

Réflexions autour de la contention mécanique dans une UCC en gériopsychiatrie

**Dr Véronique BLETTERY, Psychiatre
CHS Saint Jean de Dieu**

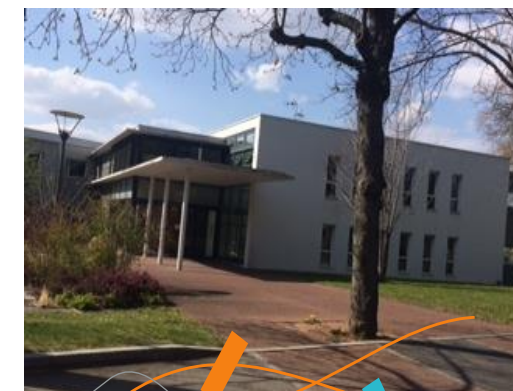
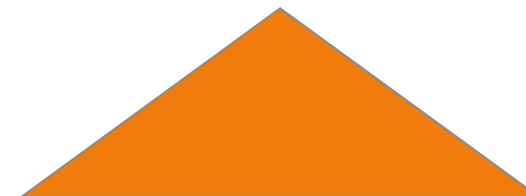
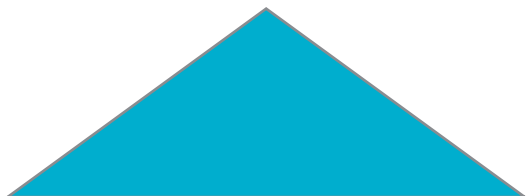
Quand tu étais jeune, tu mettais toi même ta ceinture et tu allais où tu voulais ;
quand tu auras vieilli, tu étendras les mains, un autre te ceindra et te mènera où tu ne voudrais pas.

(Evangile selon Saint Jean)

Pôle Gériatopsychiatrie

CH St Jean de Dieu

« Bâtiment Clos Layat »



Cas clinique 1 : Monsieur Tempête

85 ans, vit à domicile avec sa femme. Ancien contremaitre chez Berliet, deux fils qui vivent loin

Un frère unique décédé à 19 ans de leucémie, père DCD à 64 ans (maladie alcoolique), mère DCD démence

Déclin cognitif depuis 5/6 ans pour lequel le patient a refusé tout bilan. Depuis 2 ans, idées délirantes de persécution et de vol. Hospitalisation justifiée par des gestes de violence vis-à-vis de sa femme : il a tenté de l'étrangler. MMS 15/30.

Dans l'unité : beaucoup de déambulations, diurnes et nocturnes, cherche la sortie, opposition mais pas d'agressivité . Demande à rentrer chez lui, dit que sa femme va s'inquiéter, qu'il doit aller au travail. La nuit, il ne trouve pas le sommeil, s'épuise en déambulations.

Entretien le patient et son fils : M. Tempête minimise beaucoup les difficultés des derniers mois. Il semble sidéré et reste sans réaction quand son fils lui apprend que son épouse ne désire pas de retour à domicile et qu'il y aura une orientation en EHPAD. A la fin de l'entretien, il refuse la collation en disant que "cela a du mal à passer" ...

Tentative d'introduction d'un neuroleptique : mal supporté, arrêt. Antidépresseur.

Devant la persistance des déambulations nocturnes, on discute la mise en place d'un Sécuridrap®. Dès la 1^{ère} nuit, le sommeil est bon, le patient s'est endormi rapidement, le réveil au matin est de bonne qualité, le patient souriant.

Un entretien avec sa femme est enfin possible. Elle lui annonce la fin de leur vie commune, beaucoup d'émotions de part et d'autre, le patient se montre résigné.. Le soir même, M. P. chute, heureusement sans gravité.

Entre en EHPAD avec le sécuridrap.

Cas clinique 2 : Mme Anoso

80 ans. Divorcée depuis l'âge de 50 ans. Ancienne commerçante (prêt-à-porter).

Vit seule à Lyon en appartement, étayée par une nièce qui vit à proximité. Un fils qui vit dans un autre département

Hospitalisée pour un syndrome confusionnel d'origine iatrogène avec agitation et idées délirantes

Bilan gériatrique : une désorientation temporo-spatiale importante, des fausses reconnaissances, des troubles de mémoire majeurs y compris dans le récit autobiographique. Anosognosique. Le MMS est fluctuant entre 15 et 20/30

Bilan neurologique : démence vasculaire + responsabilité d'un hématome frontal gauche (ancien) dans les troubles

À l'entrée : agitation psychomotrice ++, persuadée d'être enceinte

La nuit beaucoup de déambulations avec une recrudescence anxieuse qui motive à plusieurs reprises l'appel de l'interne de garde

Tableau fluctuant, fait de nombreux passages en chambre d'apaisement les dix premiers jours de son séjour

Les nuits sont difficiles : déambulations, agitation, anxiété, sentiment de persécution: difficilement réassurable, traitements sédatifs peu efficaces, prescription de sécuridrap après discussion en équipe

Le soir même, la patiente est installée dans le sécuridrap, elle ne s'apaise pas, réussit à sortir du sécuridrap partiellement, d'où risque d'étouffement. Finalement s'endort vers minuit, sans sécuridrap.

La prescription est stoppée. Apaisement obtenu après « tri médicamenteux », ttt anxiolytique, ritualisation du quotidien et approche psycho corporelles (snoezelen)

M. Chamboutout

Patient 65 ans, adressé par la gériatrie

Maladie d'Alzheimer confirmée évoluant depuis 10 ans

Doute sur éthylisme, violences familiales

Mariée, épouse sous 02, 3 filles

Agitation extrême intriquant déambulations incessantes, déplacement d'objets, meubles ... et violences lors des soins d'hygiène

Multiples lignes médicamenteuses essayés avec à chaque fois effet « seuil » conduisant à augmenter les doses. Sous Clozapine/ Valium

Hospitalisation longue (> 6 mois) car les symptômes vont mettre du temps à s'amender

Arrêt du sécuridrap depuis 2017 donc non utilisable; essai du psycho corporel, essai du Méopa pendant les soins de nursing, essai couverture lestée..

Décision de contention nocturne à un moment où nécessité de perfusion (déambule ++ au point où ne boit plus , ne mange plus). S'endort très rapidement lors des contentions.

=> Mise en place de contentions nocturnes + temps de sieste. Apaisement en 2 mois. Sortie en EHPAD (Montvenoux); plus de recours nécessaire à la contention

Contentions : définitions

- **Générale**

La contention consiste à restreindre de façon plus ou moins sévère les initiatives motrices d'un individu

- **Contention mécanique (ou physique passive) : HAS 2017**

Utilisation de tout moyen, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celui d'autrui .

- **Autres types de contentions** : psychologiques, pharmacologiques, environnementales et architecturales

Etat de lieux de la contention physique

- **Epidémiologique :**

Prévalence 18 à 22 % en court séjour gériatrique; de 19 à 84 % en EHPAD

85 % des EHPAD ont mis en place un moyen limitant la liberté d'aller et venir (Pour 65% il s'agit d'un digicode, 2% de chambres fermés...)

- **Juridique (principaux textes):**

ANAES 2000 : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée

Mars 2002 (Loi dite Kouchner)

Janvier 2005 : Liberté d'aller et venir dans les établissements médicaux et médico-sociaux

2016 : Rapport annuel du Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale

Mars 2017 : Instructions relatives à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention dans les établissements autorisés en psychiatrie

Dilemme Sécurité/Liberté?

Institutions et soignants écartelés entre 2 injonctions :

- Liberté d'aller et venir, réaffirmée dans les différents textes de Loi depuis 2002
- Nécessité de mesures pour assurer la sécurité des personnes : crainte des chutes, inquiétude face à une possible violence/blessure vis-à-vis d'autrui, risque de fugue, crainte de la responsabilité médicale/soignante en cas d'accident. Exigence sécuritaire des familles, directions... Politique de gestions « des risques »; principe de précaution...

=> **Pour un droit au risque?**

Les indications alléguées

- Agitation, agressivité
- Déambulations
- Risque de fugues, de chutes
- Nécessité de soins médicaux techniques (perfusions, alimentation entérale ou parentérale, soins dentaires , sonde urinaire...)
- Perturbation des autres résidents, patients...

Les facteurs « contributifs »

- Demande sécuritaire de la famille, de l'entourage, des soignants
- Crainte de la responsabilité pénale
- Sentiment d'impuissance devant les troubles du comportement, les chutes
- Manque d'effectifs

Les risques

Augmentation Morbidité/Mortalité/Durée d'hospitalisation

- Risque décès par étouffement (barrières de lit, ceinture ventrale, Sécuridrap[®] ou équivalent, contention au fauteuil)
- Risque thrombo-embolique
- Risque cutané et infectieux
- Aggravation du risque de chute et aggravation gravité des chutes
- Syndrome d'immobilisation en cas de contention prolongée
- Perte d'autonomie

Alternatives à la contention

- Propositions individuelles contenant alternatives :

Éliminer les causes autres d'agitation, inconfort, angoisses..

Approches psycho-corporelles (massages, pressions corporelles, snoezelen)

Thérapeutiques médicamenteuses : Attention au risque iatrogène, psychotropes, Méopa pour les soins de nursing compliqués.

Isolement, limitation stimulations, temps de médiation individuelle

Dispositifs autres (lit Alzheimer contre le mur + matelas, fauteuil coque, couverture lestée, sieste accompagnée, ...)

Rencontres famille, aborder les non dits (ex : projet d'Ehpad fait par une famille sans en informer le patient).

- Travail sur la contenance de l'équipe

Contenance psychique des soignants : travail d'équipe, relèves, synthèses, élaboration avec les psychologues en formel et informel, supervision

Contenance environnementale : réflexion sur l'architecture des services, jardin intérieur pour les déambulations, fermeture ou pas des services, sécurisation de l'environnement...

Les 10 critères de l'ANAES pour une contention (2000)

1. Prescription médicale
2. Rapport bénéfice/risque
3. Surveillance programmée et tracée, comprenant hygiène, nutrition, hydratation
4. Information patient +proche
5. Matériel de contention adapté (sécurité/confort)
6. Installation préservant dignité et intimité
7. Contention levée aussi souvent que possible
8. Activités proposées
9. Evaluation état de santé toutes les 24h
10. Prescription renouvelée toutes les 24h si nécessaire après réévaluation

Les exigences éthiques actuelles

- Soin individualisé
- Prescription médicale
- De dernier recours
- Pas de prescription « si besoin »
- Balance Bénéfices/risques
- Collégialité
- Traçabilité
- Information Patient/famille
- Protocole/Procédure
- Penser la contention comme transitoire et envisager les alternatives

Différents moyens de contention mécanique



Couchage de sécurité



Ceinture pelvienne



Ceinture abdominale



Barrières de lit



Mitaines



Fauteuil coquille

Différents types de contention

- Barrières de lit
- Contention au fauteuil (maintien pelvien, gilet de contention...)
- Contentions au lit
 - Contention 4 membres
 - Ceinture ventrale
 - Couchage de sécurité type sécuridrap® (cocoon®, facilit®)

...

Attention aux contentions « créatives » : blocage fauteuil par adaptable, alignement de mobilier pour bloquer une issue, fauteuil attaché au radiateur, utilisation de draps ou de vêtement pour attacher...

Expérience du Sécuridrap®

Protocole en cours de validation dans notre pôle
après une EPP de 6 mois



CONTENU METHODOLOGIQUE

Définition

Le *Sécuridrap*[®] est défini comme un moyen de contention mécanique. Il relève d'une **prescription médicale** établie après appréciation du rapport bénéfices/risques.

Il s'agit d'une **pratique de dernier recours**, prise pour une **durée limitée** dont la mise en œuvre ne se justifie qu'après avoir tenté une réponse graduée, médicamenteuse, humaine, et matérielle adaptée. La mesure doit faire l'objet d'une surveillance stricte. Il s'agit d'un soin **porté par une équipe pluridisciplinaire**.

La décision de contention par *Sécuridrap*[®] est une pratique de dernier recours mais pas d'urgence. Il s'agit le plus fréquemment d'une pratique de contention transitoire, de quelques heures, la nuit ou la journée pour des temps « de sieste ».

Cette mesure ne saurait présenter un caractère punitif ou avoir seulement vocation à faciliter le travail de l'équipe soignante.

CONTENU MÉTHODOLOGIQUE

Décision médicale

Il s'agit toujours d'un usage concernant **les personnes âgées avec des troubles cognitifs** :

- Limiter les déambulations excessives et permettre le repos, prévenir les risques d'épuisement de la personne âgée
- Empêcher le patient d'accéder à des dispositifs médicaux (sonde, perfusion)
- La seule prévention des chutes ne saurait être un motif d'utilisation du *Sécuridrap*[®].

Les contre-indications :

- Patient agité ou très agité
- Patient capable de s'extraire du dispositif ou de déverrouiller les barrières de lit
- Patient plus agité après son installation dans le dispositif

CONTENU MÉTHODOLOGIQUE

Sur le plan psychique, le sens de la mesure est le suivant :

- Apporter une contenance externe pour pallier à un défaut de contenance interne
- Aider à restaurer une enveloppe psychique pour des patients dont les troubles cognitifs perturbent la capacité de contenance : perte du sentiment de continuité et de sécurité interne, indifférenciation dedans/dehors, difficulté du Moi à gérer les angoisses et en particulier les angoisses de mort exacerbées durant la nuit.

La sécurité du patient – contrôle par les soignants :

Le personnel doit être formé à l'installation du *Sécuridrap*[®]. Chaque installation dans le *Sécuridrap*[®] doit donner lieu aux mêmes opérations de sécurité que l'installation initiale. Le personnel intervenant dans une chambre auprès d'un patient contenu par un *Sécuridrap*[®] doit avoir un PTI.

Le couchage s'utilise sur un lit médicalisé (en position la plus basse) et est maintenu solidaire du lit à l'aide de 5 points de fixation (fixés sur partie mobile et intérieure du lit)

- *2 points de fixation au niveau du bassin*
- *2 points de fixation au niveau de la partie inférieurs des membres inférieurs*
- *Un point de fixation à l'extrémité inférieure du couchage servant également à verrouiller la fermeture éclair du couchage.*

Les deux barrières de lit relevées obligatoirement (et pas de demi-barrières)

Les infirmiers doivent s'assurer que le patient ne possède pas d'objet dangereux.

La personne âgée doit être glissée dans le maintien pelvien (culotte intégrée). Le patient porte des vêtements de nuit souples avec encolure large, jambes nues.

Il est important d'évaluer si le patient est capable de s'extraire du dispositif par lui-même ou de se détacher.

Il est important d'informer l'ensemble du personnel **qu'un risque vital est engagé en cas de mauvaise installation du dispositif ou chez le patient agité.**

CONTENU MÉTHODOLOGIQUE

Le mode d'hospitalisation

Le *Sécuridrap*[®] est un dispositif de contention utilisé dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge dans une structure type EHPAD. Il n'y a donc pas de recommandations concernant le mode d'hospitalisation, qui concerne l'existence de troubles mentaux, non liés à l'âge.

L'information du patient et de sa famille

Le patient doit être informé de manière claire et précise de la décision de l'utilisation du *Sécuridrap*[®], de sa durée et, dans le cas où celle-ci n'est pas déterminée d'emblée, du délai de réévaluation de la décision médicale. L'information initiale est donnée par le médecin ou l'interne. Pour autant chaque soignant doit être en mesure de la redonner ou de la confirmer avec précision au patient.

Les proches sont informés de la mesure et des consignes médicales entourant cette décision.

CONTENU MÉTHODOLOGIQUE

La prescription et la surveillance clinique psychiatrique

Sont à observer :

- L'état clinique global
- L'état du sommeil
- Les symptômes : agitation, apathie

Il convient d'apprécier à la fois l'apparition de ces symptômes, leur disparition, leur intensité ainsi que leur variations au fil des informations successives.

La transmission entre le personnel de nuit et de jour est capitale afin d'assurer une continuité dans l'observation et l'évaluation du dispositif.

CONTENU MÉTHODOLOGIQUE

La rapidité de l'endormissement est le signe d'une bonne indication.

La persistance d'une agitation motrice dans le *Sécuridrap*[®] donne lieu à une réévaluation rapide du dispositif. En cas de doute le *Sécuridrap*[®] doit être enlevé.

La surveillance de la première nuit du patient sous *Sécuridrap*[®] est primordiale : surveillance clinique horaire.

En l'absence de recommandation nationale, nous recommandons :

- **Première prescription pour 12h (une nuit)**
- Confirmation/réévaluation de l'indication après la première nuit pour **les 7 nuits suivantes**
- Réévaluation **hebdomadaire** de la prescription en fonction tolérance/bénéfices/complications éventuelles.

CONTENU METHODOLOGIQUE

Prise en charge et surveillance clinique

- La prise en charge somatique est coordonnée avec le gériatre

La surveillance porte sur les paramètres vitaux (pouls, TA, température, fréquence respiratoire) et sur les paramètres cliniques (patient calme, agité, endormi...)

Elle porte également sur :

- Etat neurologique : conscience, confusion, élocution, déficit sensitif ou moteur
- Douleurs (toute plainte douloureuse doit être évaluée et donner lieu à un examen somatique au réveil)
- Hypertonie/hypotonie musculaire au réveil
- Etat cutané : sudation, pâleur / rougeur / cyanose / marbrure, points d'appui (prévention d'escarre)
- élimination : rétention urinaire, constipation
- Hémodynamique : surveillance de signe de déshydrations, œdème

CONCLUSIONS

- Prescription de dernier recours, exceptionnelle réduite.
- En cas d'urgences, d'agitation ++, surtout si pas de diagnostic :
contention 4 membres avec surveillance horaire (hôpital)
- Jamais pour punir ou sanctionner un comportement aberrant (ex
hétéroagressivité vis à vis d'un autre résident, risque d'abus sexuel..)
- Jamais par manque de personnel
- Tenir un registre

Merci de votre attention !

