contention physique pour répondre aux besoins du résident, pour sa sécurité et pour maîtrise de ses problèmes. Pour être efficace, l'intervention doit s'appliquer au problème sous-jacent. L'utilisation de fauteuils confortables représente une telle alternative.

- Revoyez le dossier du résident et interrogez l'équipe pour préciser si des alternatives à la contention ont été essayées.
- Si oui, quelles étaient ces alternatives ?
- Combien de temps ces alternatives ont-elles été essayées ?
- Quelle fut la réaction du résident à ces alternatives ?
- Si ces alternatives se sont avérées inefficaces, une autre solution a-t-elle tentée ? Si oui, laquelle ?
- Quand a-t-on pris d'autres mesures que l'utilisation de moyens de contention ?

**- Philosophie et attitudes**

Réévaluez l'utilisation des moyens de contention chez un résident en tenant compte de la philosophie, des valeurs, des attitudes et des souhaits du résident concernant cette pratique ainsi que de ceux de la famille/entourage et soignants. Prenez aussi en considération l'impact de ces pratiques sur l'environnement et le moral du service.

- Y a-t-il consensus ou discordance entre les personnes concernées quant au choix entre l'indépendance et la liberté du patient ou une présumée sécurité ?

23 juin 2009

Éditique : Dr Lucien Mias