



Contention mécanique associée à l'isolement : modalités de mise en oeuvre

Réf. : PROC-0015
Version : 01
Date
d'application :
17/01/2018

1	Objet.....	1
2	Domaine d'application	1
3	Documents associés.....	1
4	Références externes.....	1
5	Définitions	2
6	Indications et contre-indications	2
6.1	Indications	2
6.2	Contre-Indications	2
7	Disposition à suivre	3
7.1	La décision	3
7.2	La prescription	3
7.3	Surveillance médicale minimale.....	3
7.4	Information du patient.....	4
7.5	Surveillance infirmière	4
7.6	Levée de la mesure d'isolement	5
8	Annexes	6

1 OBJET

La contention mécanique se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La contention mécanique est une mesure d'exception,

- justifiée par une situation clinique
- limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre
- inscrite dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluri-professionnelle,
- impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs.

2 DOMAINE D'APPLICATION

Unités d'hospitalisation disposant d'une chambre d'isolement.

3 DOCUMENTS ASSOCIES

- Politique de la liberté d'aller et venir et du concept d'isolement et de contention, CHE nov. 2017
- Contention mécanique associée à l'isolement, procédure, CHE nov. 2017

4 REFERENCES EXTERNES

- HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale, argumentaire scientifique, Février 2017, 156 pages.
- HAS, contention mécanique en psychiatrie générale, synthèse de la recommandation de bonne pratique, Février 2017, 8 pages.

	Rédaction	VALIDATION
Nom	Fabienne PARIS (par Patricia MULLER)	Muriel CASTELNOVO, Patricia RICHERT
Fonction		Présidente de la CME, Directrice des soins
date	17/01/2018	19/01/2018, 19/01/2018

SEULE LA VERSION SUR ENNOV DE CETTE PROCÉDURE EST VALIDE

5 DEFINITIONS

CHE : Centre Hospitalier d'Erstein

EAS : Equipe Accueil Sécurité

BAI : Bureau d'accueil Infirmiers

6 INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

6.1 Indications

Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. [SEP]

Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui. [SEP]

6.2 Contre-Indications

Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.

En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des [SEP] intervenants ou des professionnels. [SEP]

État clinique ne nécessitant pas une contention. [SEP]

Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave. [SEP]

7 DISPOSITION A SUIVRE

7.1 La décision

La mise sous contention mécanique est réalisée sur **décision d'un psychiatre**, d'emblée ou secondairement.

La décision prise par un soignant doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de l'isolement, après un examen médical permettant de déterminer si la contention mécanique est justifiée, si elle doit être maintenue ou si elle doit être levée.

Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique pour :

- évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire ; [SEP]
- expliquer au patient les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée ;
- expliquer la surveillance qui sera effectuée ; [SEP]
- discuter, avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchant de [SEP] épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de la contention mécanique et de l'évolution clinique [SEP] sous contention mécanique ; [SEP]
- identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de la contention mécanique. [SEP]
- La décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation
- peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées.
- doit être tracée dans le dossier du patient. [SEP]

Toute mesure programmée de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.

7.2 La prescription

La prescription médicale précise :

La durée de validité de la prescription médicale :

- Limitée à 6 heures à l'initiation de la mesure.
- Puis à 24 hoo pour les renouvellements éventuels mais les contentions mécaniques de plus de 24.hoo doivent être exceptionnelles.

La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant (cf. *évaluation des risques des thromboses veineuses profondes (TVP) cf. annexe*)

Les éléments de surveillance infirmière :

- Les modalités et le rythme de la surveillance par l'équipe soignante. Ce rythme de surveillance de l'état somatique et psychique est adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique. [SEP]
- Les moyens en personnel à déployer
- Etc.

7.3 Surveillance médicale minimale

Le patient en isolement bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures. Il s'agit

- d'évaluer son état physique, notamment les risques de complication thromboembolique, ainsi que son état psy-^[L]~~[S]~~^[P]chique et son comportement ;^[L]~~[S]~~^[P]
- d'évaluer la nécessité de maintien de la mesure ;^[L]~~[S]~~^[P]
- d'évaluer les effets des traitements médicamenteux ;^[L]~~[S]~~^[P]
- de réévaluer le rythme et la nature des surveillances à effectuer.^[L]~~[S]~~^[P]

Chaque examen doit être consigné dans le dossier du patient informatisé

7.4 Information du patient

Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.^[L]~~[S]~~^[P]

L'explication doit être donnée dans des termes compréhensibles par le patient et répétée, si nécessaire, pour faciliter la compréhension.^[L]~~[S]~~^[P]

Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période de contention mécanique (surveillances, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson).^[L]~~[S]~~^[P]

Sauf dispositions prévues par la législation (majeurs sous tutelle, mineurs) et dans le respect du code de déontologie, il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche. Dans ce cas, les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information doivent être recherchés.^[L]~~[S]~~^[P]

7.5 Surveillance infirmière

La mise en œuvre de ce protocole doit garantir au patient qu' « En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. » Article L3211-3 du CSP »

L'équipe soignante peut demander à ce que les évaluations médicales soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement en termes d'évolution permettant une levée de la contention mécanique ou une détérioration de l'état physique ou psychique du patient.^[L]~~[S]~~^[P]

L'équipe soignante met en œuvre les surveillances prescrites

La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins selon la prescription médicale (au minimum toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue)

La surveillance des paramètres physiologiques est assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale.

L'équipe soignante met en œuvre les surveillances relevant de son rôle propre

La vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient

Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Elle est réalisée par au moins deux personnes (dont au minimum un soignant) :

- avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation éventuels de l'état somatique;^[L]~~[S]~~^[P]
- avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ;^[L]~~[S]~~^[P]

- en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination. [L] [SEP]

Tout incident doit être tracé dans le dossier du patient. [L] [SEP]

Chaque surveillance doit être consignée dans le dossier du patient informatisé (observations, planning de soins, paramètres physiologiques, etc.).

Il s'agit notamment :

- des observations et soins effectués lors des surveillances ; [L] [SEP]
- des aliments et boissons pris ; [L] [SEP]
- des soins personnels (hygiène, élimination) ; [L] [SEP]
- des traitements administrés ; [L] [SEP]
- des visites de l'équipe soignante et d'un relevé de l'état clinique.

7.6 Levée de la mesure d'isolement

La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié. [L] [SEP] La raison, l'heure et la date de la levée de la contention mécanique doivent être tracées dans le dossier du patient informatisé. [L] [SEP]

En fonction de la clinique, la levée de la mesure de contention mécanique n'est pas systématiquement associée [L] [SEP] la levée de la mesure d'isolement. [L] [SEP]

Dès que possible lorsque la mesure de contention est levée et si le patient est accessible, il est important de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécus, lors d'un ou plusieurs entretiens qui ont plusieurs objectifs :

- mieux comprendre, avec le patient, l'événement, pour prévenir sa récurrence ; [L] [SEP]
- aider le patient à comprendre, si cela lui est possible, les facteurs internes qui ont conduit à cette crise, et ses [L] [SEP] symptômes ; [L] [SEP]
- identifier des facteurs contextuels qui ont pu contribuer à la crise ; [L] [SEP]
- initier ou poursuivre un travail d'éducation thérapeutique visant la reconnaissance de signes avant-coureurs, [L] [SEP] l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources. [L] [SEP]

8 ANNEXES

Contention et prévention des thromboses veineuses profondes (TVP)*

1. Coter les facteurs de risque :

• Facteurs de risque évaluable sur le moment

Contention avec immobilisation totale	2 points
Traitement comprenant un neuroleptique sédatif ou une association de neuroleptiques	1 point
Déshydratation	1 point
Pose de bande de compression impossible	1 point
Age > 40 ans	1 point
Obésité (IMC > 30)	1 point
Tabagisme	1 point
Varices	1 point
Contraception orale contenant des oestrogènes ou hormonothérapie substitutive	1 point
Etat infectieux aigu	1 point

• Facteurs de risque personnels connus retrouvés dans le dossier du patient :

Cancer et traitement du cancer (hormonal, chimiothérapie ou radiothérapie)	2 points
Antécédents d'événements thromboemboliques veineux	2 points
Insuffisance cardiaque	2 points
Insuffisance respiratoire	1 point
Autres pathologies chroniques potentiellement thrombogènes	1 point
Thrombophilies	2 points

Total des facteurs de risque: points

2. Rechercher les contre-indications aux héparines à bas poids moléculaire (HBPM)

Hypersensibilité à l'héparine et à ses dérivés
Antécédents de thrombopénies induites par l'héparine
Lésions potentiellement hémorragiques

3. Assurer l'hydratation

4. Poser des bandes de compression élastiques (si possible) sur l'ensemble des membres inférieurs

5. Selon la cotation des facteurs de risque et les contre-indications éventuelles :

Cotation des facteurs de risque ≥ 4 :

Prescription d'un traitement préventif par HBPM (Fragmine 5000 UI ou Lovenox 4000 UI). Une injection par 24 h à partir de la 8ème heure de contention puis une fois par jour jusqu'à mobilisation

Cotation des facteurs de risque < 4

Pas de prescription systématique d'un traitement préventif par HBPM

Dans tous les cas, il conviendra de réévaluer dès que possible le traitement par HBPM

* Conduite à tenir validée par la COMEDIMS du 4 décembre 2012

Réalisation pratique de la contention

L'environnement

La mise en place et le suivi d'une mesure d'isolement doivent être effectués dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

La mesure de contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet. Elle doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.

Le médecin présent participe à la mise sous contention mécanique.

L'équipe accueil-sécurité peut être sollicitée pour soutenir les soignants pour la mise sous contention mécanique

La contention manuelle

Le patient est immobilisé par :

- 4 professionnels (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse). Cette contention manuelle doit être appliquée avec une force justifiée, appropriée, raisonnable, proportionnée à la situation durant le temps le plus court possible.
- et un 5^e professionnel maintenant la tête. Lors de la mise sous contention mécanique, la tête du patient doit être protégée en s'assurant qu'il est toujours dans une position qui lui permet de respirer.

Le médecin ou un infirmier supervise la mise sous contention mécanique pour s'assurer notamment

- de la protection de la tête et du cou du patient ;
- des capacités respiratoires du patient ;
- des signes vitaux.

La contention mécanique

Posture et type de contention

Le patient est couché sur le dos, sur un lit adapté, chaque membre est maintenu par une attache verrouillée. En fonction du niveau de contention requis par la situation clinique, une ceinture ventrale peut être mise en place.

L'équipe soignante s'assure que le patient sous contention peut tourner la tête sur le côté.

Si possible, la tête du lit doit être surélevée pour limiter le risque d'inhalation.

Matériel utilisé

Le matériel de contention et les attaches doivent être adaptés au poids et à la stature du patient.

Un dispositif d'appel fonctionnel relié aux soignants doit être accessible par le patient.

Ne jamais placer de serviette, sac, coussin sur le visage du patient, pendant ou après la mise sous contention.