

UNIVERSITE RENE DESCARTES- PARIS V

FACULTE COCHIN – PORT ROYAL

**LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA
PERSONNE AGEE, UN ACTE BANAL OU
NECESSITE**

FRIKH BOUHAJ Sanae

DIU « Infirmier(ère) Référent(e) d’EHPAD et de SSIAD »

Année universitaire 2013-2014

Directeur de mémoire : Docteur Alain DANEZIS

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I/CONTEXTE..... | 3 |
| <i>1/ Motivations.....</i> | <i>3</i> |
| <i>2/ Pourquoi s'intéresser à la contention physique de la personne âgée ?.....</i> | <i>5</i> |
| II/ LA CONTENTION PHYSIQUE..... | 7 |
| <i>1/ la contention à travers l'histoire.....</i> | <i>7</i> |
| <i>2/ Cadre législatif.....</i> | <i>9</i> |
| <i>3/ Comment accompagner l'utilisateur tout en préservant ses libertés fondamentales ?.....</i> | <i>10</i> |
| a) Les obligations réglementaires..... | 10 |
| b) les recommandations de bonne pratique..... | 12 |
| III/ EVALUATION DES PRATIQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUES EN EHPAD | 15 |
| IV/ PROBLEMATIQUE..... | 17 |
| V/ METHODE..... | 17 |
| <i>1/ La population étudiée.....</i> | <i>18</i> |
| <i>2/ La conception du questionnaire.....</i> | <i>18</i> |
| <i>3/ Analyse.....</i> | <i>19</i> |
| VI/ CONCLUSION..... | 25 |
| ANNEXE..... | 26 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 29 |

I/ LE CONTEXTE

1 / Motivations :

La contention physique se définit comme : « tous moyens, 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 la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »¹.

Mes motivations à traiter ce thème dans ce travail sont multiples :

Dans un premier temps, ma volonté de se questionner sur le rôle de l'IDEC² dans la mise en place et le suivi de la contention en EHPAD³, de la prescription à l'évaluation et la sensibilisation des équipes.

Dans un deuxième temps, la question de la privation de la liberté individuelle et l'immobilisation a fait émerger en moi la curiosité de comprendre pourquoi l'utilisation de la contention physique devenait indispensable et comment on pouvait y avoir recours dans le respect de la dignité de la personne et dans le but d'assurer sa sécurité face à son état d'agitation ou son agressivité ainsi que celle du personnel soignant.

On peut considérer la contention physique comme une mesure d'exception portant atteinte à la liberté et à l'intégrité de la personne.

Elle fait rejaillir des conflits de valeur entre bienveillance et sécurité. Elle s'intègre dans la politique de bienveillance de l'établissement. La contention doit être minimale et exceptionnelle. Elle ne peut être utilisée comme mesure de contrôle d'une personne par un

¹ Selon l'HAS : haute autorités de santé.

² Infirmier(e) coordinatrice

³ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Dépendantes.

établissement que pour l'empêcher de s'infliger ou infliger à autrui des lésions.

« l'IDEC peut-elle permettre de limiter l'utilisation de la contention en EHPAD ? »

HYPOTHESE : l'utilisation de la contention pour une personne vulnérable en institution est une privation de la liberté d'aller et venir et peut avoir des conséquences néfastes physiques et psychologiques pour le résident.

En permettant une réflexion et une collaboration pluri professionnelle de l'évaluation du besoin à la prescription et au suivi de cette pratique dans son institution, l'IDEC pourrait limiter l'utilisation de la contention à sa stricte nécessité.

En France, la contention physique est une prescription médicale, qui doit faire suite à une décision médicale motivée et éclairée par une évaluation en réunion pluridisciplinaire, une formation et une recherche de consentement du résident et de son représentant.

Selon l'ANAES⁴ la prévalence des contentions est estimée entre 7,4 et 17 % dans les services hospitaliers de court séjour. Les sujets âgés ont 3 fois plus de risques d'être attachés durant leur séjour à l'hôpital que les plus jeunes. Chez les personnes de plus de 65 ans, ces chiffres atteignent 18 à 22 %. En établissement de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 19 à 84,6 %.

La question

Quel est le rôle de l'IDEC dans la mise en place et le suivi des mesures de contention, en EHPAD ?

C'est à cette question que nous avons tenté de répondre par ce mémoire.

⁴ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

2/ Pourquoi s'intéresser à la contention physique de la personne âgée ?

La contention physique de la personne âgée mérite notre attention du fait du caractère nocif et de son absence d'efficacité démontrée.

La contention physique peut entraîner des faits graves :

- De 1999 à 2010, en France, 20 cas avérés d'étouffement de patients avec des dispositifs destinés à assurer leur contention ont été signalés et enregistrés par l'ANSM⁵ dans le cadre de la matériovigilance. 14 d'entre eux signalant le décès du patient.
- Comme explique J. Palazzolo : « on craint alors surtout la survenue de troubles du rythme cardiaque, d'une déshydratation ou d'une inhalation bronchique et la plupart des lésions secondaires aux efforts du sujet pour se dégager des contentions »⁶.

| <u>Conséquences de la contention</u> | <u>commentaires</u> |
|---|--|
| Décès du résident | Par strangulation, par asphyxie ou résultant de traumatisme, selon l'ANAES, 1 décès sur 1000 en institution est dû à un de ces évènements. |
| Affaiblissement, amyotrophies, augmentation du risque de chute. | Perte d'autonomie |
| Traumatismes Lésions cutanées (blessures, plaies) | <ul style="list-style-type: none">• Les barrières de lit sont des éléments fréquemment traumatisant, soit lors des retournements passifs soit lors |

⁵ ANSM : agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

⁶ Palazzolo contention et perspectives thérapeutiques. Santé mentale 2004 numéro 86 page 40.

| | |
|--|--|
| | <p>de l'abaissement des barrières qui peuvent alors léser un membre, souvent caché par les couvertures, faisant issue hors du lit la chute en passant au-dessus des barrières de lit se fera d'une hauteur plus élevée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La compression due à des moyens de contention inadaptée. |
| Douleurs et épuisement | Persistance d'une attitude forcée inconfortable en compression et cisaillement des parties molles pouvant mener à la constitution d'une escarre. |
| Inconfort, colère, agressivité, révolte et peur. | Incompréhension de la situation, frustration pouvant mener à des conduites dangereuses pour la personne et pour les autres. |
| Non-respect de la dignité du résident | Dévalorisation au regard des autres, humiliation, atteinte à la liberté individuelle. |
| Autres accidents : Troubles cardiaques induits par le stress, lésions des nerfs, hyperthermie, strangulation. | |

II/ LA CONTENTION PHYSIQUE :

1/La contention à travers l'histoire :

Si nous venons d'appréhender la contention à travers ces conséquences, un retour à historique semble judicieux afin de mieux comprendre le sujet.

La contention a un lourd et long passé puisque cette dernière existe « depuis l'origine du traitement des maladies mentales » comme nous l'explique D. Friard dans son article Attacher n'est pas contenir.⁷

En effet, dès l'antiquité la question du contrôle physique est abordée divise déjà. Celus Aurélien, médecin, recommande de « faire usage de lien si les maniaques sont agités, mais sans leur faire mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après »⁸. Alors que d'autres comme Celse, autre médecin de l'époque, « estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie »⁹.

D. Friard ne manque pas de rappeler que « *cet antagonisme...entre contrainte et patience, entre soin et contention a perduré, d'une façon ou d'une autre à travers les siècles jusqu'à aujourd'hui actuel* »¹⁰.

Au moyen-Age on retrouve des patients dont les soins sont prodigués au sein du même foyer familial, « *les moyens de contentions permettent alors non pas d'isoler,*

⁷ FRIARD Dominique, santé mentale, mars 2004 numéro 86 page17.

⁸ FRIARD Dominique, santé mentale, mars 2004 numéro 86 page17

⁹ FRIARD Dominique, santé mentale, mars 2004 numéro 86 page17

¹⁰ FRIARD Dominique, santé mentale, mars 2004 numéro 86 page17

mais maintenir le fou dans sa famille ou dans sa communauté »¹¹.

Alors qu'une avancée avait émergé, l'époque du siècle des Lumières fait opérer un nouveau tournant à l'histoire de la contention, en faisant apparaître de nouvelles formes d'attachements. La camisole et les chaînes fixées au mur apparaissent.

Nous pouvons remarquer que jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, la notion de soin n'est toujours pas abordée et que la spécificité des lieux n'est absolument pas imaginée. C'est lors de la Révolution française que la maladie mentale va être davantage évoquée et va intéresser de très près notamment, le premier psychiatre français, Pinel et un gardien « qui se distingue par ses qualités humaines et compétences à gérer la folie en institution »¹², Pussin. De leur rencontre et collaboration, naît l'abolition innovante des chaînes jusque-là considérées comme inévitables. En effet ils vont s'unir pour « *la légendaire libération des insensés de leurs chaînes* »¹³ au travers des nombreux traités comme celui de 1800 rédigé par Pinel, qui va pour la première fois, évoquer l'indispensable complémentarité entre compréhension de la maladie mentale et la spécificité d'un lieu de soin, dans la prise en charge des malades.

L'humanisation de la contention ne s'arrête pas là, au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, des infirmières et psychiatres qui sortent des camps de concentration, se « *rendent compte qu'il n'y a pas tant de différence entre ce qu'ils ont vécu d'expérience de claustration et ce que vivent les malades qu'ils sont censés*

¹¹ FRIARD, attacher n'est pas contenir, santé mentale, mars 2004 numéro 86 page18.

¹² FRIARD Dominique, santé mentale, mars 2004 numéro 86 page17

¹³ JUCHET Jack POSTEL et Jean Batiste PUSSIN(en ligne) www.biusanté.parisdescartes.fr

soigner »¹⁴ . Emergent alors de nouveaux modes de penser la maladie mentale et le milieu du XXème siècle s'ouvre une réelle réflexion du *fou* acteur sujet et humain, ce qui va « *entraîner la fermeture des quartiers d'agités et la suppression progressive des contentions »¹⁵* .

Ce tournant-ci précédera l'apparition des neuroleptiques qui permettront de « *ranger définitivement les sangles, les attaches et les camisoles »¹⁶* . Ainsi la contention disparaîtra jusqu'à la suppression de matériel dans les services hospitaliers. Cependant leur utilisation réapparaîtra à la fin des années 90 à l'époque du décret de fin des études infirmières de secteur psychiatrique et infirmières de soins généraux de 1992, comme remarque de D. Friard.

Un rapide balayage historique nous permet de comprendre la genèse de la contention et de voir son évolution lente et difficile au travers des siècles. Cette pratique s'est pour autant réellement humanisée et est, de nos jours et grâce aux divers combats, indissociable à la compréhension de l'étude de la maladie mentale.

2/ Cadre législatif :

Du point de vue législatif, le Code de Santé Publique nous apporte des renseignements notamment dans l'article R4311-7 relatif aux actes professionnels infirmiers sur prescription médicale et protocoles.

¹⁴ FRIARD, santé mentale mars 2004 numéro 86 page 18.

¹⁵ FRIARD, santé mentale mars 2004 numéro 86 page 18.

¹⁶ FRIARD, santé mentale mars 2004 numéro 86 page 18.

L'article 122-7 du nouveau code pénal : « n'est pas pénalement responsable la personne Référentiel de pratiques pour la contention

La surveillance de mise sous contention est souvent présentée sous forme de protocoles (exemple de feuille de surveillance). S'ils sont spécifiques à chaque service, des principes élémentaires de vigilance sont communs de tous.

3/Comment accompagner l'utilisateur tout en préservant ses libertés fondamentales ?

a. Les obligations réglementaires :

Une nouvelle conception de la responsabilité amène à valoriser le principe de précaution. Les droits issus de la loi du 2 janvier 2002 sont parfois difficilement conciliables.

L'accompagnement des droits des personnes âgées dans un établissement est donc une nécessité bien qu'il s'avère d'une très grande complexité.

Comment concilier l'impératif d'assurer la sécurité des résidents et se préserver l'expression de la liberté pour les établissements accueillant les personnes âgées ?

Ainsi, comment les structures peuvent-elles concilier ces deux impératifs que sont l'assurance de la sécurité des résidents et la préservation de l'expression de la liberté ?

Les personnes âgées ont plusieurs moyens de pouvoir affirmer leurs droits dans les établissements d'accueil :

- A l'admission :
 - Afin de pouvoir exprimer un consentement « éclairé » pour son entrée dans l'établissement, la personne âgée et sa famille ont le

droit à une information « claire et loyale » du résident ou de son représentant légal.

Le livret d'accueil décrit la situation géographique, les équipements et les moyens d'accès.

Il présente l'organisation générale et les prestations offertes.

La personne âgée trouvera dans le livret les modalités d'admission et de séjour ainsi que le mode de vie offert dans l'établissement.

- Le contrat de séjour : il définit les objectifs et les composants de l'accompagnement. L'ensemble des prestations offertes doit y être mentionné. Le contrat définit les conditions d'accueil et les modalités financières. La durée du contrat de séjour y est clairement inscrite ainsi que les conditions de résiliation.

- Lors du séjour ;

- Le règlement de fonctionnement :

Il est lui aussi obligatoire dans tous les établissements sociaux. Il reprend le projet d'établissement et définit les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective.

Le règlement doit être soumis pour consultation au personnel et aux usagers. Il est établi pour une durée maximale de 5 ans et doit être diffusé à tous les intervenants dans l'établissement.

- Le conseil de la vie sociale :

Depuis la loi de 1975, dans les établissements sociaux et médico-sociaux, « les usagers et le personnel ont obligatoirement associés au fonctionnement de l'établissement ». En 1991, l'obligation est de créer

des conseils d'établissement.

C'est le décret du 25 mars 2004 qui détermine les modalités du conseil de vie sociale. Il souligne la volonté de participation des personnes âgées dans l'institution.

C'est un lieu d'information et d'échanges, il permet d'émettre des avis sur la vie quotidienne, l'organisation, l'animation et la vie culturelle et de faire des propositions. Il offre la possibilité d'interpeller les pratiques et de questionner les projets d'établissement.

b. Les recommandations de bonnes pratiques :

La Haute Autorité de Santé a publié en 2000 des recommandations : « Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée ». Ces recommandations énoncent 10 critères de bonne pratique :

Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

Critère 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

Critère 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.

Critère 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

Critère 5 : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier

ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

Critère 7 : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible

Critère 8 : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

Critère 9 : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.

Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Les 10 critères recommandés par l'HAS permettent la réalisation d'évaluations des pratiques professionnelles.

La pose d'une contention est généralement considérée comme un acte médical, elle est donc soumise à une réglementation claire : le médecin traitant qui applique cette contention doit se référer aux recommandations et aux bonnes pratiques.

Ainsi l'HAS mentionne qu'une surveillance doit être :

- Ecrite et programmée à intervalles réguliers.
- Établie au regard des risques à gérer liés à la contention, des besoins et des risques spécifiques liés à l'état de santé du sujet. Cette surveillance intègre les dimensions

physiques, psychologiques et environnementales.

- Un contrôle au moins toutes les heures de l'existence ou non de symptômes concernant : la fonction respiratoire, l'état cutané au niveau des points d'attache et des points d'appui, l'hydratation et la conscience.
- Une écoute active pour repérer les sentiments de peur, et humiliation ou tout autre sentiment éprouvé par la personne.

La surveillance a donc pour but d'atteindre le ou les objectifs qui ont motivé la prise de décision d'attacher et de lever cette pratique dès que possible, « le but est de ne pas pérenniser une mesure qui présenterait plus de risque qu'elle n'apporterait des bénéfices »¹⁷.

Ces recommandations de bonne pratique permettent à l'équipe soignante d'être vigilante en tout point et d'harmoniser les pratiques professionnelles. Cela limite ainsi les risques de complications tels que : la grabatisation, les infections associées aux soins (IAS), la majoration des escarres, la majoration des risques de chute mais aussi la morbidité par l'asphyxie ou strangulation.

Enfin, associé au rôle sur prescription médicale que l'infirmier doit respecter (protocole), il est indispensable par son rôle propre auquel il est évidemment soumis soit appliqué.

Le code de la santé publique énumère dans l'article R4311-5¹⁸ relatif aux actes professionnels infirmiers sur rôle propre, particulièrement les actes suivant :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et assurer le confort et la sécurité de la personne et son environnement et comparant son information et celle de son entourage :

¹⁷ Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. www.has-santé.fr

¹⁸ Décret 2004-802 relatif aux actes professionnels.

12° installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap

19° recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance

27° recherche des complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention

41° aide et soutien psychologique

42° observation et surveillance du trouble du comportement... »

III/ EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA CONTENTION EN EHPAD :

Une évaluation organisée par les responsables qualité sur différents EHPAD des départements 75-78 et 92, sur la politique de réduction de la contention.

L'équipe d'encadrement soins avait la mission de mener les choses afin de s'engager dans un auto-questionnement des pratiques existantes, d'évaluer leur pertinence et de former et/informer les professionnels sur les alternatives à la contention et d'adopter une politique de réduction de la contention physique chez les personnes âgées.

Les établissements ont restitué leur conduite à tenir.

Les résultats de cette évaluation sont présentés sous forme de tableau.

| SITUATION AU 01 JANVIER 2014 | GLOBAL EHPAD 75-92-78 |
|---|-----------------------------|
| Etape 1: Organisation | |
| La politique de réduction des contentions dans l'établissement est suivie dans le PAQ GR | 29% |
| Un "Réfèrent contention" est nommé sur l'établissement | 71% |
| Un classeur thématique sur les contentions est constitué et regroupe l'ensemble des documents, bilans et FSEI sur les contentions. | 76% |
| Les dispositifs de contention utilisés sur l'établissement sont répertoriés et leur entretien est suivi. | 65% |
| Des réunions pluridisciplinaires préalables à la pose d'une contention sont organisées sur l'établissement | 82% |
| Etape 2 : Formations et informations | |
| Les soignants (IDE et AS) ont été formés et les procédures relatives à la contention sont connues | 65% |
| Les médecins sont informés et la procédure de prescription d'une contention est connue. | 76% |
| Les familles et/ou les résidents/patients sont informées des enjeux de la contention | 76% |
| Etape 3 : Bilans | |
| Un bilan annuel des stratégies de l'établissement pour la réduction des contentions est réalisé et des actions d'amélioration sont prioritaires et suivies par le COPIL. | 29% |
| Un bilan annuel des évènements indésirables liés aux contentions est réalisé et les actions correctives sont proposées et suivies par la commission de direction. | 29% |
| La décision de pose d'une contention chez un résident/patient fait systématiquement l'objet au préalable d'une discussion en réunion pluridisciplinaire et d'une information et d'une recherche de consentement du résident/patient et/ou de son représentant | 94% |
| Etape 5 : Synthèse | |
| Une synthèse annuelle sur la politique de réduction des contentions dans l'établissement est : - En EHPAD, intégrée au rapport d'activité médicale annuelle du MEDEC et est présentée à la réunion direction et à la commission gérontologique. | 41% |

La politique de réduction des contentions dans un établissement a pour objectifs d'en limiter la pratique et d'en améliorer sa sécurité quand elle est inévitable.

Elle s'inscrit nécessairement dans la politique de bienveillance de l'établissement. Elle humanise et améliore la qualité des soins.

L'IDEC a un rôle primordial dans la mise en place et la surveillance des suivis de la contention.

IV/ PROBLEMATIQUE :

Dans la pratique, la décision de contention semblait de fonder plus sur une impression que sur une évaluation précise du risque. la contention résulte même parfois d'une pratique systématique qui évite de réfléchir (par exemple, mise en place de barrières de lit la nuit).

Une question se pose : Quel est le rôle de l'IDEC dans la mise en place le suivi de la contention en EHPAD ?

V/ METHODE :

Il s'agit de de décrire les modalités de pratique de la contention physique dans les EHPAD.

La méthode que j'ai choisie a été le questionnaire et une évaluation sur terrain.

1/ LA POPULATION ETUDIEE

L'enquête s'adressait aux IDEC en EHPAD. Les IDEC interrogés étaient en formation DU infirmier en EHPAD et SSIAD, en plus des IDEC dans l'établissement où j'ai effectué mon stage DU, ainsi que deux EHPAD du 78 et le 95.

2/ LA CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE

Des données ont été demandées : le nombre de résidents, le GIR Moyen Pondéré (GMP), des données sur le nombre équivalent temps plein en médecins et infirmiers coordonnateurs, psychologues, psychomotricien et ergothérapeute.

Les questions ont été conçues en s'appuyant sur le référentiel de bonne pratique de la contention physique chez les personnes âgées de l'HAS.

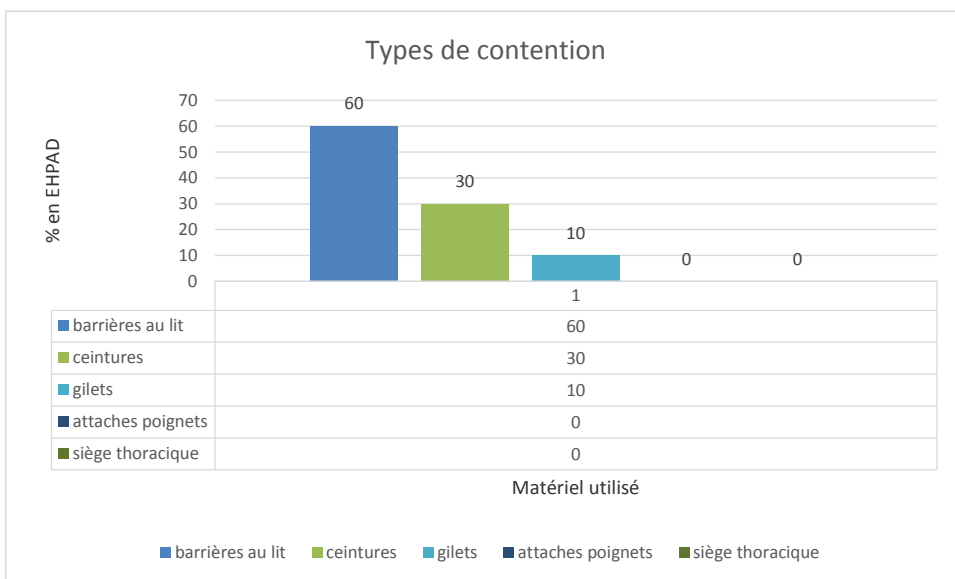
Des questions exploraient les moyens utilisés, le contexte de la mise en place de la contention, la prescription médicale et la réévaluation de la contention.

La plupart des questions étaient à choix multiples où on pouvait choisir une à plusieurs réponses, sauf les deux dernières questions qui portaient sur la réévaluation et les moyens utiliser pour limiter la contention physique, la réponse était laissée libre.

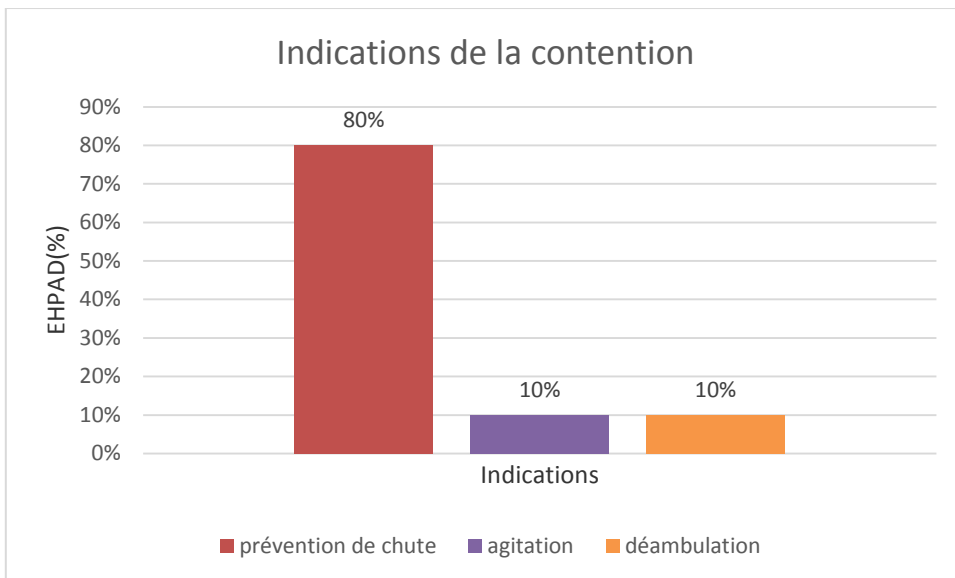
3/ ANALYSE

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques.

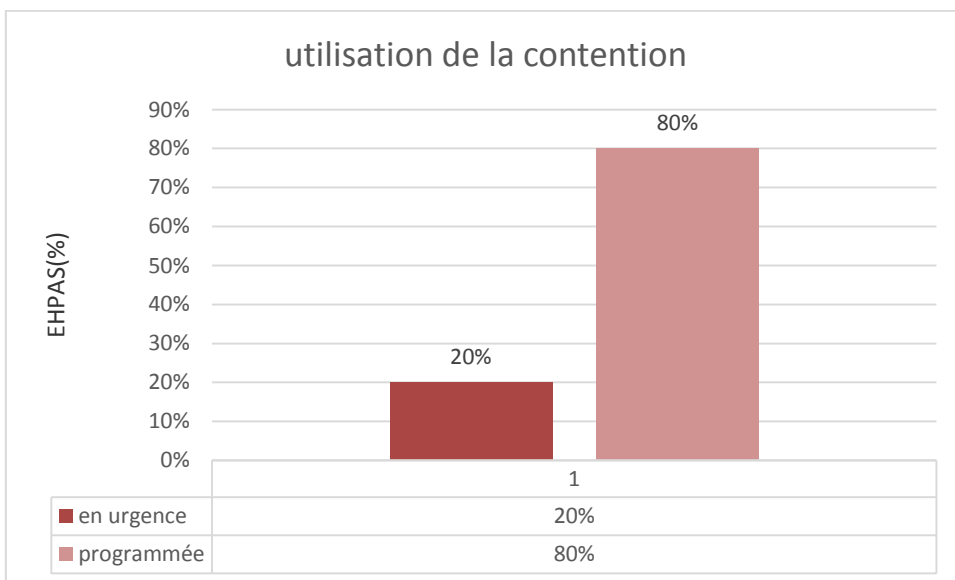
Le type de contention utilisé :



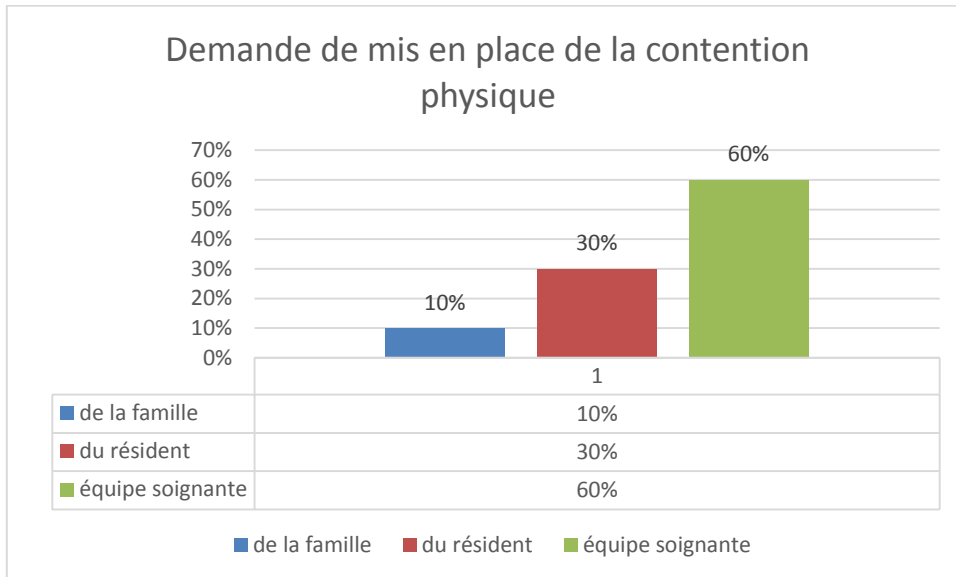
🚩 Indications de la contention physique :



🚩 le contexte d'initialisation de la contention physique :



✚ la mise en place de la contention physique par le résident ou sa famille :



A l'analyse de ces questionnaires, on peut distinguer des points forts et faibles.

➤ **Les points forts en EHPAD :**

Selon cette enquête, les bonnes pratiques recommandées sont majoritairement appliquées en EHPAD.

La contention physique est mise en place après une réunion pluridisciplinaire.

Si la contention physique est mise en place en urgence par l'infirmier, le médecin traitant est informé le plus rapidement possible.

La contention physique utilisée est celle spécifique à l'EHPAD.

➤ **Les points à améliorer :**

Les actions à améliorer est la création d'un support de suivi (une politique de contention en EHPAD), de la prescription la mise en place jusqu'à la réévaluation.

✚ La désignation d'un référent contention ainsi que des pilotes pour mener cette politique.

- Le Directeur : son rôle sera d'assurer le pilotage du déploiement de cette politique au niveau de la structure et l'inscrire dans le projet d'établissement.

Formaliser la chaîne des responsabilités à toutes étapes du processus en respectant la réglementation et les compétences de chacun.

- Le MEDEC : inscrit cette politique dans le projet médical de l'établissement et la déploie sur l'établissement, il fait un bilan initial de l'utilisation des contentions dans l'établissement et l'intègre dans son rapport d'activité annuel, il propose ainsi des actions d'amélioration.

Coordonne et s'assure de l'application des protocoles et procédures.

Assure les formations des équipes de soins et informe les médecins traitants de cette politique ainsi que les familles de résidents.

- Le référent contention : il est chargé de créer un classeur documentaire sur la politique de réduction des contentions. Il assure le suivi de la politique contention par délégation de responsabilités du MEDEC.
- L'IDEC : participe à la sensibilisation des équipes paramédicales sur les enjeux liés à la contention (personnel fixe et vacataire).

Participe aux réunions pluridisciplinaires d'élaboration du projet personnalisé en EHPAD.

Organise et contrôle les renouvellements des ordonnances de contentions par les médecins traitants en EHPAD.

Participe à la formation des équipes de soin.

Améliorer la traçabilité :

Développer une feuille de traçabilité de signalement d'événements indésirables liés à la contention physique, et faire un bilan avec proposition d'actions correctives.

Créer un répertoire des dispositifs de contention, en assurer leur suivi tracé.

- ✚ Il faut adopter des stratégies de réduction des contentions dans un établissement.
Rôle de l'IDEC

❖ **Stratégies organisationnelles :**

Le planning des soignants doit être organisé pour assurer une présence optimale des soignants dans les unités ou les étages.

Le planning et le travail sont organisés pour répondre au mieux aux besoins individualisés des résidents.

Le travail pluridisciplinaire est favorisé.

Les familles doivent être informées et sollicitées pour réduire le temps de la contention et ces effets indésirables.

❖ **Stratégies professionnelles :**

Les soignants doivent être formés à la compréhension des besoins des personnes âgées dépendantes et/ou démentes.

Les soignants doivent être formés au respect de l'espace personnel du résident et à le laisser agir dans son environnement.

Les soignants doivent être formés aux attitudes de communication et aux attitudes de soins vis à vis d'un résident dément.

Les soignants doivent être formés à l'aide aux transferts et à la marche.

Les réunions de synthèses pluridisciplinaires du projet personnalisé doivent être mises en place, et les projets personnalisés doivent être mis à jour régulièrement en priorité chez les résidents contenus.

❖ **Stratégies structurelles :**

Favoriser un espace de déambulation sécurisé libre d'obstacles.

Mettre en place un éclairage adéquat pour éviter les chutes.

Favoriser une politique de bientraitance et/ou un groupe de réflexion éthique.

Une politique de réduction du risque des chutes.

✚ L'importance de la réévaluation :

Le travail pluridisciplinaire permet d'avoir une vision plus riche.

Il faut souligner l'importance de cette étape, de la recherche du consentement ou à défaut s'assurer de la compréhension de la personne quant à la décision prise. Pour cela, il est essentiel d'impliquer les familles et les proches dans l'étape de la décision.

Outre la décision éthique, il s'agit de s'assurer de la compréhension et de l'appui des familles dans l'application des décisions prises, ce qui est une condition de la réussite de l'accompagnement de la personne.

L'application de la décision prise en collégialité doit faire l'objet de beaucoup de vigilance de la part des personnels ainsi que les cadres de l'institution. Elle doit toujours être portée par un référent qui devra s'assurer de son application concrète.

Ce référent aura également en charge de mener des réévaluations régulières de la situation.

Ces dernières sont construites sur les mêmes bases que l'évaluation initiale mais elles ne s'inscrivent pas dans la même démarche.

L'évaluation initiale permet de fournir un socle de base, à partir duquel on va tenter de décrypter la situation et les réponses que l'on peut y apporter.

Les réévaluations viseront à mettre en évidence la tendance d'évolution de la situation.

Réévaluer nécessite du temps, et représente donc pour l'institution une étape difficile à intégrer.

C'est une difficulté importante en raison du temps que cela nécessite.

Nous pouvons imposer des dates de mise à jour régulières, tout en laissant la liberté de réviser les décisions si la nécessité se fait sentir.

Ces mises à jour systématisées permettent au référent et aux équipes d'avoir une vision plus approfondie des situations et d'anticiper d'éventuels problèmes.

La question qui se pose ici reste le temps, mais dans beaucoup de domaines on sait que la prévention est un investissement souvent vite « rentabilisé ».

Prendre du temps c'est sûrement en gagner.

VI / CONCLUSION :

La mise en place d'une contention physique doit avoir fait l'objet d'une démarche de réflexion en équipe pluridisciplinaire.

La pose de la contention doit répondre à deux intérêts : la sécurité du résident et/ou de son entourage. La contention tire donc sa légitimité de la prescription établie dans l'intérêt du patient ou des autres résidents pour assurer leur sécurité. La réévaluation doit en être régulière.

Cette enquête a permis de faire un point sur les axes d'amélioration en EHPAD, comme adopter une politique d'établissement sur les contentions et mettre en place des actions pour travailler leurs la réduction, et adopter des stratégies organisationnelles, professionnelles et structurelles afin d'en limiter l'utilisation, et dans ce domaine le rôle de l'IDEC est primordial dans la formation, information et accompagnement des équipe.

La contention est donc une question éthique importante car elle entraîne notamment une privation de liberté pour la personne âgée.

En résumé la contention ne doit revêtir qu'une forme exceptionnelle pour un temps donné. La nécessité d'y avoir recours doit être régulièrement réévaluée.

Des alternatives à la contention doivent systématiquement être recherchées.

Les recommandations de bonnes pratiques constituent une aide et permettent de nous réinterroger sur nos pratiques en équipe.

ANNEXE :

Questionnaire d'enquête sur la contention en EHPAD

Objectif :

Ce questionnaire a pour objectif de montrer la manière dont la contention physique est pratiquée au sein de votre EHPAD.

Nous vous prions de bien vouloir compléter quelques données concernant votre EHPAD, et répondre au questionnaire, vous avez la possibilité de compléter avec des commentaires.

Nombre de résidents :

GMP :

Pourcentage de résidents atteints de démence :%

Nombre ETP de médecin coordonnateur :

Nombre ETP d'infirmier coordonnateur :

Nombre ETP d'aides-soignants :

Nombre ETP de kinésithérapeutes :

Nombre ETP de psychologues :

Nombre ETP de psychomotriciens :

Quels sont les moyens de contention utilisés dans votre EHPAD :

1. Gilets et sangles thoraciques
2. Ceintures
3. Attaches poignets
4. Sièges thoraciques
5. Barrières de lit
6. Autres

Quelles sont les indications pour prescrire la contention ?

1. Prévention de la chute
2. Déambulation
3. Agitation
4. Autres

La mise en place d'une contention fait toujours l'objet de réunion pluridisciplinaire ?

- OUI
- NON

Qui décide de la prescription, de la contention

1. Le médecin coordonnateur

2. Médecin traitant
3. IDEC
4. IDE
5. Les psychologues
6. Le psychomotricien
7. Autres

La contention est-elle :

1. Programmée
2. En urgence

La contention peut être mise à la demande :

1. du résident
2. de la famille

Quelle est la durée de réévaluation de la contention :

Quels sont les moyens utilisés pour limiter l'utilisation de contention dans votre EHPAD ?

BIBLIOGRAPHIE :

- Santé mentale 2004 numéro 86 :
 - Articles : Attacher n'est pas contenir.
 - Articles : Contention et perspectives thérapeutiques.
- JUCHET Jack ; POSTEL Jacques et Jean Baptiste PUSSIN
www.biusanté.parisdescatres.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- Code de santé publique article R4311-7 /R4311-5 relatifs aux actes professionnels.
- Code pénal article 122-7.
- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale.
- Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. HAS.
- site intranet KORUM.