

Université Paris Descartes
Faculté COHIN - PORT ROYAL

DU IRCO
Sylvia Nouyrigat Le Madec
Directrice de mémoire : ROSE-APPOLINE NICOLE
2014 /2015

LA FORMALISATION DE L'UTILISATION
DE LA CONTENTION PHYSIQUE
AU FAUTEUIL A LA RESIDENCE DE
BALLANCOURT



REMERCIEMENTS

A

- MR LAMBEY et MME MARTINI, co-gérants de la résidence de Ballancourt

- MME ROSE- APPOLINE Nicole, ma directrice de mémoire, directrice de la résidence de Ballancourt depuis Août 2013. Mme Rose-Appoline a accepté que je réalise cette formation. Elle m'a encouragée, guidée, et soutenue pour ce travail de fin d'études. En travaillant auprès d'elle, j'ai pu progresser dans ma fonction d'IDEC.

- A tout le personnel salarié de la résidence de Ballancourt avec qui je travaille depuis 2007 (le personnel administratif, la gouvernante, les lingères, les techniciennes de surface, l'homme d'entretien, le personnel de la restauration, et l'animatrice.....) mais particulièrement au personnel de soin (IDE, AS, AMP, ASH aux soins, psychomotricienne, ergothérapeute et psychologues) qui a toujours été à mes côtés, avec lequel nous avons pu travailler en bonne coopération.
A leur participation pour que ce projet puisse aboutir.

- Docteur DEVISME- DARQUES Carole, médecin coordonnateur à la résidence de Ballancourt de 2007 à 2012. Même si nous ne travaillons plus ensemble, je sais que je peux compter sur elle pour toutes les interrogations concernant mon travail. Elle répondra toujours.

- A tous les résidents et leurs familles qui me permettent de m'épanouir dans mon travail. A leurs sourires, leurs saluts et leurs reconnaissances.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.4
--------------------	-----

1/ PROJET

- A) La problématique.....p.6
- B) La description du projetp.6
- C) Les freins au déroulement du projet.....p.7
- D) Les attendus du projet.....p.8
- E) Les moyensp.8
- F) L'évaluation du projet.....p.9
- G) Le suivi du projet.....p.9

2/ ETAT DES CONNAISSANCES	p.10
---------------------------------	------

3/ LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE

- A) La définition de l'éthique.....p.11
- B) Les grands principes éthiques.....p.12
- C) Une réflexion éthique sur les soins.....p.12
- D) Les valeurs de la résidence de Ballancourt.....p.13

4/ IDENTIFICATION DES PRIORITES D'INTERVENTION /OBJECTIFS DU PROJET

- A) Objectifs généraux.....p.13
- B) Objectifs spécifiques.....p.14

5 / PROGRAMME

• A) Méthode	p.15
a) Réunion COPIL « Bientraitance »	p.15
b) Groupe contention :	
- Questionnement.....	p.17
- Analyse	p.17
- Réflexion sur la création d'outil.....	p.18
• B) Résultats	
a) Diagramme de GANTT	p.19
b) QUIZZ	p.19 à 29
c) Analyse des dossiers actuels.....	p.29
d) Création des outils	p.30
e) Formation.....	p.31
CONCLUSION.....	p.32
ANNEXES	p.33 à 52
BIBLIOGRAPHIE	p.53 à 54

INTRODUCTION

La résidence de Ballancourt est un EHPAD de 97 lits, située au cœur de la ville de Ballancourt sur Essonne, entourée d'un parc de 1.8 hectares. Anciennement foyer logement, l'établissement a eu l'autorisation de fonctionnement EHPAD le 23 novembre 2001. Il accueille des résidents polypathologiques ayant tous types de démences, maladie de Parkinson, séquelles AVC, cancer, isolement social, perte d'autonomie.....

L'établissement accueille les résidents dans des studios ou des chambres. Un salon de vie, accueillant des résidents fragilisés et dépendants, est ouvert depuis Juin 2015. Un Pôle d'activité de soins adaptés est ouvert depuis le 12 octobre 2015 et accueille pour des activités de la vie quotidienne des résidents ayant des troubles de la mémoire et du comportement.

Suite à l'évaluation externe de notre établissement en décembre 2014, il a été mis en exergue que les recommandations des bonnes pratiques de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (l'ANESM) concernant les contentions physiques¹ n'étaient pas formalisées. Il a été essentiel pour la direction et l'équipe d'encadrement de réfléchir sur les pratiques et d'analyser cette situation. Un groupe pluridisciplinaire a été créé pour travailler sur le sujet.

Pour mon travail de fin d'année, j'ai choisi d'approfondir notre réflexion sur la formalisation de l'utilisation de la contention physique au fauteuil.

¹ L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, Anesm, février 2009
[En ligne]
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medic_o_social.pdf

A SAVOIR QUE LA DECISION D'UNE CONTENTION PHYSIQUE AU FAUTEUIL SERA ENVISAGEE UNIQUEMENT APRES ECHEC DES ALTERNATIVES PROPOSEES AU RESIDENT.

Pour la réussite de ce projet, l'adhésion de la direction et de toute l'équipe soignante de l'établissement est nécessaire ainsi que la collaboration des médecins traitants, des familles et des résidents.

1/ PROJET

A) La problématique

- Absence de formalisation par un protocole de l'utilisation de la contention physique au fauteuil à la résidence de Ballancourt
- Non-conformité des recommandations de bonnes pratiques (ANESM)
- Etat de connaissance de l'équipe pluridisciplinaire sur la contention physique au fauteuil non connu
- Prescription de 4 contentions dans la résidence de Ballancourt

B) La description du projet

Lorsque la contention physique au fauteuil devient indispensable, il est de notre devoir de trouver des alternatives à cette contention dans la journée.

Les décisions de mise sous contention sont souvent induites après des réunions pluridisciplinaires (transmissions orales, projet d'accompagnement individuel...) et discutées avec le médecin traitant qui fera la prescription.

La démarche menant à ce projet est le changement des pratiques actuelles des soignants : former sur les risques liés à la contention ainsi que la surveillance de celle-ci. Il est important d'amener le questionnement éthique sur la contention physique. En menant cette démarche, l'équipe prendra conscience de l'intérêt d'éviter au maximum la contention et sera à même de proposer des alternatives.

Le projet se déroule sur plusieurs mois :

- Mettre en place un groupe Projet
- Réaliser un diagnostic de la situation
- Choisir les objectifs et indicateurs de suivi du projet
- Mettre en place un plan d'action
- Evaluer et suivre le projet

Le médecin coordonnateur, IDEC, infirmier(e)s, psychologues, psychomotricienne et ergothérapeute ont un rôle important dans cette sensibilisation et encadrement des équipes.

C) Les freins au déroulement du projet

Le turn-over du personnel peut être un frein à l'harmonisation du projet, et oblige les encadrants à réitérer les informations au quotidien.

La difficulté à monter ce projet à la résidence de Ballancourt est l'absence de médecin coordonnateur actuellement, qui a un rôle important dans la rédaction des procédures sur les risques liés à la contention physique, sur la formalisation de l'utilisation de la contention et sur la formation des professionnels.

Inclure le médecin traitant du résident dans son projet peut s'avérer difficile par manque de disponibilité de celui-ci.

Un retard des travaux d'amélioration du cadre de vie dans la résidence a reculé l'ouverture du PASA au 12 octobre 2015.

D) Les attendus du projet

Ils seront exprimés en termes d'indicateurs. Nous souhaitons que :

- 100 % des professionnels de soins connaissent toutes les étapes de la procédure de la mise en place de la contention physique au fauteuil, les risques et la surveillance
- 100 % des contentions prescrites soient réévaluées au bout de la première semaine de mise en place, puis une fois par mois
- 100 % des informations concernant la contention soient retranscrites dans le logiciel de soins

E) Les moyens

➤ Matériels

- Utilisation d'un QUIZZ à destination des professionnels
- Réalisation d'une procédure sur la bonne utilisation de la contention physique au fauteuil
- Réalisation d'un protocole sur les risques liés à la contention physique au fauteuil
- Mise en œuvre d'un arbre décisionnel
- Mise en place d'un compte rendu de réunion pluridisciplinaire
- Réalisation d'un listing du matériel de contention au fauteuil pouvant être utilisé à la résidence
- Vérification de l'intégralité des contentions et de leur propreté

➤ Humains

- Mise en place du groupe Projet « COPIL BIEN-TRAITANCE »
- Participation de la direction pour le bon déroulement du projet
 - Implication des soignants dans le projet

- Formations des professionnels
- Sensibilisation des familles
- Consentement si possible du résident

F) L'évaluation du projet

Le Projet sera évalué selon les indicateurs définis précédemment.

- Après la formation sur les contentions physiques (d'octobre à décembre 2015), un quizz sera réalisé de nouveau au mois de janvier 2016
- Surveillance de la transmission sur la contention retranscrite sur le logiciel de soins (novembre 2015)
- Observer les propositions d'alternative à la contention quelques heures par jour (novembre 2015) réalisées par l'équipe

G) Le suivi du projet

Une évaluation des pratiques professionnelles sera réalisée tous les ans. Une formation des équipes une fois par an sur la procédure de l'utilisation des contentions physiques, les risques liés à celle-ci et la surveillance d'un résident ayant une contention physique au fauteuil.

L'accompagnement par l'ergothérapeute des professionnels ayant un résident sous contention pour vérification de la bonne utilisation de celle-ci.

2/ ETAT DES CONNAISSANCES

HAS ² (Bientraitance) : 2008

Définition selon l'HAS de la contention : « La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous les moyens, méthodes, 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 de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. »

ANESM ³ : Février 2009

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles (L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social) :

« Les moyens de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes dans la vie quotidienne »

« Le recours à une contention physique ou à l'usage de médicaments psychotropes ne peut se faire que sur prescription médicale conformément aux recommandations professionnelles en vigueur. Dans ce cas ils doivent rester exceptionnels. Là où la contention est mise en œuvre, il est recommandé qu'un protocole précis soit établi abordant entre autres les mesures de surveillance et la réévaluation. »

ANAES 2000 ⁴ :

Les recommandations professionnelles en vigueur : Evaluation des pratiques professionnelles dans un établissement de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée.

LOI DU 2 janvier 2002 ⁵ :

² www.has-santé.fr/portail/upload/doeco/application/pdf/contention.pdf

³ www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico-social.pdf

⁴ Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ANAES 2000
[En ligne] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

⁵ [Legifrance.gouv.fr-loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social.](http://legifrance.gouv.fr/loi_n°2002-2_du_2_janvier_2002_renovant_l'action_sociale_et_medico-social)

Rénovant l'action sociale et médico-sociale avec l'article 8 : La charte des droits et liberté de le personne accueillie : **annexe 1**

CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DEPENDANCE (2007) ⁶ : annexe 2

Ces Textes nous incitent à la plus grande prudence face à la contention. Les contraintes physiques doivent être prescrites par le médecin et mises en place seulement lorsque cela devient essentiel. La contention nous pose un problème éthique important puisqu'elle est contraire aux objectifs du maintien de l'autonomie que vise le soin et la liberté d'aller et venir.

3/ LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM incitent les établissements médico sociaux au questionnement éthique⁷.

A) La définition de l'éthique⁸

« L'éthique a pour but de nourrir la réflexion du soignant et de l'aider à savoir comment se comporter dans des situations particulières

L'éthique ne fournit pas de solutions toutes faites, elle vient juste apporter un éclairage.

C'est un questionnement critique, une recherche d'orientations réfléchies et correctes sur les actions et les décisions collégiale en matière de soins »

⁶ www.social-sante.gouv.fr – charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

⁷ Recommandations de bonnes pratiques ANESM octobre 2010 : le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁸ La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière – Margot Phaneuf page 376

B) Les grands principes éthiques⁹

- Le respect de la dignité : le résident doit être considéré comme une personne à part entière ayant des besoins particuliers
- Le respect de l'autonomie : c'est permettre au résident de respecter sa pensée, ses actions et l'autoriser à décider par lui-même. La détérioration physique et intellectuelle du malade dément ne signifie pas qu'il ne doit pas être consulté, informé des soins à lui prodiguer.
- Le respect de l'intégrité : le soignant doit respecter le corps du malade, protéger sa vie et sa santé dans la totalité de ses dimensions humaines physique, psychologique, relationnelle et même spirituelle
- Le droit à l'information : les principes de respect de la dignité et de l'autonomie de la personne découlent du droit à l'information. Les professionnels de santé doivent donner des explications à la mesure de la compréhension du résident, prendre un peu plus de temps signifie souvent avoir la collaboration de celui-ci.

C) Une réflexion éthique sur les soins

- Procurer une qualité de vie acceptable au résident qui doit se sentir bien, reconnu, accepté et respecté.
- La personnalisation des soins : la personnalisation des soins évite les gestes automatiques et des soins impersonnels.

L'éthique pose aussi des exigences de compétence du soignant. Pour offrir des soins de qualité sur le plan technique et relationnel le soignant doit se former ou

⁹ La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière – Margot Phaneuf page 376

garder ses connaissances à jour. La formation continue, les lectures, les recherches et les discussions de groupe constituent de bons moyens d'évolution. C'est une exigence éthique et professionnelle.

D) Les valeurs de la résidence de Ballancourt

Le projet d'établissement (2014-2019) indique les principes éthiques de la résidence. La création d'un groupe Copil « Bientraitance » permet un changement dans nos pratiques professionnelles.

La directrice de l'établissement mène le projet éthique.

Elle organise des réunions pluridisciplinaires avec des thèmes relevant de l'éthique (exemple : les valeurs professionnelles).

Les valeurs de la résidence sont définies comme suit :

- Le respect
- La bienveillance et la bienfaisance
- L'autonomie
- L'équité
- L'intégrité et la sécurité

Ces principes sont débattus lors de réunions pluridisciplinaires afin d'aboutir à une charte éthique propre à la résidence de Ballancourt.

4/ OBJECTIFS DU PROJET

A) Objectifs généraux

L'objectif de ce programme est d'accompagner un résident en contention physique au fauteuil depuis la prescription de celle-ci jusqu'à l'arrêt de la prescription.

Il a pour but de faire connaître les risques dus à la contention physique au fauteuil, ne pas banaliser ce geste qui peut devenir une routine. Le personnel soignant doit prendre conscience des conséquences de leurs pratiques, et la nécessité d'accroître leurs surveillances pour ces résidents.

B) Objectifs spécifiques

Ce projet donne un sens à la pratique professionnelle de chaque soignant. L'utilisation d'une contention n'est pas un geste anodin. Elle doit être réfléchie et proposée en connaissance de cause.

Les risques liés à la contention physique sont nombreux. La contention touche plusieurs aspects de la personne : aspect physique, psychologique et social.

La création de plusieurs outils nous permettra un guidage dans les décisions :

- Créer un outil de réflexion à la prise de décision– arbre décisionnel
- Créer une procédure sur l'utilisation de la contention physique
- Créer un protocole sur le risque d'une contention physique
- Connaître les différents matériels pouvant être utilisés pour une contention physique au fauteuil

5/ PROGRAMME

A) Méthode

La méthodologie est une démarche projet. Avant d'arriver aux objectifs de ce projet, il est important d'analyser la situation actuelle de nos pratiques concernant la mise en place d'une contention physique au fauteuil dans notre établissement.

Bien définir les objectifs à atteindre et leurs faisabilités.

a) Réunion COPIL « BIENTRAITANCE »

Une équipe pluridisciplinaire dirigée par la directrice de l'EHPAD a été créée en janvier 2015 afin de travailler sur des projets liés au suivi des évaluations interne de décembre 2013 et externe de décembre 2014 au sein de notre établissement. Le Copil « Bientraitance » comme il a été appelé se réunit tous les 2 mois pour faire part de l'avancée des projets. L'accueil du résident en EHPAD, l'éthique, et bien sur la contention physique sont des thèmes de ces réunions. A chaque réunion chacun présente l'avancement du projet .L'avancée est en fonction de la faisabilité et de la disponibilité de chacun en fonction de nos tâches habituelles.

Du temps est dégagé dans la mesure du possible pour les soignants faisant parti du Copil « Bientraitance » pour travailler leur projet.

Les ressources déjà existantes sont utilisées pour la mise en œuvre de ces projets.
« ANESM, HAS, recommandations de bonnes pratiques.. »

b) Groupe contention

Le groupe contention physique est composé de deux professionnels : un infirmier et moi-même mais la collaboration de la psychomotricienne, l'ergothérapeute et la psychologue sont souvent sollicitées pour l'avancement de notre projet. Ces réunions ont été faites de façon informelle. L'absence de médecin coordonnateur depuis plusieurs mois dans notre établissement ralenti l'avancement de notre projet.

La rédaction de certaines procédures en l'absence du médecin coordonnateur est réalisée par moi-même mais validée pour le moment par un médecin gériatre du groupe hospitalier Henri Mondor, avec lequel nous avons signé une convention de partenariat.

Questionnement

Dans un premier temps, nous avons analysé la situation actuelle des résidents ayant une contention physique au fauteuil, et nous nous sommes posés les questions suivantes :

Pourquoi une contention pour ce résident ?

Avons-nous une prescription initiale ?

Avons-nous un suivi de la contention physique ?

Avons-nous une réévaluation périodique des contentions physiques de nos résidents ?

Avons-nous eu le consentement de la famille et du résident lui-même ?

Proposons-nous des moments dans la journée où la contention peut être levée ?

Avons-nous des résidents ayant une contention et des complications liées à celle-ci ?

Par rapport à l'équipe soignante et l'organisation des soins dans la résidence, nous nous sommes posés ces questions :

L'équipe a-t-elle été formée sur les risques liés à la contention physique au fauteuil ?

Des procédures existent –elles déjà ?

Des formations ont-elles été faites sur ce thème ?

Que connaît le personnel de soin sur les contentions physiques ?

Analyse

L'analyse de nos pratiques montre un questionnement lors des différentes réunions pluridisciplinaires lorsque la contention physique au fauteuil est évoquée mais aucun outil existe pour l'aide à la décision, un suivi et une réévaluation sont faits de façon informelle, peu ou pas de traçabilité écrite.

Réflexion sur la création d'outil

Après cette analyse, des outils d'amélioration de nos pratiques ont été réalisés :

- Une procédure générale de formalisation de l'utilisation de la contention physique au fauteuil dans l'établissement : **annexe 9**
- Un arbre décisionnel de mise en place de contention physique : **annexe 6**
- Un protocole des risques associés à l'utilisation de la contention physique : **annexe 8**
- Un outil retraçant le compte rendu de réunion pluridisciplinaire lorsque la contention est à envisager pour un résident : **annexe 7**
- Les différents matériels possibles pouvant être utilisés pour une contention au fauteuil : **annexe 3** (La ceinture ventrale reste la plus utilisée dans l'établissement)
- La liste des alternatives à la contention physique au fauteuil proposées au résident à la résidence de Ballancourt
- Une surveillance de la contention physique et la bonne utilisation de cette contention au quotidien avec une programmation et une surveillance plusieurs fois par jour sur le logiciel « net soins » : **annexe 10**
- La programmation et surveillance des risques de la contention physique quotidienne avec une traçabilité sur le logiciel « net soins ».

B) Résultats

a) Diagramme de GANTT

Un diagramme de GANTT a été créé pour permettre une planification du projet :

Annexe 4

Ce diagramme permet de visualiser dans le temps les diverses tâches du projet, et permet de voir l'avancée du programme ou les retards.

b) QUIZZ

Pour commencer, un quizz a été distribué aux personnels de soins volontaires, CDI ou vacataires pour apprécier leurs connaissances sur les contentions physiques, ce qui a permis d'apporter des pistes pour créer les outils.

A la fin des transmissions orales de l'après-midi et après présentation du projet, les professionnels de soin (IDE, AS, AMP, ASH aux soins, ergothérapeute, psychomotricienne et psychologue) avaient 15/ 20 minutes pour remplir le questionnaire.

Quatre questions fermées, deux questions à choix multiples et deux questions avec des réponses ouvertes.

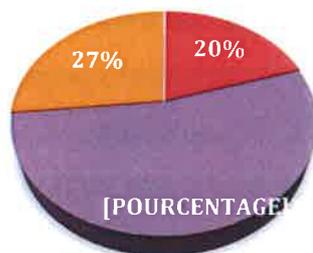
Annexe 5

Tous les soignants ont accepté de participer au projet.

Trente questionnaires ont été distribués et la totalité ont été renseignés.

RESULTATS DU QUIZZ

Nombre de professionnel par catégorie socio professionnelle ayant répondu au QUIZZ



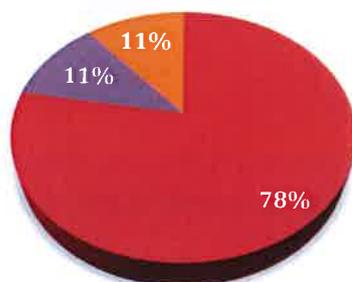
■ IDE, ergo, psychomot... ■ AS- AMP ■ ASH

Malgré les différents niveaux d'étude, les résultats sont homogènes entre les différentes catégories socio-professionnelles.

Question 1 :

La contention physique est discutée en équipe pluridisciplinaire avant chaque prise de décision

Decision pluridisciplinaire



■ oui ■ non ■ réponse non valide

Près de 80 % des professionnels savent que la contention doit être discutée en équipe.

Les réponses non valides correspondent au cochage des 2 réponses ou l'absence de réponse pour cette question.

Lorsque la contention peut s'avérer indispensable, chaque soignant a la possibilité de débattre sur la nécessité de la contention, de décrire les échecs des alternatives proposées avant de penser à la contention physique.

Seul, les résidents revenant d'hospitalisation avec une prescription de contention physique ne sera pas discutée en équipe, dans l'immédiat.

Question 2 :

Le médecin du résident peut-être le seul décisionnaire de l'utilisation d'une contention physique

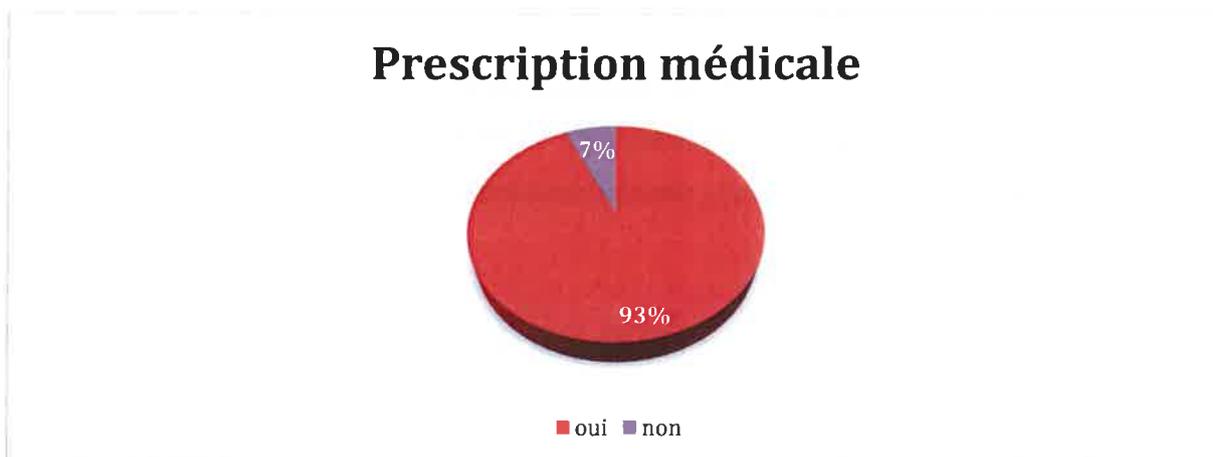


Pour 70% des professionnels, le médecin est le seul décisionnaire de la mise sous contention.

Les AS- AMP ont répondu oui à plus de 87 % contre 66 % pour la catégorie IDE, ergo.... Et 62 % pour les ASH.

Question 3 :

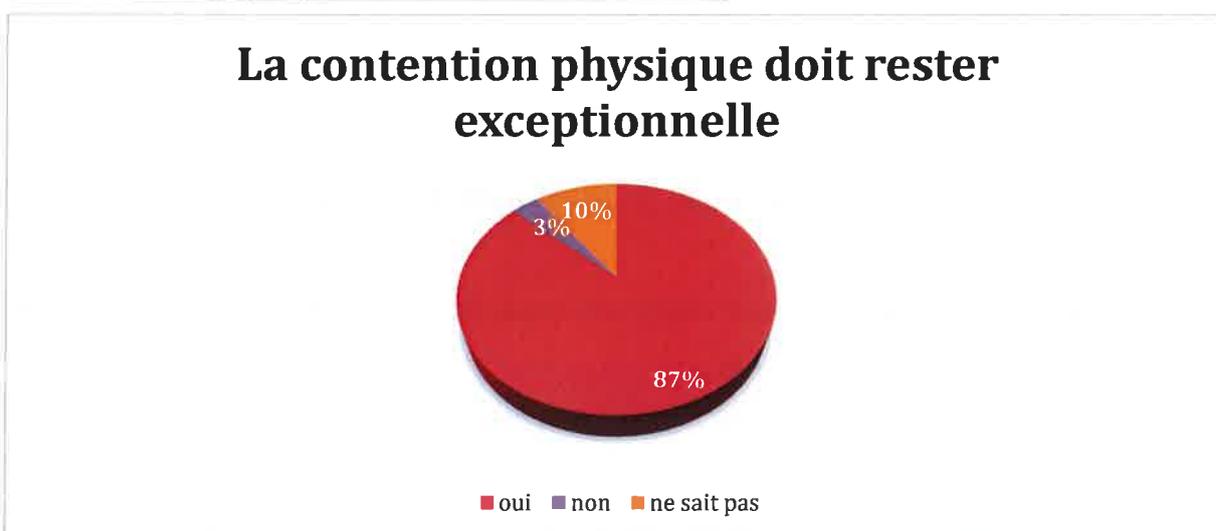
La contention physique au fauteuil est une prescription médicale :



Le fort pourcentage de bonne réponse montre que les soignants sont conscients que la contention physique est uniquement sur prescription médicale. Souvent redit lors des transmissions orales que nous ne pouvons pas mettre en place une contention physique sans l'avis du médecin et sans prescription ce qui parfois peut augmenter le délai de pose de la contention.

Question 4 :

La contention physique doit rester exceptionnelle :

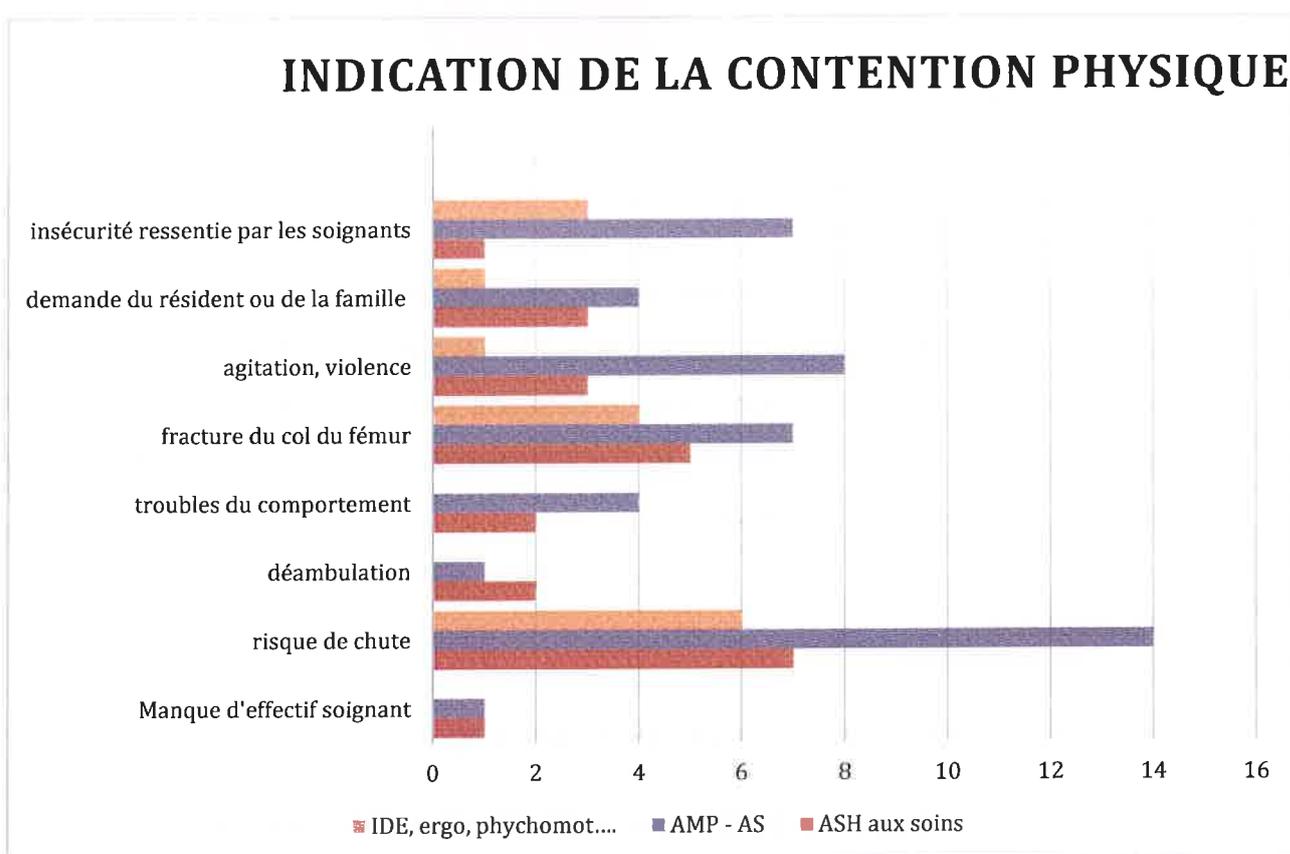


Presque 90 % des réponses montrent que les professionnels reconnaissent que la contention doit rester exceptionnelle.

Question 5 :

La contention physique au fauteuil est indiquée en cas de :

Les chiffres du diagramme représentent le nombre de fois que l'item a été coché sachant que plusieurs réponses étaient possibles.



85 items ont été cochés, le risque de chute a été coché par 90 % du personnel.

Le risque de chute, première cause de mise sous contention physique, a bien été évaluée par l'équipe soignante.

53 % du personnel a proposé l'item fracture du col du fémur et 40% agitation et violence.

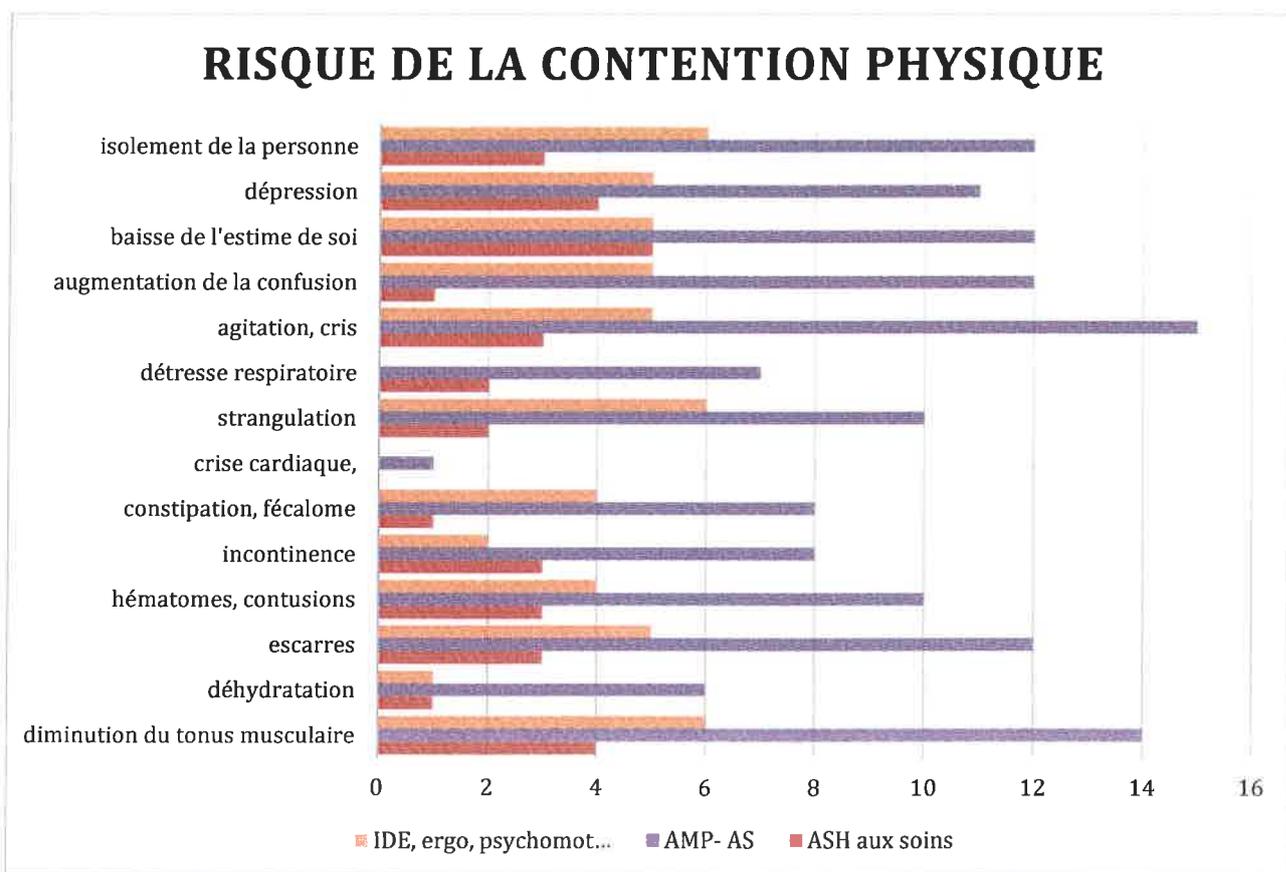
La mise en place de la contention physique au fauteuil est individuelle en fonction du résident. Chaque cas est unique et doit être discuté en équipe pluridisciplinaire.

L'insécurité ressentie par les soignants est identifiée à 13 %, ce résultat pose un problème éthique : Le soignant procure des soins pour le confort et la sécurité du résident mais doit-on empêcher le résident d'aller et venir en toute liberté, ne devons-nous pas prendre aussi en compte un éventuel risque de chute ? L'inconfort ressenti par le soignant peut entraîner des actes plus dangereux que la chute elle-même.

Question 6 :

La contention physique présente des risques :

Les chiffres du diagramme représentent le nombre de fois que l'item a été coché sachant que plusieurs réponses étaient possibles.



80 % des soignants ont répondu une diminution du tonus musculaire suivi de 77 % par l'agitation et cris.

Toutes les réponses à cette question étaient correctes. Seule une soignante a coché la totalité. La moyenne de risque identifié est de 7 items par questionnaire rempli.

La prescription de la contention physique est souvent due à des chutes. Bien que la chute puisse être dramatique, l'immobilisation par contention physique, par les accidents qu'elle occasionne et les infections qu'elle favorise, peut être mortelle.

Les risques liés à la contention physique sont nombreux, seule une partie est représentée sur le diagramme. La méconnaissance des risques entrainera un défaut de surveillance.

Question 7 :

Lors de votre accompagnement d'un résident ayant une contention physique au fauteuil, qu'elles sont les surveillances quotidiennes que vous réalisez ? :

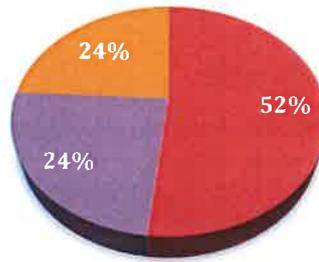
Cette question ouverte a permis un large choix de réponse :

73 points de surveillance ont été proposés ce qui représente environ 2 à 3 réponses par soignants.

Dans les 73 points de surveillance identifiés, 25 sont en commun ;

Ces 25 points de surveillance sont très variés avec une prédominance de la surveillance de la contention elle-même avec un résultat de 29 % réparti comme tel :

Surveillance de la contention



- vérification de la bonne mise en place de la contention
- verification du bon materiel
- vérification du bon fonctionnement

La question précédente n'a pas ou peu apporté de pistes de surveillance quotidienne :

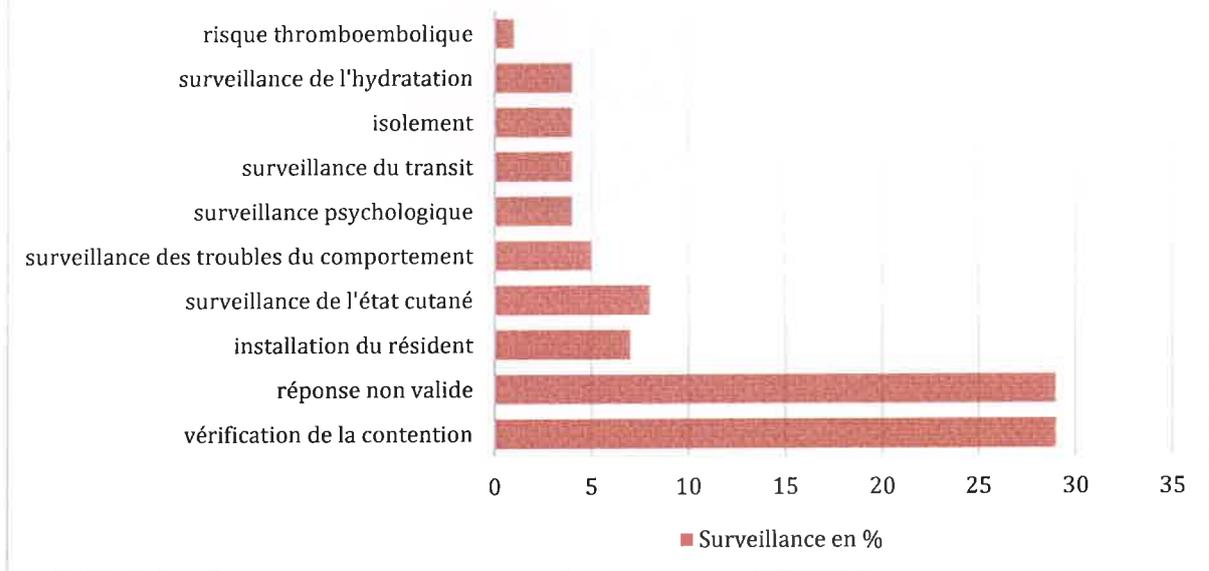
Exemple : Un soignant ayant coché escarres, n'a pas mis en place une surveillance des points d'appui, de l'alimentation, de l'hydratation.

Ou un autre met risque de constipation mais ne mettra pas en place une surveillance du transit.

Environ 29% des réponses ne concernent pas la surveillance mais plutôt des tâches à accomplir : accompagner aux WC, faire manger et boire, prévenir la famille... Ces réponses ont été comptabilisées dans les réponses non valides.

Le fort taux de pourcentage des réponses non valides traduit certainement une mauvaise formulation de la question.

QUELQUES POINTS DE SURVEILLANCE PROPOSES PAR LES PROFESSIONNELS



L'objectif des formations est de sensibiliser les professionnels au fait que la surveillance d'un résident ayant une contention physique au fauteuil doit avoir un accompagnement global :

LE RESIDENT + SON FAUTEUIL + SA CONTENTION + UNE SURVEILLANCE DU RISQUE LIE A LA CONTENTION

Question 8 :

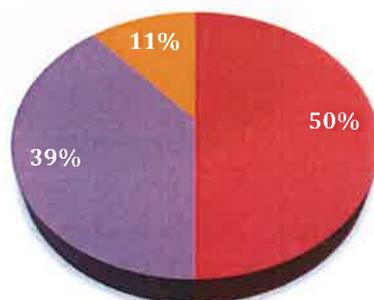
Afin de lever la contention physique du résident, qu'elles sont les possibilités que vous pourriez envisager ?

Cette question avait pour but de faire prendre conscience des moyens humains disponibles dans l'établissement.

Les différentes catégories professionnelles ont répondu en fonction de leur compétence sans penser aux actions des autres professionnels.

Les 44 % des propositions des ASH et des AS/ AMP sont déclinés comme suit :

Propositions des ASH- AS- AMP pour lever la contention



■ surveiller davantage le résident ■ vérifier la bonne installation ■ rester près du résident

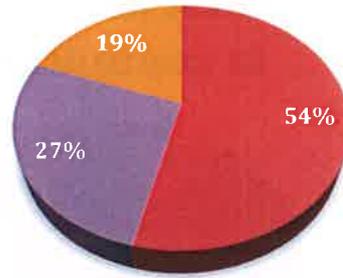
La catégorie IDE, ergo, psychomotricienne, psychologue ont répondu en fonction de leur fonction :

Exemple : La psychomotricienne a pensé à l'intégration au PASA si le résident est éligible.

La résidence possède d'autres moyens afin de lever la contention physique au fauteuil quelques heures par jour mais les professionnels ont peu pensé à ces autres moyens.

26 % de propositions les plus souvent citées pouvant être proposées pour retirer la contention dans la journée :

Proposition du retrait de la contention



■ séance de kinésithérapeute ■ activités occupationnelles ■ intégration du PASA

c) Analyse des dossiers actuels

Actuellement 4 résidents ont une contention physique au fauteuil à la résidence de Ballancourt.

Deux résidents ont une contention physique au fauteuil du lever à la prise en charge de la toilette soit maximum 2 heures. Ces contentions ont été prescrites suite à de multiples chutes avec traumatismes ayant nécessité plusieurs transferts aux urgences. Le consentement du résident a été demandé et la famille souvent à l'origine de la demande de la contention accepte la mise en place de celle-ci.

Il n'y a pas de réévaluation de la contention formalisée, souvent la prescription à une durée très longue (prescription d'un an).

Les deux résidents après l'accompagnement à la toilette sont installés dans un lieu ou une surveillance leur sera apportée.

Les deux autres résidents ont une contention physique au fauteuil 12 heures par jour du lever au coucher. Elles ont été prescrites post intervention du col du fémur. L'intervention a entraîné une impotence fonctionnelle mais les troubles cognitifs sévères (GIR2) de ces résidents qui oublient leur impotence, se mettent en danger en voulant se verticaliser. Plusieurs chutes ont été constatées ayant entraîné des transferts aux urgences voire d'autres hospitalisations.

Les résidents ont été prévenus de la mise en place de cette contention mais leur consentement n'a pas été possible à obtenir. Les familles ont accepté cette décision proposée après réunion pluridisciplinaire. Le médecin a fait une prescription mais aucune réévaluation à 8 jours puis mensuelle n'a été formalisée sauf pour l'un d'entre eux avec une prescription mensuelle faite de façon systématique sans réelle évaluation.

Aucun suivi et réévaluation ne sont formalisés.

Aucune proposition de retrait de cette contention quelques heures par jour n'a été planifiée.

d) Création des outils

-1- L'arbre décisionnel a été créé. Il doit être simple, avec une lecture rapide et compréhensible pour tous les soignants. **Annexe 6**

« Un arbre décisionnel¹⁰ est un outil d'aide à la décision représentant un ensemble de choix sous la forme graphique d'un arbre ».

-2- Création d'une fiche de compte rendu de réunion pluridisciplinaire lorsque la contention est évoquée. Cette fiche individuelle comporte les éléments suivants : l'indication de la contention physique au fauteuil, le type de contention, les horaires de mise en place de la contention, les alternatives et une synthèse qui est remis au médecin traitant.

Annexe : 7

-3- Création d'un protocole sur les risques liés à la contention physique au fauteuil à faire valider par un médecin coordinateur.

Annexe 8

Et la création d'une procédure sur l'utilisation de la contention physique.

Annexe : 9

¹⁰ <https://fr.m.wikipedia.org>

-4- création d'un plan d'action sur le logiciel de soins :

Ce plan d'action permet lorsqu'un résident a une contention au fauteuil de faire une surveillance de cette contention mais aussi des risques liés à la contention, de planifier les activités où la contention pourra être levée et de faire une traçabilité.

Annexe : 10

-5- Création d'un outil récapitulatif des résidents ayant une prescription de contention. Cet outil nous permet d'avoir une vue globale et de faire les réévaluations à 8 jours puis mensuelles et de connaître le type de contention.

Ce document est affiché dans l'infirmerie. Les IDE peuvent solliciter les médecins traitants.

Annexe : 11

e) La formation

La formation a pour but principal de sensibiliser les professionnels à la contention physique, d'harmoniser nos pratiques, de bien connaître les risques de la contention et de prévoir un accompagnement global du résident avec une contention.

La formation a commencé début octobre et devra se poursuivre jusqu'à fin décembre. Elle a lieu les après-midi après les transmissions orales et a une durée de 20 à 30 minutes. Tous les professionnels du soin participent à cette formation. Plusieurs séances auront lieu pour faire connaître les différents protocoles et la présentation des nouveaux outils.

Ces formations auront lieu plusieurs fois afin de toucher tous les professionnels, qu'ils soient en CDI ou CDD.

CONCLUSION

La réalisation de ce projet a permis de s'apercevoir du réel manque concernant la formalisation de la contention physique au fauteuil dans notre établissement.

La création d'outil permet une harmonisation des pratiques avec une meilleure qualité de soin.

Pour la réussite de ces pratiques, chaque professionnel doit être formé et sensibilisé à la contention physique.

Chaque résident ayant une contention physique au fauteuil a un protocole individuel bien établi avec des horaires ou la contention est levée pendant les séances de kinésithérapeutes, psychomotricité mais aussi au moment des repas, si le résident est éligible, la contention est totalement levée lorsque le résident va dans le PASA.

100% des résidents en contention physique au fauteuil, à la résidence, a été prescrite suite à des chutes à répétition ayant provoqué des traumatismes et des fractures avec des transferts aux urgences et/ou des hospitalisations.

Afin de diminuer la mise en contention physique au fauteuil, la résidence doit prendre en compte d'une façon plus globale les chutes à répétition.

L'ARS d'île de France, propose pour l'année 2016 une campagne sur la maîtrise du risque de chute. Une journée de présentation aura lieu le 10 décembre 2015. La résidence participera à cette campagne.

ANNEXES

- 1- La charte des droits et liberté de la personne accueillie
- 2- La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance
- 3- Les différents matériels pour une contention physique au fauteuil
- 4- Diagramme de GANTT
- 5- QUIZZ
- 6- L'arbre décisionnel
- 7- Fiche de compte rendu de réunion pluridisciplinaire
- 8- Protocole des risques liés à la contention physique au fauteuil
- 9- Procédure de la formalisation de l'utilisation de la contention physique au fauteuil
- 10- Plan d'action sur le logiciel de soin
- 11- Récapitulatif des prescriptions de contention physique au fauteuil

Annexe 1

Charte des droits et libertés de la personne accueillie¹¹

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers et fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Article 1 – Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 – Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 – Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers ouvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 – Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2°) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension ;
- 3°) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

¹¹ Legifrance.gouv.fr-loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou son représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrés par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expressions et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 - Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaires, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 – Droit à la protection

IL est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 – Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée. Il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 – Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justices.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 – Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justices.

Article 11 – Droit à la pratique religieuse

Les conditions de pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 – Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis.
Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

Annexe 2 **Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance**¹²

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie – domicile personnel ou collectif – adapté à ses attentes et à ses besoins

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et Rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

¹² www.social-sante.gouv.fr – charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Annexe 3

DIFFERENTS MATERIEL POUR UNE CONTENTION AU FAUTEUIL A LA RESIDENCE DE BALLANCOURT



CEINTURE ABDOMINO-PELVIENNE



CEINTURE PELVIENNE



CEINTURE ABDOMINALE



CEINTURE VENTRALE

Réalisé par Pascale Marchal ergothérapeute I

Diagramme de GANTT

Projet : "la formalisation de la contention physique au fauteuil"

Annexe 4

	mai-15	juin-15	juil-15	août-15	sept-15	oct-15	nov-15	déc-15	janv-16	févr-16	mars-16	avr-16
GROUPE PROJET												
réunion COPIL BIEN TRAITEMENT	27		annulée		annulée							
réunion contention	28		7	10		annulé						
DIAGNOSTIC DE LA SITUATION												
analyse des dossiers	7,14	4,18										
réaliser le quizz			29									
distribuer le quizz				10,12	1							
vérifier les outils sur le logiciel soin		15										
OBJECTIFS ET INDICATEUR DE SUIVI												
vérification des connaissances des procédures												
réévaluation des prescriptions												
suiti de la contention dans le logiciel de soin												
PLAN D'ACTION												
analyser le quizz				22	30	1.2.3.10						
création d'un arbre décisionnel			12		30							
compte rendu de réunion					15							
procédure de la formalisation de la contention				25	15,16							
protocole du risque lié à la contention physique			9									
création d'un plan d'action sur le logiciel de soin						5.6.9						
création d'un outil récapitulatif des prescriptions							10					
formation des équipes							5					
EVALUATION ET SUIVI DU PROJET												
distribution du quizz												
analyse du quizz												
EPP												

QUIZZ SUR LA CONTENTION PHYSIQUE AU FAUTEUIL

Ce quizz a pour objectif d'évaluer les connaissances des soignants concernant la contention physique au fauteuil. Elle me permettra d'effectuer mon travail pour ma formation -DU IRCO- et s'inscrit dans l'amélioration de la qualité de l'établissement concernant la bientraitance.

Ce questionnaire est anonyme et à remplir par tous les professionnels de soins.
Compter 15 minutes pour le remplir - Et le remettre à L'IDEC -

Entourez les bonnes réponses

Etes-vous : IDE - AS - AMP - ASH aux soins - ergothérapeute -
psychomotricienne - psychologue

Etes-vous : en CDI ou vacataire

1) La contention physique est discutée en équipe pluridisciplinaire avant chaque prise de décision :

Oui - Non

2) Le médecin du résident peut-être le seul décisionnaire de l'utilisation d'une contention physique :

Oui - Non

3) La contention physique au fauteuil est une prescription médicale :

Oui - Non

4) La contention physique doit rester exceptionnelle :

Oui - Non

5) La contention physique au fauteuil est indiquée en cas de : (plusieurs réponses possibles)

- manque d'effectif soignant
- risque de chute
- déambulation
- troubles du comportement
- fracture du col du fémur
- agitation, violence
- demande du résident lui-même ou de sa famille
- insécurité ressentie par le soignant

6) La contention physique présente des risques : (plusieurs réponses possibles)

- diminution du tonus musculaire
- déshydratation
- escarres
- hématomes, contusions
- incontinence
- constipation, fécalome
- crise cardiaque
- strangulation
- détresse respiratoire
- agitation, cris
- augmentation de la confusion
- baisse de l'estime de soi
- dépression
- isolement de la personne

7) Lors de votre accompagnement d'un résident ayant une contention physique au fauteuil, qu'elles sont les surveillances quotidiennes que vous réalisez ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8) Afin de lever la contention physique du résident, qu'elles sont les possibilités que vous pourriez envisager ?

.....

.....

.....

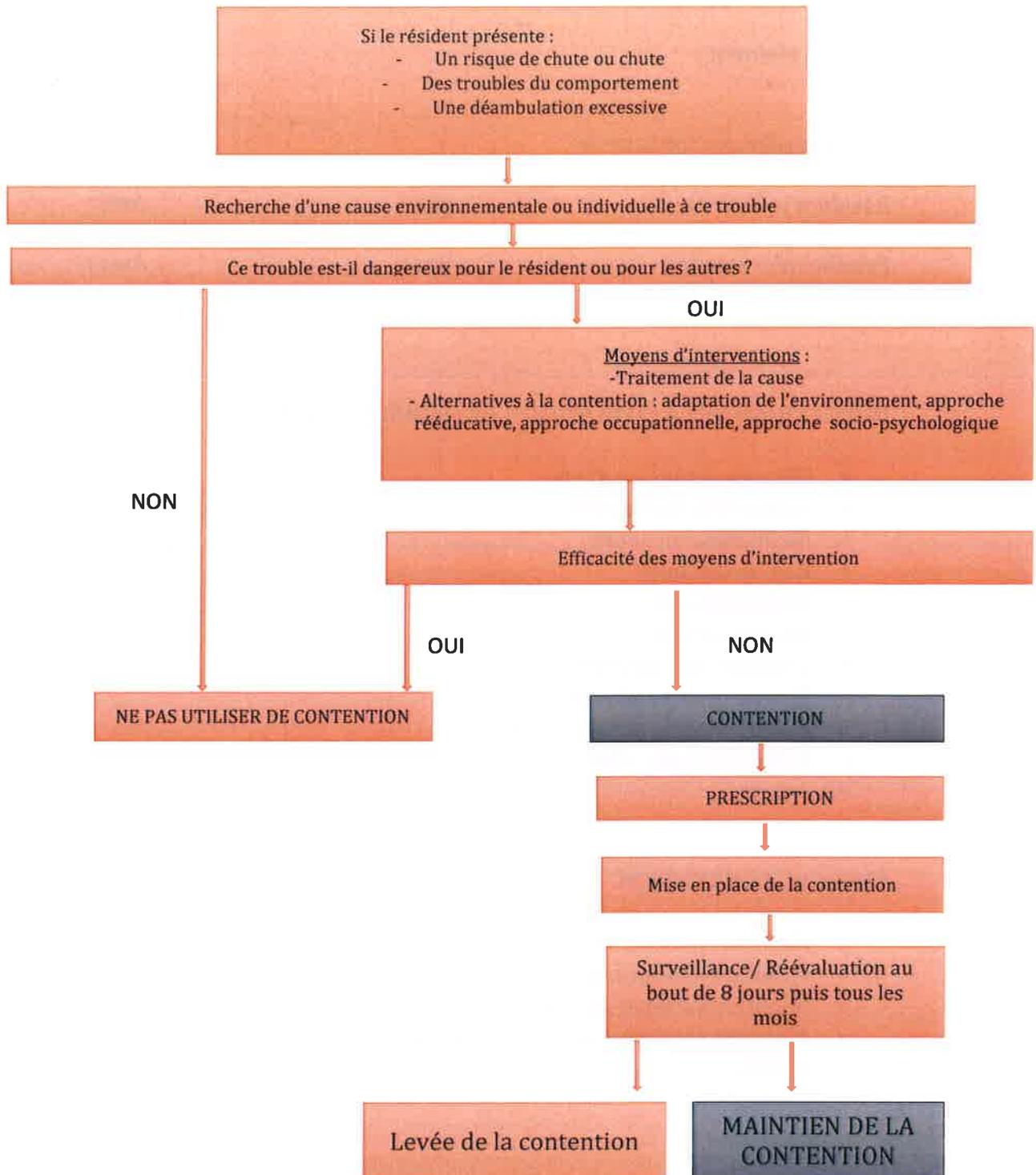
.....

ARBRE DECISIONNEL DE LA MISE EN PLACE DE LA CONTENTION PHYSIQUE

Nom du résident :

Réunion pluridisciplinaire le :

Si un soignant se pose la question de mise en place d'une contention physique pour un résident, il faut s'aider de l'arbre décisionnel suivant :



Annexe 7



COMPTE –RENDU DE REUNION CONTENTION PHYSIQUE AU FAUTEUIL

Nom du résident :

Réunion pluridisciplinaire le :

Avis :

Résident informé le :

par :

Avis :

Famille informée le :

par :

Avis :

INDICATIONS DE LA CONTENTION PHYSIQUE AU FAUTEUIL

- * Glissade fesses en avant
- * Inclinaison sur le coté
- * Inclinaison en avant
- * Risque de chute
- * Orthostatisme
- * Déambulations
- * Troubles du comportement
- * Risque pour sa sécurité
- * Risque pour la sécurité d'autrui
- * Difficultés pour réaliser les soins
- * Autres :

TYPES DE CONTENTION

- * Maintien pelvien seul
- * Maintien abdominal
- * Maintien thoraco- abdominal
- * Maintien thoraco – abdomino-pelvien
- * Autres :

TEMPS DE CONTENTION

Horaire dans la journée :

ALTERNATIVE A LA CONTENTION PHYSIQUE AU FAUTEUIL

- * Salon de vie
- * PASA
- * Animation
- * Atelier ergo
- * Atelier psychomotricité
- * Kiné
- * Soins
- * Suivi psychologique
- * Autres :

SYNTHESE DE LA LEVER DE LA CONTENTION PHYSIQUE DANS LA JOURNEE :

Le compte rendu de réunion est remis au médecin traitant du résident qui validera ou non la contention physique et ces alternatives par une prescription médicale.
SEULE LA PRESCRIPTION MEDICALE DONNERA L'AUTORISATION DE METTRE LA
CONTENTION PHYSIQUE

Référence BAL/PROT/67

Nombre de pages : 3

Date de création :
Version initiale Ballancourt

N° Version : V05/2015

Date de révision :

PROTOCOLE : risques associés à l'utilisation de la contention physique

AUTEURS	REDACTION	VALIDATION	CREATION / MODIFICATION/ACTUALISATION
Le Madec Sylvia IDEC	Le Madec Sylvia IDEC	MEDCO	

1. Objet

Ce protocole définit les modalités des risques associés à l'utilisation de la contention physique

2. Domaine d'application

Secteur soins de la résidence

3. Responsabilités

Tous les secteurs de soins de la résidence, la direction, le médecin coordinateur, l'IDEC, les IDE, psychomotricienne, ergothérapeute, AS, AMP et ASH aux soins

4. Définitions/mots clés :

Définition selon l'HAS de la contention : « La contention physique est l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou en partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour la personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. »

5. Documents de référence

La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière de Margot Phaneuf

6. Matériel :

Ridelles de lit, ceinture pelvienne, ceinture abdominal, maintien thoraco abdominal, maintien thoraco-abdomino-pelvien, pyjadraps.....

7. Description du processus

Une contention physique présente des risques pour celui qu'elle est supposée protéger

Elle expose le résident aux complications physiques de l'immobilisation et lorsqu'elle est mal vécue, elle présente un risque psychologique dont l'évolution peut être dramatique.

ASPECT PHYSIQUE :

- Déshydratation
- Perte de poids
- Diminution du tonus musculaire
- Diminution de la mobilité des articulations et contractures
- Escarres
- Hématomes et contusions
- Plaies par friction aux talons, aux coudes
- Lésions du plexus brachial
- Déperdition du calcium et augmentation des risques de fracture
- Incontinence
- Constipation et fécalome
- Restriction de la circulation dans les membres
- Crise cardiaque
- Détresse respiratoire
- Strangulation
- Blessures graves en cas de chute
- Agitation et cris

ASPECT PSYCHOLOGIQUE :

- Augmentation de la confusion
- Régression
- Frustration et colère
- Baisse de l'estime de soi
- Perception d'un manque de respect de la part des soignants
- Dépression

ASPECT SOCIAL :

- Isolement de la personne
- Crainte de la part des autres malades
- Perte de l'image de l'être aimé par la famille



Annexe 9

Référence BAL/PROT/ 68	Nombre de pages : 3	Date de création : 21/08/2015 Version initiale Ballancourt
------------------------	---------------------	---

N° Version : 08/2015	Date de révision : octobre 2015
----------------------	---------------------------------

**PROTOCOLE : FORMALISATION DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION
PHYSIQUE AU FAUTEUIL**

AUTEURS	REDACTION	VALIDATION	CREATION / MODIFICATION/ACTUALISATION
LE MADEC Sylvia IDEC Le : Signature :	LE MADEC Sylvia IDEC Le : Signature : Correction Rose-Appoline N. Directrice Le Signature	Docteur Ambime Gabin médecin gériatre Groupe hospitalier universitaire Henri Mondor- pôle gériatrique Essonnien- site Hôpital Dupuytren Le : Signature :	

1. Objet

Ce protocole définit les modalités de l'utilisation de la contention physique au fauteuil

2. Domaine d'application :

Secteur soins de la résidence

3. Responsabilités :

Directrice, médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, IDE, AS, AMP, ASH aux soins, ergothérapeutes, ASG, psychologues, psychomotricienne, médecin traitant

4. Définitions/mots clés :

Contention physique : D'après l'HAS : « La contention physique est l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou en partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour la personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »

Elle doit respecter la pudeur et la dignité de la personne. Elle constitue une mesure d'exception et temporaire

Arbre décisionnel : est un outil d'aide à la décision qui représente la situation plus ou moins complexe que l'on présente sous forme d'un arbre

5. Documents de référence

- Anesm : Prise en charge non médicamenteuse de la maladie Alzheimer et de troubles apparentés (2003) – Recommandation des bonnes pratiques
- HAS « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur (mai 2009)- Recommandations des bonnes pratiques
- l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ANESM (février 2009)
- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé (ANAES OCT 2000)
- Plan maladies neurodégénératives (2014-2019)

6. Matériel

Le matériel est approprié aux besoins du résident en fonction de l'indication de la contention (Ceinture de maintien pelvienne, ceinture de maintien abdominale...)
Il présente des garanties de sécurité et de confort

7. Description du processus (phases identifiées du processus)

C'est seulement en cas d'échec de tous les moyens mis en œuvre pour éviter la contention et devant la persistance du comportement à risque que cette dernière est décidée.

Des alternatives sont proposées au résident avant la mise sous contention, en fonction de son état de santé pour assurer son confort psychologique : PASA, salon de vie, atelier mémoire, séance ergothérapeute, séance kinésithérapeute, séance psychomotricité, animations, relaxation, écoute, dialogue.....

L'information et le consentement du résident est obtenu si possible, une traçabilité est réalisée.

1/ Discussion de l'éventualité d'une contention physique au fauteuil pour un résident avec des troubles du comportement (propre mise en danger du résident qui marche et qui chute, oublie son aide technique, oublie qu'il ne marche plus et essaie de se lever), discussion du bénéfice /risque au moment des transmissions orales quotidiennes.

2/ Utilisation de l'arbre décisionnel de mise en place de contention physique

Si la contention semble nécessaire :

3/ Remplissage du compte rendu de réunion contention physique au fauteuil et prescription

4/ La synthèse sera montrée au médecin traitant qui prendra la décision de prescrire la contention physique, le matériel à utiliser et la durée. Il validera les alternatives à cette contention dans la journée s'il est d'accord (temps de non contention, lit couchage bas, pas de ridelles au lit, matelas au sol).

La prescription médicale doit donner une notion de durée et de période.

Lorsque le résident revient d'hospitalisation avec une prescription de contention physique, remplir le compte rendu de réunion après synthèse avec l'équipe pluridisciplinaire. Transmettre les résultats au médecin traitant

- 5/ La surveillance de la contention physique est programmée et retranscrite dans le dossier informatisé du résident.
Cette surveillance prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit les soins d'hygiène, de nutrition, d'hydratation et l'accompagnement psychologique
- 6/ Le résident et ses proches sont informés des raisons et le but de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés. La contention doit être tolérée par le résident, sinon elle risque d'être génératrice de troubles du comportement.
- 7/ Le matériel de contention est approprié aux besoins du résident. L'ergothérapeute met en place ce matériel pour la première utilisation, en formation/action avec les professionnels. Ce matériel doit assurer la sécurité et le confort du résident.
- 8/ L'installation préserve l'intimité et la dignité du résident.
- 9/ Selon l'état de santé, le résident est sollicité pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.
- 10/ L'évaluation de l'état de santé du résident et des conséquences de la contention physique est réalisée au moins toutes les 24 h et retranscrite dans le logiciel de soins
La contention est reconduite si nécessaire et après réévaluation par une prescription médicale motivée à 8 jours puis tous les mois.
- 11/ Formation des équipes

Planning jour AS du 12/10/2015



Résidence de Ballancourt
 10 rue de la Vallée 91610 BALLANCOURT
 SUR ESSONNE
 Tél : 01.64.93.22.13 Fax : 01.64.93.22.33
 residence.ballancourt@wanadoo.fr

XXXX X
 ---- GIR -

Entré(e) le 11/10/2015 - Andenne Alle > Andenne Alle 1er > 114



	Informations	Valeur
08h00	surveillance Contention	
08h00	surveillance alimentation	
08h00	continence	
10h00	surveillance risque de phlébite	
10h00	surveillance transit	
10h00	surveillance : modification de comportement	
10h00	surveillance Contention	
10h00	surveillance fonction respiratoire	
10h00	surveillance rétraction tendineuse	
10h00	surveillance état cutané	
12h00	surveillance Contention	
13h00	surveillance alimentation	
14h00	surveillance Contention	
14h00	continence	
16h00	surveillance Contention	
17h00	continence	
18h00	surveillance Contention	
19h00	continence	
19h00	surveillance alimentation	

Annexe 11

RECAPITULATIF DES RESIDENTS AYANT UNE PRESCRIPTION DE CONTENTION AU FAUTEUIL

NOM DU RESIDENT	date de la prescription initiale	réévaluation à 8 jours	REEVALUATION MENSUELLE											type de contention	
			janvier	févr.	mars	avril	mai	juin	juillet	aout	sept	oct.	nov.		déc.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- Alzheimer, éthique et société de Fabrice Gzil et Emmanuel Hirsch. Edition ERES
- La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière de Margot Phaneuf. Edition MASSON

Sites internet

- Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre : www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf
- Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social : www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico-social.pdf
- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf
- Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liberte_aller_venir_court.pdf
- Loi du 2 janvier 2002 : rénovant l'action sociale et médico-sociale avec : l'article 8 : LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉ DE LA PERSONNE ACCUEILLIE : Legifrance.gouv.fr-loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social.

-Charte et liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (2007) : www.social-sante.gouv.fr – charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

-Recommandations de bonnes pratiques ANESM octobre 2010 : le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
www.anesm.sante.gouv.fr

RESUME

LA FORMALISATION DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE AU FAUTEUIL A LA RESIDENCE DE BALLANCOURT

Suite à l'évaluation interne et externe de l'établissement en 2014, un manque de procédures, d'outils concernant l'utilisation de la contention physique au fauteuil a été identifié. Il a été primordial pour l'établissement de réaliser un travail sur la contention physique au fauteuil afin d'harmoniser les pratiques, d'apporter une meilleure qualité de soin et d'être en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Le travail réalisé est une démarche projet qui a débuté en mai 2015 à la résidence de Ballancourt.

Dans un premier temps un groupe projet a réalisé un diagnostic de la situation, puis a déterminé des objectifs à atteindre en termes d'indicateurs. Un plan d'action et un suivi sont mis en œuvre. L'évaluation de ce projet se réalisera annuellement par une évaluation des pratiques professionnelles (EPP).