

**UNIVERSITE RENE DESCARTES – PARIS V**

**FACULTE COCHIN – PORT-ROYAL**

**La pratique de la contention physique en Etablissement d’Hébergement  
pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) :**

**Evaluation auprès de 20 médecins coordonnateurs d’EHPAD.**

Dr LAPPRAND Hélène  
Dr ICHIR DAHLAB Nassima

DIU « Formation à la fonction de médecin coordonnateur d’Etablissement  
d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes »

Année universitaire 2011-2012

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Claude Malbec



# SOMMAIRE

<b>A/ LE CONTEXTE</b> .....	3
<i>I/ POURQUOI S'INTERESSER A LA CONTENTION PHYSIQUE (CP) DE LA PERSONNE AGEE ?</i> .....	3
1) Le caractère nocif de la CP chez le sujet âgé.....	3
2) L'absence d'efficacité démontrée de la CP chez le sujet âgé.....	4
<i>II/ LA REGLEMENTATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE (CP).</i> .....	4
1. Les textes législatifs.....	4
2. Les recommandations de bonne pratique professionnelle. <sup>1</sup> .....	4
<i>III/ L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE LA CONTENTION PHYSIQUE (CP) DE LA PERSONNE AGEE.</i> .....	6
1) La pratique de la CP du sujet âgé en Etablissement de Santé (ES). <sup>8</sup> .....	6
2) La pratique de la CP en EHPAD.....	6
<b>B/ PROBLEMATIQUE.</b> .....	7
<b>C/ METHODE.</b> .....	7
<i>I/ LA POPULATION ETUDIEE</i> .....	7
<i>II/ LES MODALITES DU SONDAGE.</i> .....	7
<i>III/ LA CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE.</i> .....	8
1) Les données concernant l'EHPAD.....	8
2) Le choix des questions.....	8
3) Le choix des réponses.....	9
<i>IV/ LE PLAN D'ANALYSE.</i> .....	10
1) Les caractéristiques des EHPAD étudiés.....	10
2) Les résultats question par question.....	10
<b>D/ RESULTATS</b> .....	10
<i>I/ LE TAUX DE REPONSE</i> .....	10
<i>II/ LES CARACTERISTIQUES DES EHPAD ETUDIES.</i> .....	11
<i>III/ LES RESULTATS QUESTION PAR QUESTION.</i> .....	12
<b>E/ DISCUSSION</b> .....	20
<i>I/ ANALYSE DE LA METHODE : LES LIMITES DE L'ENQUETE.</i> .....	20
<i>II/ ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE</i> .....	20
1. La pratique de la CP en EHPAD.....	20
2. Les points forts de l'EHPAD : synthèse.....	22
3. Les points à améliorer : synthèse et propositions.....	22
<b>F/ CONCLUSION.</b> .....	24
<b>ANNEXE</b> .....	25
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	30

## A/ LE CONTEXTE

La contention physique (CP) dite passive de la personne âgée (plus de 65 ans) est l'utilisation de tout moyen empêchant ou limitant les capacités de mobilisation de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.<sup>1</sup>

Dans les établissements de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la CP varie de 19 à 84,6%.

Chez la personne âgée, les motifs de recours à la CP sont la crainte de la chute (motif le plus fréquent), la déambulation excessive et l'agitation.

Ces manifestations sont très fréquentes au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).<sup>2</sup>

Comment la CP est-elle pratiquée en EHPAD ?

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

Pourquoi se poser cette question ? Autrement dit :

- Pourquoi s'intéresser à la CP de la personne âgée ?
- Comment la CP de la personne âgée est-elle réglementée ?
- Cette réglementation est-elle appliquée ?

## ***I/ POURQUOI S'INTERESSER A LA CONTENTION PHYSIQUE (CP) DE LA PERSONNE AGEE ?***

La CP de la personne âgée mérite notre attention du fait de son caractère nocif et de son absence d'efficacité démontrée.<sup>1</sup>

### **1) Le caractère nocif de la CP chez le sujet âgé.**

L'utilisation de la CP s'accompagne d'une augmentation de morbidité : infections nosocomiales, confusion/agitation, syndrome d'immobilisation, chutes graves, perte d'autonomie.

La CP s'accompagne d'une augmentation de la mortalité : décès par strangulation, asphyxie ou traumatismes liés à la CP.

Les conséquences néfastes de la CP concernent aussi les soignants : anxiété, frustration, sentiment de culpabilité.

## 2) L'absence d'efficacité démontrée de la CP chez le sujet âgé.

Une étude de Tinetti et al<sup>2</sup>, en 1992, a montré que les chutes étaient plus fréquentes chez les personnes âgées soumises à la CP (17% vs 5%).

Une autre étude de Capezuti et al<sup>3</sup>, en 1996, a montré que la CP augmente le risque de chutes graves.

La CP s'est révélée dangereuse et inefficace dans plusieurs études.

## II/ LA REGLEMENTATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE (CP).

La CP est réglementée par des textes législatifs et des recommandations professionnelles.

### 1. Les textes législatifs.

Des aspects juridiques légitiment la CP. Citons l'article 122-7 du nouveau code pénal<sup>4</sup> : “n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger qui menace elle-même ou autrui accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne”.

La CP est aussi considérée sous l'angle de l'atteinte aux libertés individuelles qu'elle entraîne. Des textes assurent la protection des droits en terme de : liberté individuelle, soins, sécurité, information, consentement, respect de la dignité et de l'intimité. Citons : la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades<sup>5</sup>, le code de déontologie médicale<sup>6</sup>, la chartre de la personne âgée dépendante<sup>7</sup>. Cette dernière assure “la liberté de communiquer, se déplacer, participer à la vie de la société”.

### 2. Les recommandations de bonne pratique professionnelle.<sup>1</sup>

La Haute Autorité de Santé (HAS) publie en 2000 des recommandations : “ limiter les risques de la CP chez la personne âgée”. Ces recommandations énoncent 10 critères de bonne pratique :

#### Critère 1 : La CP est réalisée sur prescription médicale.

Elle précise : date, heure, nom du prescripteur, matériel utilisé, motif de la CP, durée prévisible, risques à prévenir, surveillance des risques.

Dans les cas d'urgence et en l'absence de médecins, la prescription peut être faite a posteriori et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin.

#### Critère 2 : Une évaluation du rapport bénéfices/risques de la CP est réalisée en équipe pluridisciplinaire.

Cela signifie :

1°) Evaluer les risques de chute, de déambulation ou d'agitation.

2°) Rechercher les causes curables de ces risques.

3°) Rechercher des solutions alternatives à la CP.

4°) Evaluer les risques de la CP.

Critère 3 : Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier.

Elle prévient les risques liés à l'immobilisation.

Elle prévoit les soins d'hygiène, de nutrition, d'hydratation et d'accompagnement psychologique.

Elle est retranscrite dans le dossier du patient.

Critère 4 : L'information sur la CP est donnée à la personne âgée et ses proches.

Elle précise : les raisons, les buts, les moyens, le matériel, la durée prévisible, la surveillance.

Le consentement et la participation de la personne et ses proches sont recherchés.

Critère 5 : Le matériel de CP est approprié. Il garantit confort et sécurité.

Il est le moins restrictif possible, en bon état et adapté à la taille.

Il est installé par des professionnels sensibilisés aux risques et à l'utilisation des différents moyens de CP.

Un système d'appel se trouve à proximité.

Les moyens non spécifiques de CP sont à proscrire.

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

Critère 7 : La CP est levée le plus souvent possible. Des activités de la vie quotidienne sont réalisées.

Critère 8 : Des activités pour assurer le confort psychologique sont proposées.

Critère 9 : L'état de santé de la personne âgée et les conséquences de la CP sont évalués au moins toutes les 24 heures.

L'évaluation est notée dans le dossier.

Critère 10 : La CP est reconduite par prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

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

### ***III/ L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE LA CONTENTION PHYSIQUE (CP) DE LA PERSONNE AGE'E.***

Comment est pratiquée la CP en établissement de santé ? Et en EHPAD ?

#### **1) La pratique de la CP du sujet âgé en Etablissement de Santé (ES).<sup>8</sup>**

En 2005, l'HAS a organisé un Audit Clinique Ciblé (ACC) appliqué à la diminution de la CP chez la personne âgée. Une évaluation des pratiques professionnelles a été menée auprès de 27 ES. Deux tours d'évaluation ont été réalisés. Entre les deux, des actions d'amélioration étaient mises en place par les ES.

L'évaluation reposait sur l'analyse de situations de CP.

La pratique de la CP a été décomposée en 4 étapes : 1- la mise en place de la CP ; 2- l'information du patient et ses proches ; 3- l'installation du patient ; 4- la surveillance de la CP. Chaque étape était évaluée à partir des critères de l'HAS<sup>1</sup>. Pour chaque critère, il a été calculé un taux de conformité : c'est à dire le taux de situations de CP où les recommandations étaient appliquées.

Voici les résultats du premier tour d'évaluation :

##### 1 - La mise en place de la CP.

Aucun critère n'atteignait une conformité de 50%.

##### 2 - L'information.

La conformité était moyenne (comprise entre 50 et 75%).

La traçabilité de l'information était déficitaire (11%).

##### 3 - L'installation de la CP.

La conformité était comprise entre 50 et 100%.

Les activités de confort psychologique étaient déficitaires (43%).

##### 4 - La surveillance de la CP.

La conformité était comprise entre 40% et 75%.

La traçabilité de la surveillance était déficitaire (13%).

Au deuxième tour, on a constaté une amélioration variable de la conformité à tous les critères.

#### **2) La pratique de la CP en EHPAD.**

Les études sur la CP en EHPAD se sont surtout intéressées à l'efficacité d'interventions d'éducation du personnel sur la diminution de la CP. Mais il existe peu de données sur les modalités de pratique de la CP en EHPAD.

L'évaluation des pratiques de la CP du sujet âgé a été réalisée dans des établissements de santé. Elle a permis une amélioration des pratiques. Une telle évaluation n'a pas été réalisée dans les EHPAD.

## **B/ PROBLEMATIQUE.**

La pratique de la CP de la personne âgée s'est révélée nocive et inefficace dans plusieurs études. Son utilisation est réglementée et doit être évaluée.

La pratique de la CP du sujet âgé a été évaluée dans les établissements de santé.

Les conditions de fonctionnement d'un EHPAD sont différentes de celles d'un établissement de santé. L'EHPAD ne dispose généralement pas de la présence d'un médecin à temps plein. La CP du sujet âgé n'est pas réalisée dans les mêmes conditions en établissement de santé et en EHPAD.

Une question se pose : Les recommandations sur la pratique de la CP du sujet âgé sont-elles appliquées en EHPAD ?

Nous avons tenté d'y répondre au moyen d'une enquête décrite dans le chapitre suivant.

## **C/ METHODE.**

Il s'agissait de décrire les modalités de pratique de la CP dans les EHPAD.

La méthode choisie a été celle du sondage par questionnaire.

### ***I/ LA POPULATION ETUDIEE***

L'enquête s'adressait aux médecins coordonnateurs d'EHPAD. Les médecins interrogés étaient tous en formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD dans le cadre du diplôme interuniversitaire pour l'année 2011-2012.

### ***II/ LES MODALITES DU SONDAGE.***

Les questionnaires ont été distribués aux participants au début d'une journée de formation. Ils ont été récupérés à la fin de la journée.

Au total, 22 questionnaires ont été distribués.

### **III/ LA CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE.**

#### **1) Les données concernant l'EHPAD.**

Avant de répondre aux questions, le participant devait renseigner quelques données concernant son EHPAD.

Des données portaient sur la population accueillie : le nombre de résidents, le Gir Moyen Pondéré (GMP), le pourcentage de résidents atteints de démence.

Des données portaient sur le personnel : le nombre d'équivalents temps plein en médecins coordonnateurs, infirmiers de jour, infirmiers de nuit, aides soignants, kinésithérapeutes, psychologues et ergothérapeutes.

Le pourcentage de résidents ayant nécessité une prescription de CP en 2011 était demandé.

#### **2) Le choix des questions.**

Les questions ont été conçues à partir du référentiel de l'HAS sur la pratique de la CP chez la personne âgée<sup>1</sup>.

Des questions exploraient le contexte de mise en place de la CP:

- *Quelles sont les indications de la CP ?*
- *La CP est-elle le plus souvent initiée de manière programmée ou en urgence ?*
- *La CP est-elle parfois mise en place à la demande du résident ? A la demande de sa famille ?*

Des questions exploraient la prescription médicale (critère 1 de l'HAS) :

- *Quelles informations sont notées dans la prescription de la CP ?*
- *En l'absence de médecin, la CP peut-elle être mise en place par les infirmiers ? Dans ce cas, dans quel délai êtes-vous informé ?*

Une question explorait l'appréciation du rapport bénéfices/risques en équipe pluridisciplinaire (critère 2 de l'HAS) :

- *Qui intervient dans la réflexion sur la décision de prescrire la CP ?*

Des questions exploraient l'information de la personne âgée et de ses proches (critère 4 de l'HAS) :

- *Dans quel délai la famille du résident est-elle informée de la CP ?*
- *La CP est-elle parfois maintenue en l'absence de consentement du résident ? En l'absence de consentement de sa famille ?*

Une question portait sur le matériel de CP approprié (critère 5 de l'HAS) :

- *Quels sont les moyens de CP utilisés ?*

Une question portait sur la levée de la CP le plus souvent possible (critère 7 de l'HAS) :

- *A quel rythme est mobilisé le résident ?*

Des questions exploraient les mesures de confort psychologique (critère 8 de l'HAS) :

- *Quels moyens utilisez-vous pour préserver le confort du résident contenu physiquement ?*
- *La CP est-elle associée à la prescription d'un médicament psychotrope ?*

Des questions exploraient l'évaluation de l'état de santé et des conséquences de la CP (critère 9 de l'HAS) :

- *A quel rythme est évaluée la tolérance de la CP ?*
- *Qui évalue la tolérance de la CP ?*

Une question évaluait la traçabilité des informations : *“Quelles informations sont retranscrites dans le dossier du résident ?”*.

Elle portait sur les critères 2, 3, 4 et 9, respectivement relatifs au rapport bénéfices/risques, à la surveillance, à l'information du résident et sa famille, et à l'évaluation de la tolérance.

### **3) Le choix des réponses.**

La plupart des questions étaient à choix multiples.

Le participant choisissait une à plusieurs réponses.

Trois questions étaient à choix simple :

- *La CP est-elle le plus souvent initialisée de manière programmée ou en urgence ?*
- *En l'absence de médecin, la CP peut-elle être initialisée par les infirmiers ?*
- *La CP est-elle associée à la prescription d'un médicament psychotrope ?*

Quatre questions étaient ouvertes :

- *Si la CP est initialisée par les infirmiers, dans quel délai êtes-vous informé ?*
- *Dans quel délai la famille du résident est-elle informée de la CP ?*
- *A quel rythme est mobilisé le résident ?*
- *A quel rythme est évaluée la tolérance de la CP ?*

Chaque question offrait la possibilité de préciser sa réponse ou d'apporter des réponses supplémentaires.

#### ***IV/ LE PLAN D'ANALYSE.***

##### **1) Les caractéristiques des EHPAD étudiés.**

Les données concernant les EHPAD ont été analysées.  
Pour chaque donnée, sa valeur la plus fréquente dans l'échantillon a été déterminée.  
Ceci a permis de décrire l'échantillon d'EHPAD étudié.

##### **2) Les résultats question par question.**

Chaque question explorait un aspect de la pratique de la CP.  
Les réponses des participants ont été saisies à l'aide du logiciel Excel de Microsoft.  
Chaque réponse choisie était assignée du chiffre 1.  
Chaque réponse non choisie était assignée du chiffre 0.  
La part des différentes réponses choisies a été calculée.  
Pour chaque question, la part des différentes réponses choisies a été représentée par un diagramme.  
L'analyse des diagrammes a permis de déterminer les modalités de pratique de la CP les plus fréquentes dans l'échantillon d'EHPAD.

Les questions ouvertes ont été analysées de la même manière, en établissant des catégories de réponses.  
La part de chaque catégorie de réponse choisie a été calculée.

## **D/ RESULTATS**

### ***I/ LE TAUX DE REPONSE***

Sur 22 questionnaires distribués, 20 ont été remplis.  
Le taux de réponses était de 91%.

## II/ LES CARACTERISTIQUES DES EHPAD ETUDIES.

Elles sont présentées dans le tableau 1.

Pour chaque donnée, sont mentionnées la valeur minimale, la valeur maximale et la fourchette des valeurs les plus représentées dans l'échantillon.

La part des EHPAD ayant les valeurs les plus représentées est précisée.

Données d'EHPAD	Valeur minimale	Valeur maximale	Fourchette des valeurs les plus représentées	% EHPAD ayant les valeurs les plus représentées.
Nombre de résidents	22	213	50 - 100	60 %
GMP	648	826	648 - 750	85 %
% résidents atteints de démence	20	89	50 - 75	65 %
% CP prescrites en 2011	2	60	2 - 50	95 %
ETP MC	0,1	1	0,25 - 0,5	60 %
ETP IDE jour	1	14	2 - 4	55 %
ETP IDE nuit	0	1	0	80 %
ETP AS	4	28	10 - 20	65 %
ETP kinésithérapeute	0	1	0	60 %
ETP psychologue	0,1	1,5	0,75 - 1	50 %
ETP psychomotricien	0	1	0	50 %

Tableau 1 : Les caractéristiques des EHPAD de l'échantillon étudié.

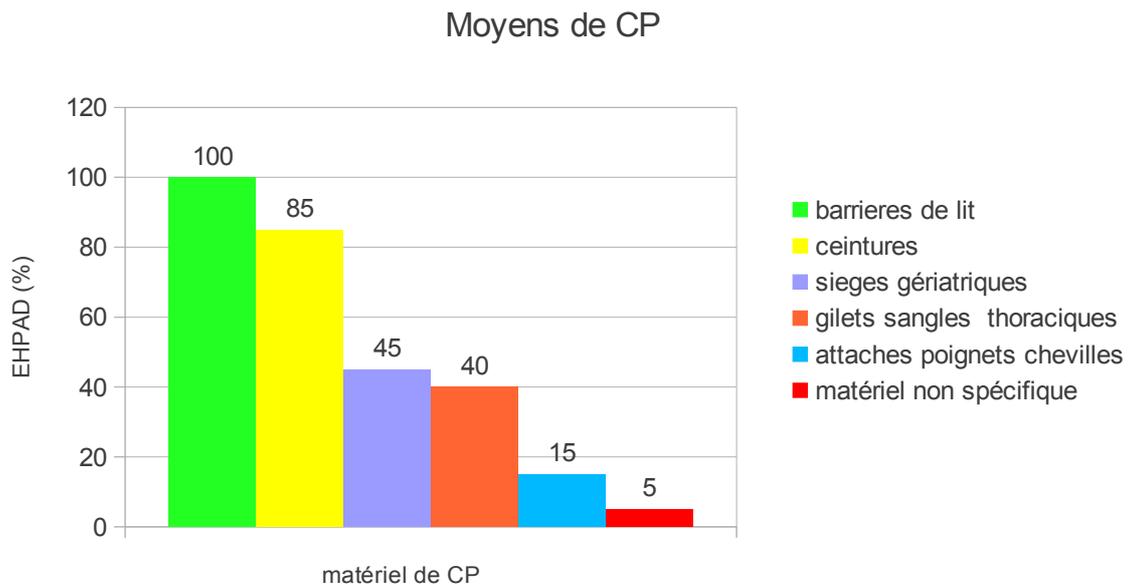
Légende :

- ✓ GMP = Gir Moyen Pondéré
- ✓ ETP = Equivalent Temps Plein
- ✓ MC = Médecin Coordonnateur
- ✓ IDE = Infirmier Diplômé d'Etat
- ✓ AS = Aide soignant

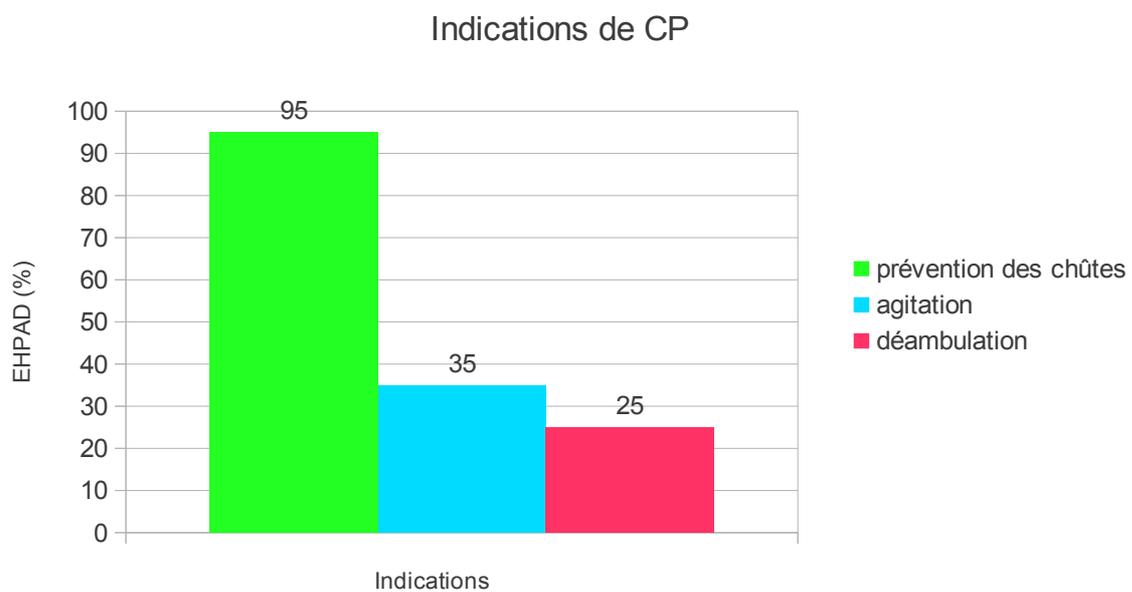
### III/ LES RESULTATS QUESTION PAR QUESTION.

Les résultats sont présentés sous la forme de graphiques.  
Chaque graphique représente une question.

Graphique 1 : Les moyens de CP utilisés.

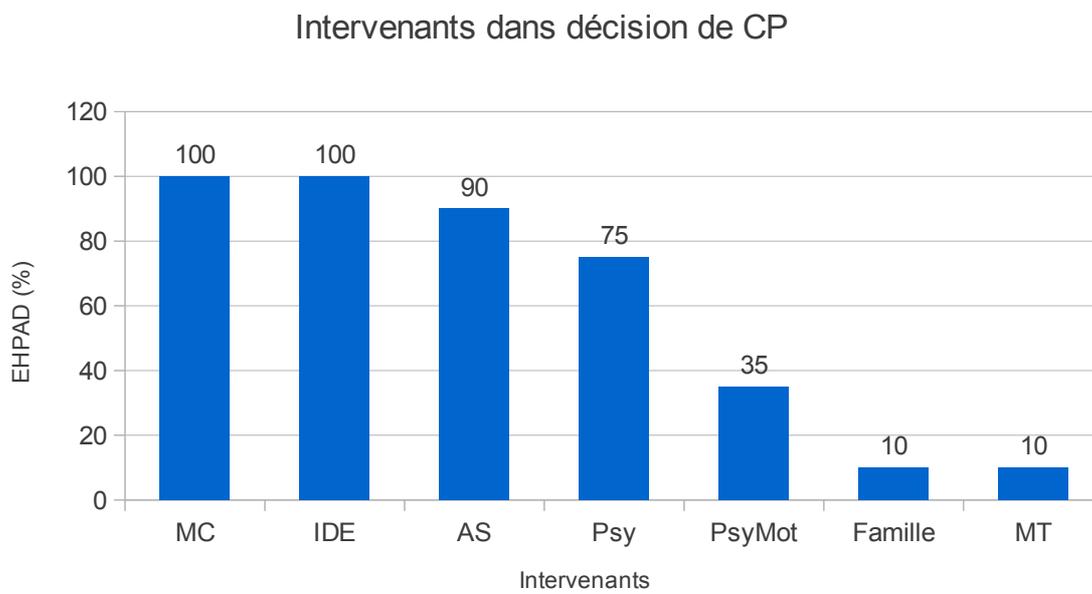


Graphique 2 : Les indications de la CP.

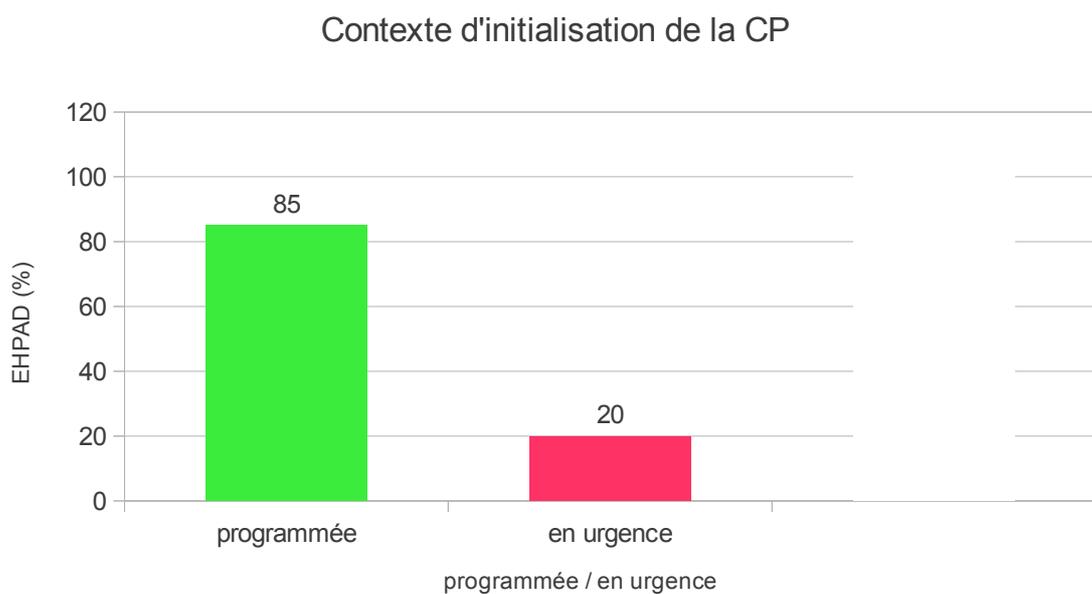


Graphique 3 : Les intervenants dans la réflexion sur la décision de prescrire la CP.

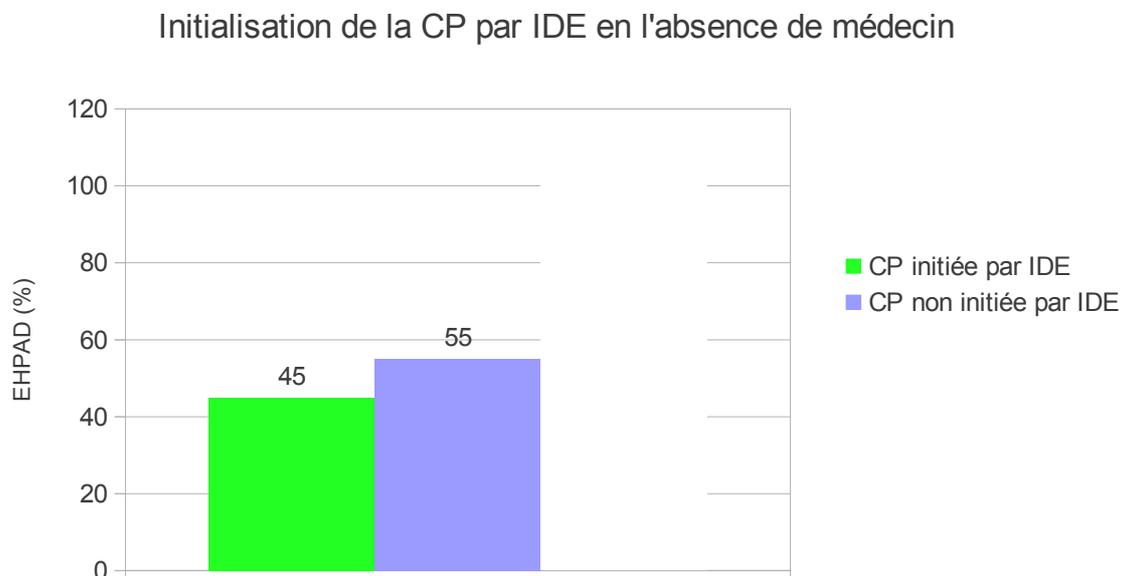
MC = médecin coordonnateur ; IDE = infirmier Diplômé d'Etat ; AS = Aide soignant ; Psy = psychologue ; PsyMot = psychomotricien ; MT = médecin traitant.



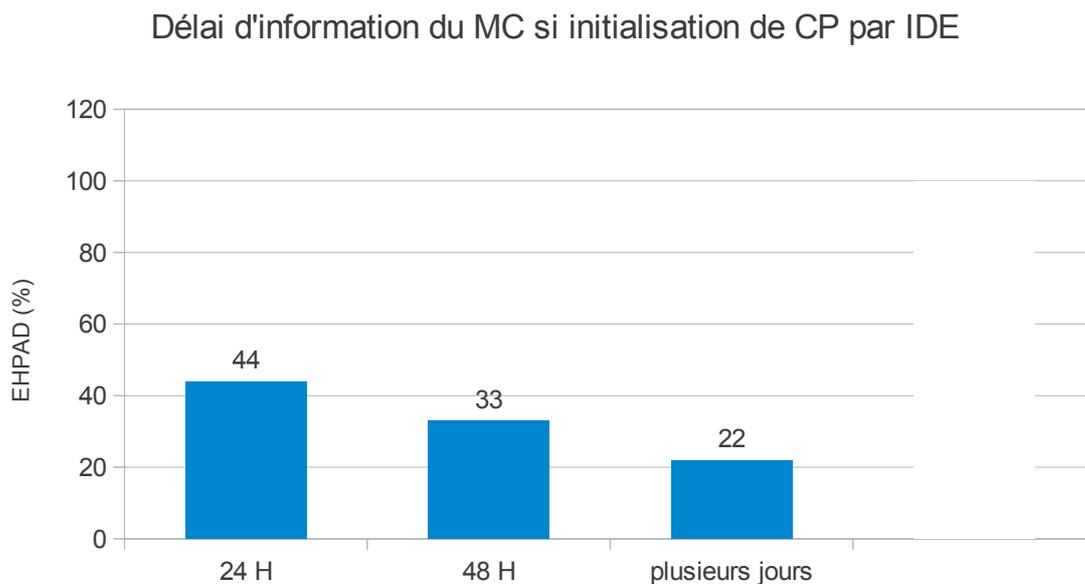
Graphique 4 : Initialisation de la CP le plus souvent programmée ou en urgence.



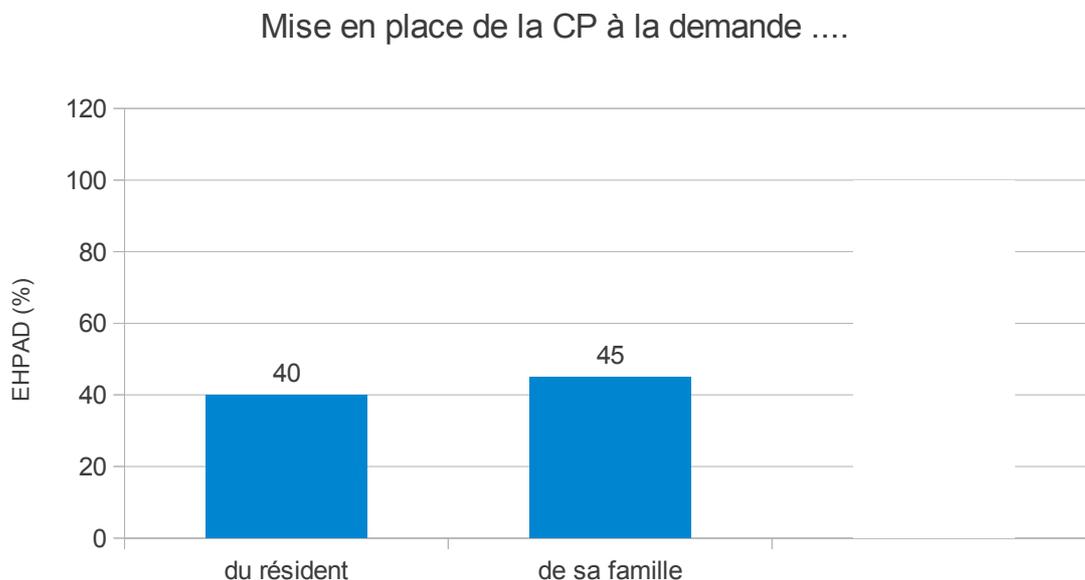
Graphique 5 : Taux d'EHPAD où la CP peut être initialisée par un infirmier.



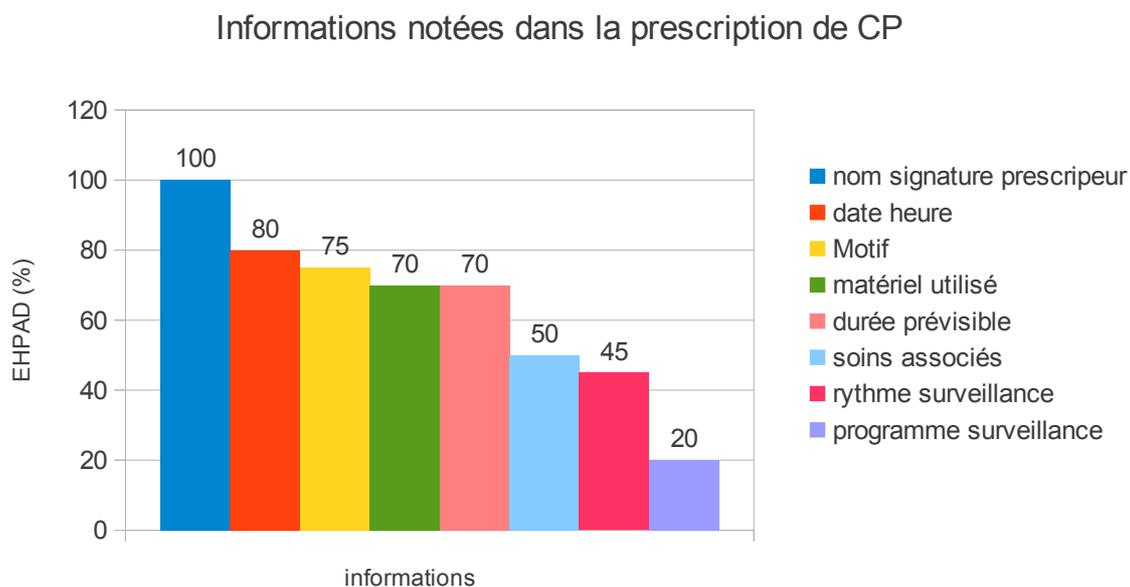
Graphique 6 : Délai d'information du MC si la CP est initialisée par l'infirmier.



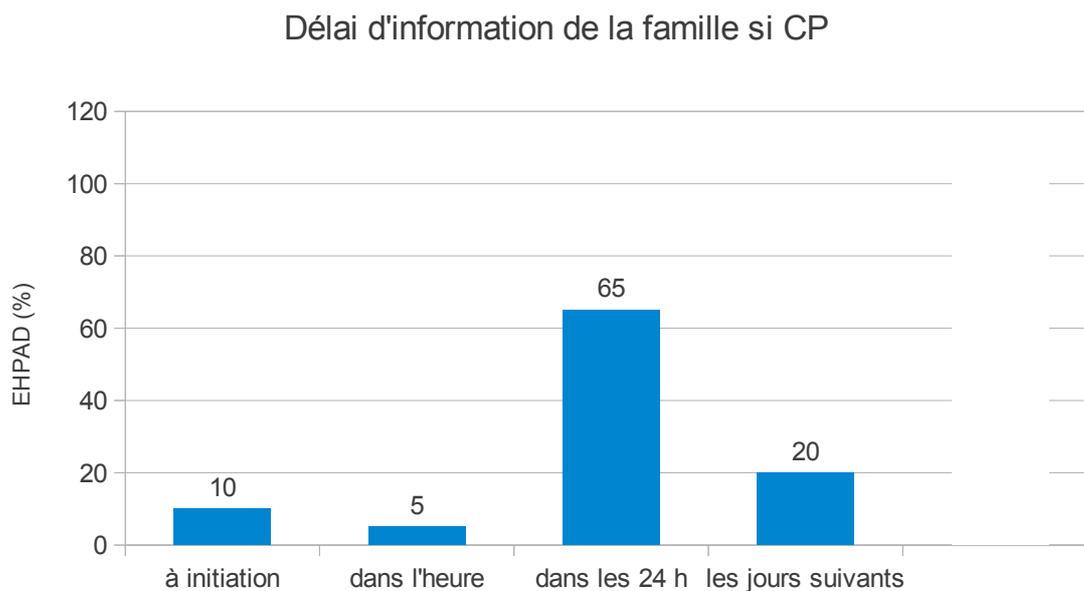
Graphique 7 : Taux d'EHPAD où la CP est mise en place à la demande du résident ou de sa famille.



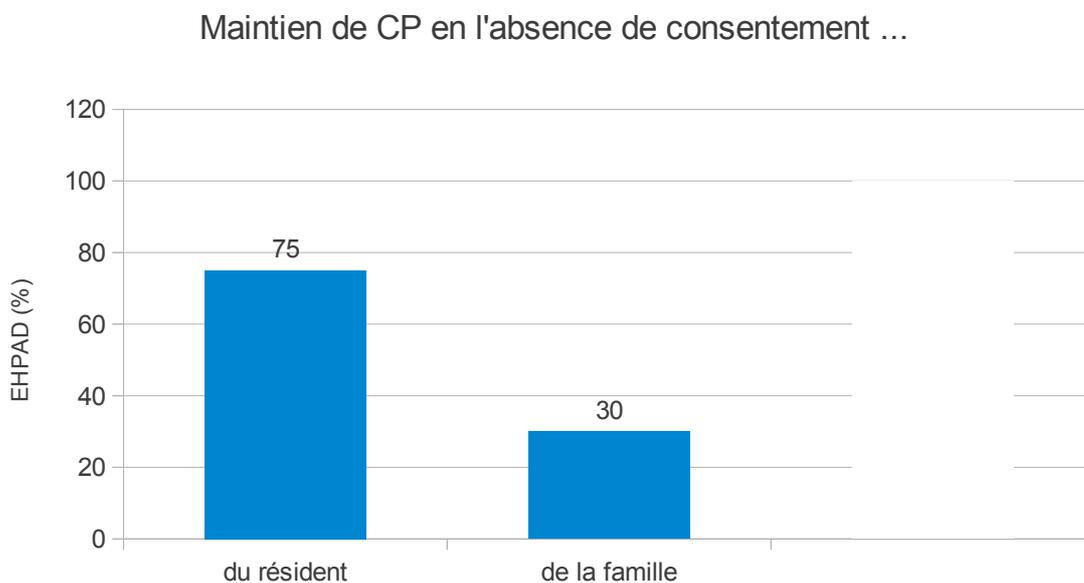
Graphique 8 : Informations notées dans la prescription de la CP.



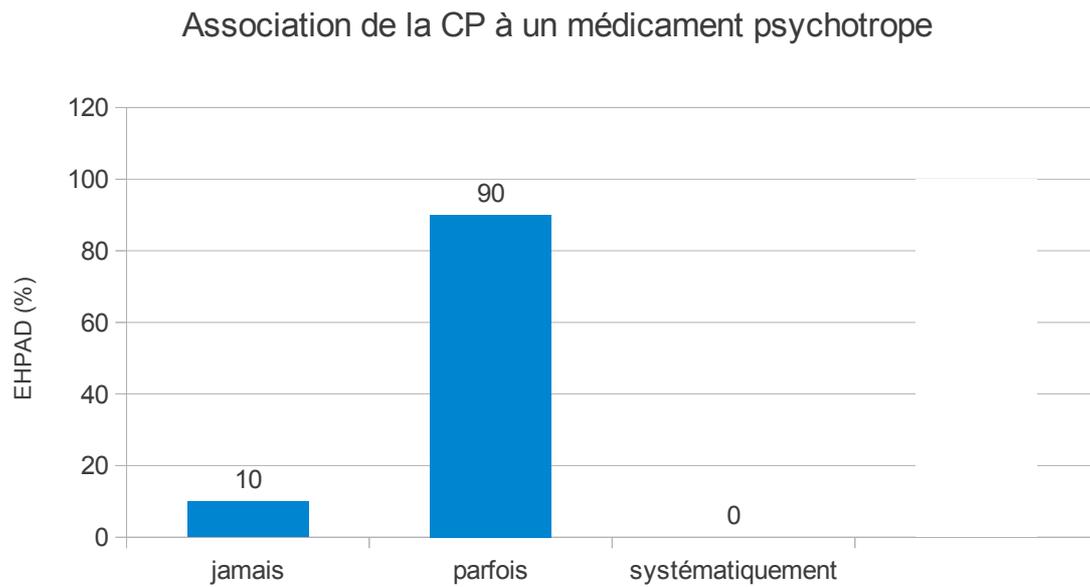
Graphique 9 : Délai d'information de la famille sur la mise en place de la CP



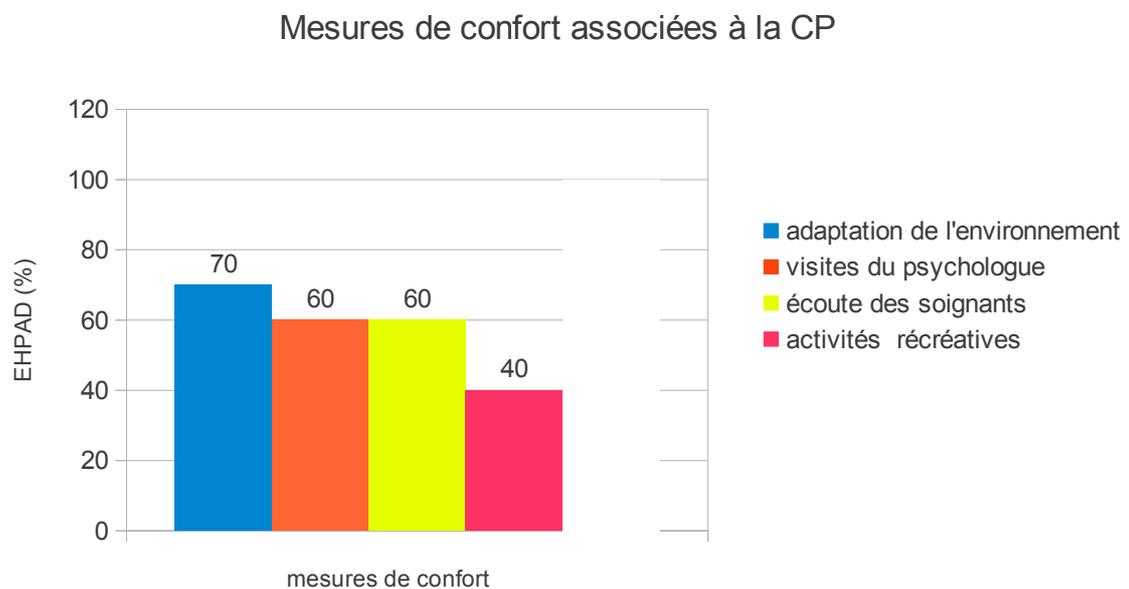
Graphique 10 : Taux d'EHPAD où la CP peut être maintenue en l'absence de consentement du résident et de sa famille.



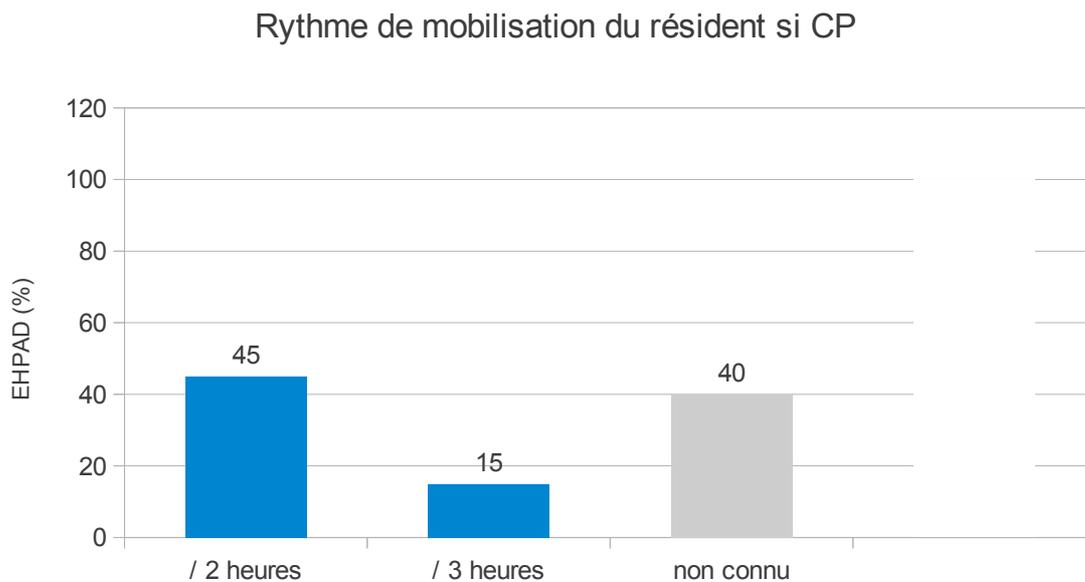
Graphique 11 : Taux d'EHPAD où un médicament psychotrope est associé à la CP : jamais / parfois / systématiquement.



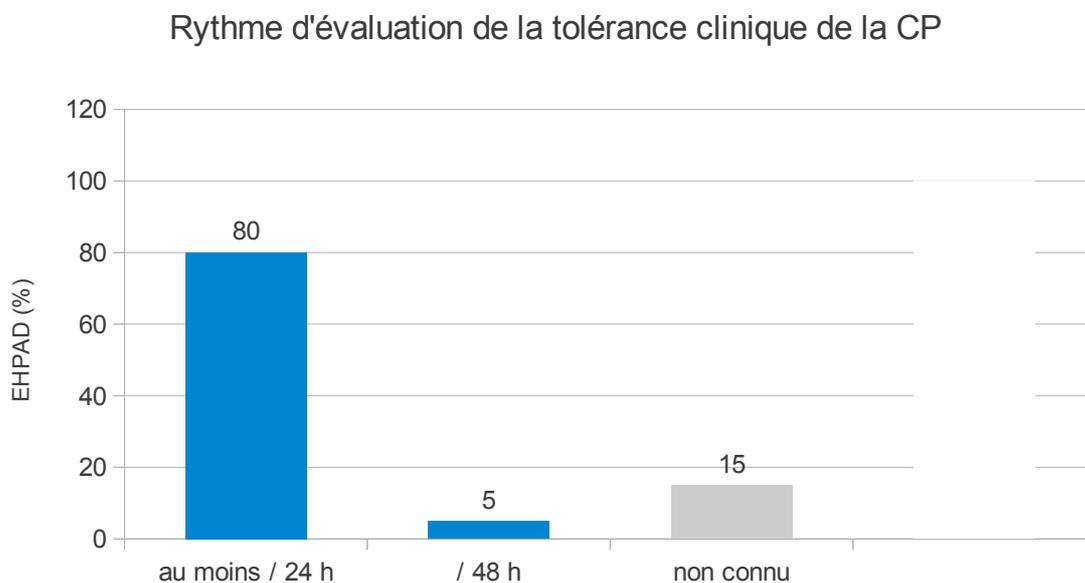
Graphique 12 : Moyens utilisés pour préserver le confort du résident contenu.



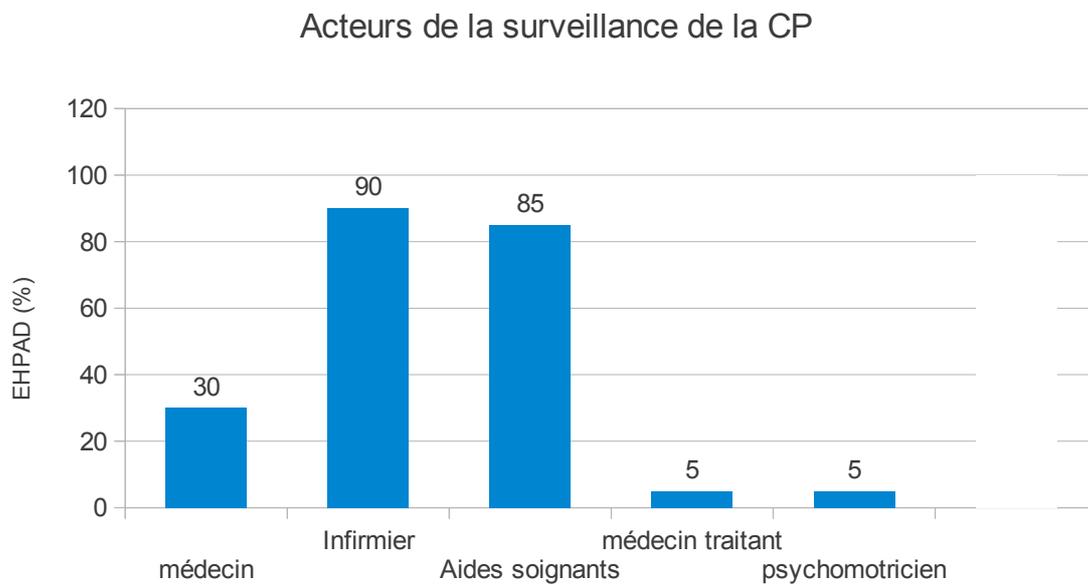
Graphique 13 : Rythme de mobilisation du résident contenu.



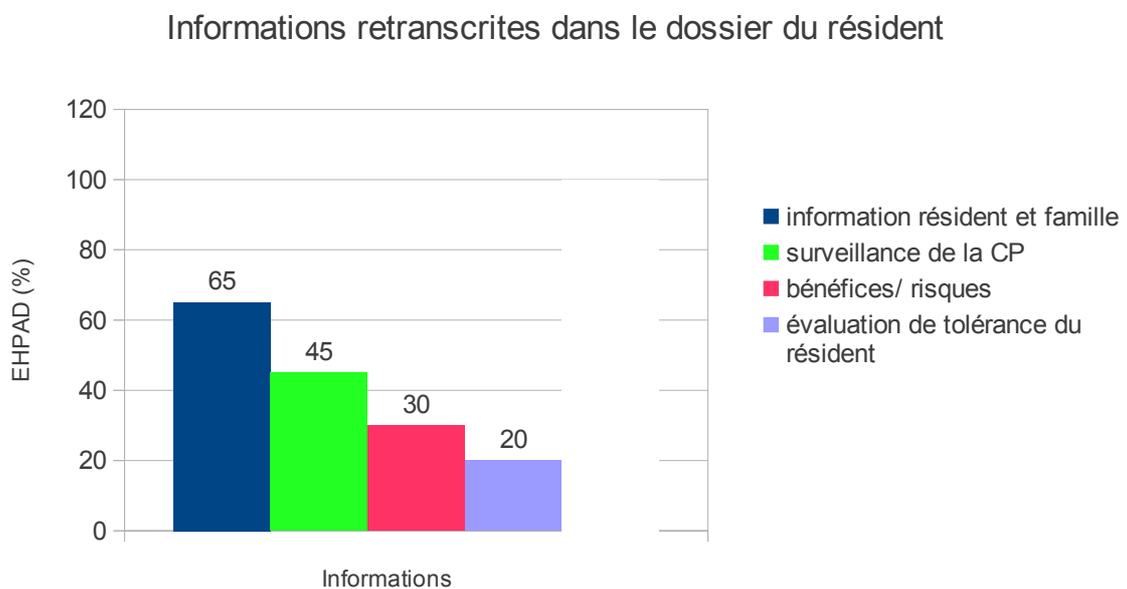
Graphique 14 : Rythme d'évaluation de la tolérance de la CP.



Graphique 15 : Acteurs de la surveillance de la CP.



Graphique 16 : Informations retranscrites dans le dossier du résident.



## **E/ DISCUSSION**

La méthode a été analysée afin de déterminer les limites du travail.  
L'analyse des résultats de l'enquête a permis d'aboutir à un constat.

### ***I/ ANALYSE DE LA METHODE : LES LIMITES DE L'ENQUETE.***

#### **C'est un sondage.**

Les informations recueillies sont basées sur la perception qu'avaient les médecins coordonnateurs de la pratique de la CP dans leur EHPAD. Cette perception peut être aléatoire.

#### **Le biais de sélection.**

Les participants étaient en formation dans le cadre du diplôme sur la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD. Il s'agit probablement d'une population sensibilisée à l'application des bonnes pratiques en EHPAD.

#### **La taille de l'échantillon.**

Elle était limitée à 20 EHPAD.

#### **Le nombre de questions.**

Le nombre de questions était limité à 15 pour faciliter l'acceptabilité du questionnaire. Cela réduit le champ exploré. Les critères 6 et 10 de l'HAS n'ont pas été évalués.

### ***II/ ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE***

#### **1. La pratique de la CP en EHPAD.**

##### **1.1) La mise en place de la CP en EHPAD.**

L'HAS recommande que la prescription de la CP soit faite après réflexion sur les bénéfices et les risques en équipe pluridisciplinaire.

Tous les MC interrogés ont rapporté que cette réflexion se faisait en équipe pluridisciplinaire. Elle fait intervenir le médecin coordonnateur (100% des EHPAD), les infirmiers (100% des EHPAD), les aides soignants (90% des EHPAD). Les psychologues et psychomotriciens interviennent moins : dans 75% et 70% des EHPAD.

La réflexion sur les bénéfices et risques de la CP est retranscrite dans peu d'EHPAD (30%).

Concernant la prescription de la CP, la conformité aux recommandations est variable en fonction des informations.

L'identité du prescripteur, la date, l'heure, le matériel, le motif et la durée prévisible sont mentionnés dans la majorité des EHPAD (respectivement 100%, 80%, 70%, 75% et 70%).

Les soins associés, le rythme et le programme de surveillance sont beaucoup moins prescrits (dans 50%, 45% et 20% des EHPAD).

Selon l'HAS, en l'absence de médecin et dans les cas d'urgence, la prescription de la CP peut être faite a posteriori et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin.

Cette recommandation est respectée dans les EHPAD. L'infirmier peut initialiser la CP dans 45% des EHPAD. Dans ce cas, le médecin en est toujours informé (100% des EHPAD). Le délai d'information du médecin est le plus souvent de 24 à 48 heures (78% des EHPAD).

### 1.2) L'information du résident et de sa famille.

L'HAS recommande que la personne âgée et ses proches soient informés de la CP.

Cette recommandation est respectée dans 100% des EHPAD.

L'information des familles a lieu généralement dans les 24 heures après la mise en place de la CP (80% des EHPAD).

Il est recommandé de rechercher leur consentement et leur participation.

Dans la plupart des EHPAD (75%), la CP peut être maintenue malgré l'absence de consentement du résident.

Peu d'EHPAD maintiennent la CP en l'absence de consentement des familles (30%). Ceci sous-tend l'importante accordée à l'opinion des familles dans la mise en place de la CP.

Concernant la traçabilité, la majorité des EHPAD retranscrivent dans le dossier l'information donnée au résident et à sa famille (65%).

### 1.3) L'installation de la CP.

L'HAS recommande l'utilisation de matériel de CP approprié.

95% des EHPAD n'utilise que du matériel spécifique à la CP.

Les dispositifs les plus utilisés sont les barrières de lit (100% des EHPAD) et les ceintures (85% des EHPAD). Les dispositifs moins utilisés sont les gilets et sangles thoraciques, les sièges gériatriques, les attaches de poignets et chevilles (dans respectivement 45%, 40%, 15% des EHPAD).

Il est recommandé de lever la CP le plus souvent possible.

La majorité des EHPAD mobilise les résidents contenus toutes les 2 à 3 heures : 60%.

L'enquête n'a pas permis de savoir le rythme de mobilisation du résident dans 40% des EHPAD.

L'installation de la personne âgée contenue doit préserver son confort physique et psychologique.

A ce titre, la majorité des EHPAD met en place des mesures d'adaptation de l'environnement (70%).

Des activités doivent être proposées pour assurer le confort psychologique.

Les visites du psychologue et l'écoute des soignants sont associées à la CP dans la majorité des EHPAD (60%). Peu d'EHPAD ont recours aux activités récréatives : 40%.

La prescription de médicaments psychotropes est parfois associée à la CP dans la plupart des EHPAD (90%). Elle n'est jamais systématique.

#### 1.4) La surveillance de la CP.

L'HAS recommande une évaluation de l'état de santé et des conséquences de la CP au moins toutes les 24 heures.

La plupart des EHPAD se conforme à cette recommandation : 80%.

L'évaluation de la tolérance est retranscrite dans le dossier dans très peu d'EHPAD : 20%.

### **2. Les points forts de l'EHPAD : synthèse.**

Selon l'enquête, les bonnes pratiques suivantes sont acquises dans la majorité des EHPAD de l'échantillon.

La CP est mise en place après réflexion en équipe pluridisciplinaire.

Si la CP est mise en place par l'infirmier, le médecin en est informé au plus tôt.

La famille est informée de la CP le plus tôt possible (24 heures). Son consentement est recherché et pris en compte pour le maintien de la CP.

Le matériel utilisé pour la CP est spécifique à cet usage.

La tolérance clinique du résident contenu est évaluée au moins toutes les 24 heures.

### **3. Les points à améliorer : synthèse et propositions.**

Les insuffisances dans la pratique de la CP dans l'échantillon d'EHPAD sont ici présentées.

Pour chacune, des actions d'amélioration ont été proposées.

Certaines de ces actions d'amélioration avaient été mises en place lors de l'Audit Clinique Ciblé de Juin 2006. Elles avaient permis d'augmenter les pratiques conformes aux recommandations de l'HAS dans les établissements de santé.

#### 3.1) Améliorer les prescriptions.

La prescription des soins associés, du programme et du rythme de surveillance peut être améliorée dans la plupart des EHPAD.

Des actions d'améliorations seraient la création de supports de prescription.

Il s'agit de feuilles de prescription spécifiques à la CP. Elles font préciser toutes les informations recommandées, dont les soins associés à la CP (hygiène, hydratation, alimentation, continence,

mobilisation, accompagnement psychologique ...) ainsi que le programme et le rythme de surveillance du résident.

On peut aussi envisager la création de feuilles de surveillance à intégrer dans le dossier de prescription.

### 3.2) Améliorer la traçabilité.

Les EHPAD peuvent améliorer la traçabilité concernant l'information du résident et de sa famille, l'évaluation du rapport bénéfices/risques et l'évaluation de la tolérance de la CP.

Une possibilité est de créer une rubrique propre à la CP dans le dossier du résident.

Une autre possibilité est de rédiger des documents spécifiques :

- ✓ Documents d'information sur les bénéfices et les risques de la CP ; ils permettent de recueillir le consentement du résident et des proches.
- ✓ Feuilles de surveillance retraçant la prévention des risques de la CP ; elles précisent le rythme de la surveillance.
- ✓ Feuilles de signalement d'événements indésirables liés à la CP.

Tous ces documents peuvent être intégrés dans le dossier du résident.

Une dernière possibilité est de nommer une IDE référente chargée de contrôler la traçabilité. Elle peut retranscrire dans le dossier l'évaluation du rapport bénéfices/risques au cours de la réunion pluridisciplinaire.

### 3.3) Améliorer la mobilisation des professionnels autour du résident contenu.

La levée de la CP le plus souvent possible ne semble pas assurée dans de nombreux EHPAD.

Une possibilité d'y remédier serait de prescrire la levée de la CP toutes les 2 à 3 heures par exemple.

Une autre possibilité : mettre en place la prescription systématique de séances de kinésithérapie.

Les psychologues peuvent intervenir plus dans l'évaluation des bénéfices et des risques de la CP.

Ils peuvent être plus souvent sollicités pour le soutien psychologique du résident.

Les aides soignants peuvent être plus souvent mobilisés pour écouter le résident.

Pour cela, on peut envisager de prescrire l'écoute au même titre qu'un soin.

Des soignants référents peuvent être nommés afin d'accorder un temps d'écoute au résident. Des bénévoles peuvent être sollicités dans le même but.

On peut agir au niveau de la formation des soignants. Il s'agit de sensibiliser aux besoins de communiquer du résident contenu. Ce besoin est accru du fait de l'isolement lié à la CP.

Il existe des moyens de mieux intégrer le résident à la vie de l'EHPAD : laisser la porte de la chambre ouverte, ou encore localiser les résidents dans une zone commune.

### 3.4) Augmenter les activités récréatives.

Les activités récréatives peuvent être proposées dans plus d'EHPAD.

Cela peut nécessiter de recruter du personnel d'animation.

Une autre solution : mobiliser toutes les compétences professionnelles pouvant proposer des activités de détente : kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, ...

Pourquoi ne pas former des membres de l'équipe soignante à certaines animations ?

## **F/ CONCLUSION.**

L'enquête réalisée auprès de 20 médecins coordonnateurs a révélé que la pratique de la contention physique en EHPAD n'est pas un procédé expéditif. Elle fait appel à une réflexion préalable en équipe pluridisciplinaire. La famille du résident est intégrée dans la démarche. Le résident bénéficie d'une surveillance au moins quotidienne.

Cette enquête a permis de cibler des objectifs d'amélioration. Il s'agit notamment de promouvoir les activités assurant le confort psychologique et la mobilisation physique du résident contenu. Des actions d'amélioration peuvent être proposées. Il s'agit par exemple de réorganiser le fonctionnement de l'EHPAD de manière à mieux intégrer le résident à la vie de l'établissement. Il s'agit aussi de réorganiser les ressources humaines.

Une question se pose : Ces actions d'amélioration sont-elles réalisables dans les EHPAD ?

Il paraît intéressant de mener une étude centrée sur les activités de confort psychologique et physique afin d'en déterminer les obstacles, et d'élaborer des solutions réalistes.

## ANNEXE

### QUESTIONNAIRE :

Chaque question porte sur la manière dont la contention physique (CP) est pratiquée au sein de votre EHPAD.

Après avoir renseigné quelques données sur votre EHPAD, répondez en entourant la réponse de votre choix. Vous avez la possibilité de compléter votre réponse si besoin.

### I / DONNEES CONCERNANT L'EHPAD :

Nombre de résidents : \_\_\_\_\_

GMP : \_\_\_\_\_

Pourcentage de résidents atteints de démence : \_\_\_\_\_ %

Pourcentage de résidents ayant nécessité une prescription de contention physique en 2011 : \_\_\_\_\_

Nombre d'équivalents temps plein de médecins coordonnateurs : \_\_\_\_\_

Nombre d'équivalents temps plein d'infirmiers de jour : \_\_\_\_\_ et de nuit : \_\_\_\_\_

Nombre d'équivalents temps plein d'aides soignantes : \_\_\_\_\_

Nombre d'équivalents temps plein de kinésithérapeutes : \_\_\_\_\_

Nombre d'équivalents temps plein de psychologues : \_\_\_\_\_

Nombre d'équivalents temps plein de psychomotriciens : \_\_\_\_\_

## II / LA MISE EN PLACE DE LA CONTENTION PHYSIQUE :

### **1) Quelles sont les moyens de contention utilisés :**

- |   |                  |     |
|---|------------------|-----|
| 1. gilets et sangles thoraciques        | oui              | non |
| 2. ceintures                            | oui              | non |
| 3. attaches de poignets et de chevilles | oui              | non |
| 4. sièges gériatriques                  | oui              | non |
| 5. barrières de lit                     | oui              | non |
| 6. matériel non spécifique              | précisez : _____ |     |

### **2) Quelles sont les indications de la CP :**

- |                           |                  |     |
|---------------------------|------------------|-----|
| 1. prévention de la chute | oui              | non |
| 2. déambulation           | oui              | non |
| 3. agitation              | oui              | non |
| 4. autres                 | précisez : _____ |     |
- 

### **3) Qui intervient dans la réflexion sur la décision de prescrire la CP :**

- |                        |                  |     |
|------------------------|------------------|-----|
| 1. le médecin          | oui              | non |
| 2. les infirmiers      | oui              | non |
| 3. les aides soignants | oui              | non |
| 4. le psychologue      | oui              | non |
| 5. le psychomotricien  | oui              | non |
| 6. autres              | précisez : _____ |     |

**4) La CP est le plus souvent initiée de manière .... :**

1. ....programmée            oui        non
2. ....en urgence            oui        non

**5) En l'absence de médecins, la CP peut être mise en place par les infirmiers :**            oui        non

**Dans ce cas, dans quel délai êtes-vous informé :** \_\_\_\_\_

**6) La CP est parfois mise en place à la demande .... :**

1. ....du résident            oui        non
2. ....de sa famille            oui        non

**7) Quelles informations sont notées dans la prescription de la CP :**

1. nom et signature du médecin prescripteur            oui        non
2. date et heure            oui        non
3. matériel utilisé            oui        non
4. motif            oui        non
5. durée prévisible            oui        non
6. programme de surveillance            oui        non
7. le rythme de la surveillance            oui        non
8. soins associés (hygiène, hydratation...)            oui        non
9. autres            précisez : \_\_\_\_\_

III / L'INFORMATION DU RESIDENT ET DE SA FAMILLE :

1) *Dans quel délai la famille du résident est-elle informée de la CP :* \_\_\_\_\_

---

2) *La CP est-elle parfois maintenue en l'absence de consentement .... :*

- |                      |     |     |
|----------------------|-----|-----|
| 1. ....du résident   | oui | non |
| 2. ....de sa famille | oui | non |

IV / L'INSTALLATION DE LA CP ET LE CONFORT DU RESIDENT :

1) *La CP est-elle associée à la prescription d'un médicament psychotrope :*

jamais                      parfois                      systématiquement

2) *Quels moyens utilisez-vous pour préserver le confort du résident contenu physiquement :*

- |  |                  |     |
|--|------------------|-----|
| 1. visites du psychologue                                  | oui              | non |
| 2. accompagnement psychologique par l'écoute des soignants | oui              | non |
| 3. adaptations de l'environnement                          | oui              | non |
| 4. activités récréatives                                   | oui              | non |
| 5. autres  | précisez : _____ |     |
- 

3) *A quel rythme est mobilisé le résident :*

- au minimum toutes les 2 heures      oui      non
- si non, précisez : \_\_\_\_\_

V / LA SURVEILLANCE DE LA CP :

**1) A quel rythme est évaluée la tolérance de la CP :**

- au minimum toutes les 24 heures      oui      non
- si non, précisez : \_\_\_\_\_

**2) Qui évalue la tolérance :**

1. le médecin                      oui      non
2. les infirmiers                      oui      non
3. les aides soignants              oui      non
4. autres                              précisez : \_\_\_\_\_

**3) Quelles informations sont retranscrites dans le dossier du résident :**

1. le rapport bénéfices-risques                      oui      non
2. l'information donnée au résident et à sa famille      oui      non
3. la surveillance de la CP                      oui      non
4. l'évaluation de la tolérance clinique du résident      oui      non

## **BIBLIOGRAPHIE**

- <sup>1</sup> Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. HAS. Octobre 2000
- <sup>2</sup> Tinetti ME, Wen Liang L, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skill nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992;116:369-74
- <sup>3</sup> Capezuti E, Evans L, Strumpf L, Maislin G. Physical restraint use and fall in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:627-33
- <sup>4</sup> CODE PENAL – Articles 122-7
- <sup>5</sup> Loi N° 2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- <sup>6</sup> CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE – article 2 – alinéa 1 relatif au respect de la personne et de la dignité du patient (issu du décret n° 95-100 du 6 septembre 1995).
- <sup>7</sup> Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Version révisée 2007.
- <sup>8</sup> Rapport d’Audit Clinique Ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. HAS. Service Evaluation des Pratiques Professionnelles. Juin 2006.

**SUJET** : La pratique de la contention physique en EHPAD : évaluation auprès de 20 médecins coordonnateurs d'EHPAD.

**RESUME :**

Le but était de connaître les modalités de pratique de la contention physique en EHPAD. Une étude descriptive a été menée auprès de 20 médecins coordonnateurs d'EHPAD. La technique utilisée était celle du sondage par questionnaire. Le questionnaire a été construit sur la base des recommandations de l'HAS de Octobre 2000 : « Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée ». L'analyse du questionnaire a permis de déterminer les critères de bonne pratique les plus appliqués et les ceux les moins appliqués en EHPAD.

Dans la plupart des EHPAD étudiés, la contention physique mobilise les compétences professionnelles au niveau de : la réflexion préalable en équipe pluridisciplinaire, l'information des familles, l'installation du résident et la surveillance rapprochée. Certains critères de bonne pratique sont plus déficitaires : ils concernent la traçabilité de la démarche, la mobilisation physique régulière du résident et la proposition d'activités assurant le confort psychologique.

**Conclusion :**

Dans la majorité des EHPAD étudiés, la pratique de la contention physique serait conforme aux recommandations de l'HAS. Pour améliorer les pratiques, l'accent doit être mis sur la traçabilité et les activités assurant le confort physique et psychologique du résident.

**MOTS CLES :**

CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE AGEE  
EHPAD  
RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

