

9ème Commission de Coordination Gériatrique

Mercredi 8 décembre 2021

Maison de retraite Le Chêne Vert

Dr Jean TONDA médecin coordonnateur

Tout d'abord merci d'avoir répondu présent à cette 9ème commission.

Cette commission est prévue pour réunir autour d'une table les divers intervenants intérieurs et extérieurs qui œuvrent au Chêne Vert pour le bien de nos résidents. Elle a pour but d'échanger, sur le sujet de l'ordre du jour. Ecouter les points de vue de chacun et permettre une meilleure harmonisation dans la prise en charge de nos pensionnaires.

Nous nous réunissons ce jour en application de l'arrêté du 5 septembre 2011, 3ème paragraphe de l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles.

Sont conviés :

- La directrice d'établissement
- L'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral
- Les infirmiers diplômés d'Etat salariés
- Le pharmacien d'officine
- Le neuropsychologue
- Les kinésithérapeutes
- Les orthophonistes
- L'ergothérapeute
- Le pédicure podologue
- Un représentant du conseil de vie sociale de l'établissement

La commission a pour but de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques.

L'ordre du jour portera sur : **Règle et Utilisation du Cocoon.**

Nous allons tout d'abord parler de la contention en général, puis nous aborderons les indications, ensuite nous évoquerons la problématique psychologique de cette contention qui concerne non seulement le résident mais aussi le soignant, et sa réglementation, enfin nous analyserons le couchage de contention Cocoon que nous utilisons au Chêne Vert.

## Généralités sur la contention

« c'est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant 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 celle d'autrui »

Les « dispositifs de contention » sont les dispositifs médicaux destinés à restreindre ou encadrer la liberté de mouvement d'un individu dans un but sécuritaire, quelles que soient les raisons de cette restriction.

Les dispositifs les plus utilisés sont des ceintures abdominales destinées à la contention au fauteuil ou au lit avec ou sans maintien pelvien, des gilets de contention, des attaches poignets et des attaches chevilles, des barrières de lit et des couchages de contention.

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.

La contention mécanique, au fauteuil ou au lit, est un moyen d'ultime recours, qui doit être mis en place lorsque tous les autres moyens possibles, visant la sécurisation du patient, ont été essayés et se sont avérés inefficaces. La contention mécanique, pour des raisons sécuritaires, est pratiquée pour limiter le **risque de chute**, réduire les **risques liés à la déambulation** (principalement l'épuisement lié à la déambulation) ou **permettre l'administration d'un soin** en empêchant le patient d'atteindre les sondes et/ou les perfusions. En outre, elle peut être utilisée pour les patients déambulant ayant une **interdiction d'appui suite à une opération chirurgicale ou une fracture** (membres inférieurs, bassin,...).

La mise en place d'une contention mécanique **n'est en aucun cas le traitement de l'agitation** qui est un symptôme grave nécessitant un avis médical et une recherche des causes médicales d'agitation.

Le patient agité, agressif envers lui ou les autres, présentant des troubles cognitifs ou psychiatriques nécessite parfois d'être contenu, souvent contre son gré, avec des dispositifs spécifiques.

## Problématique psychologique

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.

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.**

Nous savons 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.

**La décision de contention devrait toujours rester une mesure d'exception, elle ne doit être prise qu'après une concertation de l'équipe soignante et en prenant soin de bien analyser le bénéfice/ risque pour le résident.**

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 liées à l'utilisation de la contention, moins évidentes :

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

- Risque de phlébite

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

**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.**

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.

**Les proches du résident doivent être informés de la nécessité de contention et doivent donner leur accord, ils doivent être impliqués dans la décision collégiale.**

Il sera plus facile ensuite de leur faire comprendre une décision d'abandon de la contention, si non adaptée ou mal tolérée, même si le risque est toujours présent.

**Une fiche de contention** est remplie par le médecin et doit être contresignée par la famille.

Une réévaluation régulière doit être réalisée pour limiter au maximum le temps d'utilisation de la contention et son innocuité.

Si les conséquences de la contention physique concernent d'abord la personne « contenue », **certains auteurs rapportent un ressenti pénible des équipes de soins.**

En effet celles-ci concilient difficilement la contention avec le respect de l'autonomie et de la dignité de ces patients et révèlent que la plupart d'entre elles se plaignent d'anxiété, de frustration et d'un sentiment de culpabilité.

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

**La contention mécanique n'est pas sans risque.**

Tinetti (1992) rapporte que les chutes sont plus fréquentes chez les sujets soumis à une contention (17 % versus 5 %) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention.

Capezzuti (1996) relève que les contentions non seulement ne diminuent pas le risque de chute grave mais l'augmente surtout chez les sujets confus.

**La perception est confortée par le sentiment que l'absence de contention ferait courir un risque médico-légal au soignant.**

## Le Cocoon

C'est une sorte de sac de couchage, adapté au patient, fixé au lit par des sangles situées au niveau du bassin et au niveau des pieds.

C'est la gigoteuse ou turbulette de nos bébés.

Celui-ci permet les mouvements du haut du corps, le résident peut se tourner pour se mettre sur le côté mais il ne peut s'en dégager.

Le but étant de l'empêcher de sortir de son lit.

Les bras sont libres à l'extérieur du couchage.

**La contention mécanique COCCOON ® est destinée au patient à faible tonus musculaire et/ou au patient désorienté**

La contention est **une restriction de liberté**. Le couchage de contention doit être considéré au même niveau qu'une chambre d'isolement ou d'une contention quatre membres.

Comme n'importe quel dispositif de contention, il est à utiliser au minima : il s'agit du dernier recours quand aucun autre moyen ne convient au patient et que tous les autres moyens ont été épuisés. Cela ne concerne qu'un tout petit nombre de patients.

**La décision de prescription revient au médecin qui est le garant du questionnement clinique et éthique au sujet du patient après une réflexion pluridisciplinaire** qui doit prendre en compte les informations connues sur le patient et son comportement pendant la journée. - Concernant la durée de prescription, les recommandations actuelles de prescription en psychiatrie indiquent qu'une contention doit durer 24 heures mais cette recommandation semble être difficilement applicable au quotidien pour des couchages de contention. Le plus important, c'est la surveillance du patient les premières heures, la première nuit et les 2 suivantes. Il serait intéressant d'effectuer un focus sur la mise en place et la réévaluation rapide plutôt que d'exiger une réévaluation toutes les 24 heures

**. En aucun cas il ne s'agit d'une « contention douce »** mais bien d'une contention pour un maintien mécanique.

**L'apaisement et l'endormissement rapide (20 - 30 minutes) du patient dans un couchage de contention sont le signe d'une bonne indication.** Si le patient ne s'endort pas dans ce laps de temps, c'est que le dispositif ne sera pas efficace.

Les couchages de contention ont une fonction contenante, apaisante pour que les patients puissent se recentrer sur eux-mêmes.

**Le couchage de contention COCCOON ® n'est pas un outil en cas d'agitation du patient.**

Deux exemples de cas d'état d'agitation pour lesquels un couchage de contention n'est pas adapté : Si la personne âgée couchée le soir, est angoissée, s'agite, tape et secoue les barrières : dans ce cas pas de prescription.

Si la personne âgée qui a fait l'objet d'une observation clinique pour laquelle il y a une bonne indication pour un dispositif de couchage, mais qui malgré tout s'agite une fois installée dans le dispositif de couchage : dans ce cas, retrait rapide du couchage de contention.

**La formation du personnel à la bonne mise en place du dispositif de contention est essentielle, comme doit l'être la surveillance régulière.**

Il faut attirer l'attention sur le **risque d'étouffement** par strangulation lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique.

Un autre type de couchage SECURIDRAP a été retiré du marché en 2018 suite au décès de plusieurs patients par étouffement et chute.

**Une étude de l'ANSM révèle que sur la période de 2011 à 2019 sur 130 signalements d'incidents relatifs à l'utilisation de dispositifs médicaux de contention :**

- **99 l'ont été avec des contentions au fauteuil ou au lit (hors couchage) dont 25% de décès**
- **31 avec des couchages de contention dont plus de 50 % de décès.**

Le dispositif verrouillé est conçu pour une personne agitée qui ne peut pas l'ouvrir.

Le personnel doit être très attentif à la **bonne installation** du patient dans le Cocoon, avec l'ajustement des emmanchures et la bonne fixation des sangles latérales au cadre du lit médicalisé, pour permettre une certaine mobilité du patient.

Les barrières du lit doivent être placées en position haute avec le système de verrouillage situé aux pieds du lit, non accessible par le résident.

Le lit doit toujours être placé en position basse.

Le personnel doit être particulièrement sensibilisé à la surveillance du résident surtout dans les premières heures de contention, pour éviter l'étouffement et le risque de chute.

Une mauvaise utilisation du couchage de contention peut entraîner des conséquences très graves pour le patient.

## Conclusion

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 ;

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.

**Un autre sujet très important serait de se poser la question : comment éviter la contention des patients.**

Au chène vert nous utilisons actuellement 4 Cocoon et n'avons jamais eu à déplorer d'incident.

Son utilisation reste exceptionnelle, grâce à la surveillance de l'équipe soignante et nous les en remercions.