



Université Paris Descartes – Faculté Cochin – Port Royal

L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE EN EHPAD

Diplôme Universitaire

Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD

Année Universitaire 2017/2018

Ursula Matondo Mbengo

Directrice de mémoire : Muriel Schwart

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Mme Muriel Schwart pour son soutien et ses conseils pour l'élaboration de travail.

Je remercie également l'équipe pédagogique pour leur disponibilité et leur réactivité.

Merci à ma famille, mes collègues et amis pour leurs encouragements tout le long de cette formation.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. CADRE DE REFERENCE

A- CONTENTION PHYSIQUE ET GENERALITES

- 1- Les différentes formes de contention physique
- 2- Les motifs d'utilisation
- 3- Les risques pour la personne âgée

B- LES ALTERNATIVES A LA CONTENTION PHYSIQUE

- 1- Approche physiologique
- 2- Mesures environnementales
- 3- Mesures relationnelles

C- LA MISE EN PLACE DE LA CONTENTION PHYSIQUE

- 1- Les différentes étapes de la mise en place de la contention physique
- 2- Le référentiel de pratique pour la contention

III. ENQUETE

A- METHODOLOGIE

B- RESULTATS

C- ANALYSE

IV. CONCLUSION

V. BIBLIOGRAPHIE

VI. ANNEXES

VII. RESUME

LISTE DES SIGLES UTILISES

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDEC : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat Coordinateur(trice)

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e)d'Etat

I. INTRODUCTION

L'utilisation de la contention physique en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes est un sujet controversé qui soulève plusieurs réflexions.

Selon la Haute Autorité de Santé, la contention physique dite passive est l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaires de tout ou une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

Or l'article 2 de la Charte des personnes âgées dépendantes indique que toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer de se déplacer et de participer à la vie de la société.

De plus l'article 3 de la Déclaration des Droits de l'Homme stipule que tout individu a le droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

On peut comprendre que la contention physique fasse polémique puisque sa définition est en contradiction avec les articles mentionnés précédemment qui mettent l'accent sur la qualité de vie de la personne âgée et sur ses droits individuels.

Mais quel comportement dangereux pourrait expliquer la mise en place de la contention physique ? L'analyse de la littérature montre que la crainte de la chute chez la personne âgée représente le premier motif d'utilisation de la contention. Selon l'HAS, une chute est considérée comme grave si elle a occasionné : un maintien au sol de plus d'une heure, une plaie nécessitant des points de sutures, un traumatisme crânien avec perte de connaissance, une fracture, un transfert ou un décès. La déambulation excessive ou encore l'agitation peuvent également être des motifs d'utilisation de la contention.

Sa pratique et son efficacité sont souvent remises en doute, car en effet, la contention physique augmenterait les chutes graves avec traumatismes (Tinetti *et al.* 2002 ; Evans *et al.*, 1989) et le risque de chute à répétition (Capezuti *et al.*, 1996). De plus l'incidence des chutes graves, avec lésions serait supérieure chez les résidents contentonnés.

Pourtant la contention physique est souvent utilisée dans les EHPAD. En effet selon l'HAS, la prévalence de la contention physique varie en établissement de long séjour varie de 19 à 84,6%. L'étude de Mr Vanhoucke (Vanhoucke *et al* 2003), réalisé en 2003 dans les services de gériatrie d'un CHU, retrouvait une prévalence de la contention physique de 72.7% ,En

2004, une étude menée par Mr Vedel (Vedel *et al* 2004) montrait un taux d'utilisation de la contention à hauteur de 70.7% . Mr Ghironi (Ghironi *et al* 2005) confirme ces chiffres avec une étude en 2005 et une prévalence à 80%.

A travers ces chiffres pourrions-nous dire que la contention physique serait indispensable ?

Existe-t-il des alternatives à la contention physique ? Sont-elles suffisantes pour éviter la mise en place de la contention ?

Toutes ces interrogations m'amènent à la problématique suivante :

« Comment justifier l'utilisation de la contention physique en EHPAD tout en veillant à une utilisation optimale dans le respect des recommandations de bonnes pratiques ? »

C'est ce dont je vais tenter de répondre à travers ce mémoire.

I. CADRE DE REFERENCE

A- CONTENTION PHYSIQUE ET GENERALITES

1- Les différentes formes de contention physique

La contention physique est un dispositif pouvant être en contact direct ou non avec la personne, il permet ainsi de limiter la mobilité et la liberté de mouvement empêchant une mise en danger pour lui-même ou son entourage.

Dans nos EHPAD, différentes formes de contention sont retrouvées tel que : les gilets, les sangles thoraciques, les grenouillères. Mais les plus utilisées en EHPAD restent les barrières de lit et les ceintures abdomino-pelviennes au fauteuil.

1.1- Les barrières de lits

C'est un dispositif fixé au lit médicalisé du résident. Le mot de contention est utilisé lorsque les deux barrières sont relevées entravant donc la libre circulation de la personne âgée. Pour Mr Hérou (Hérou et al. 2006), « la mise en place d'une seule barrière aidant la personne âgée à s'asseoir n'est pas considéré comme une contention physique à condition que le lit ne soit pas placé immédiatement contre le mur opposé. »

Toutes les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux au plus tard le 1^{er} avril 2018. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.

Elles sont conçues pour éviter la chute de la personne pendant son sommeil et non pour l'empêcher de sortir volontairement de son lit.

1.2- Les ceintures abdomino-pelviennes

Quant aux ceintures abdomino-pelviennes au fauteuil, elles limitent les mouvements vers l'avant et la mise en position debout. Le matériel utilisé doit bien évidemment être en bon état et adapté à la taille de la personne afin de garantir son confort et sa sécurité.

Elles sont indiquées pour une personne :

- Présentant un risque de chute majeur, c'est-à-dire qui tombera dès qu'elle sera debout
- Qui cherchera à se lever

- Pour laquelle on craint un glissement vers l'avant
- Qui se laisse glisser volontairement vers l'avant avec des chutes avérées
- En dernier recours suite à l'échec de toutes autres solutions concernant l'adaptation du positionnement au fauteuil.

Les barrières de lit ou la ceinture abdomino-pelvienne utilisées pour éviter les chutes, peuvent devenir un facteur déclenchant de chutes graves. Ceci peut se produire lorsqu'un résident agité ou atteint de démence peut tenter d'enjamber les barrières ou tente de se lever de son fauteuil roulant malgré la contention risquant ainsi d'entraîner dans sa chute son fauteuil.

Selon Mr Capezutti 1996 : « La contention physique augmente le risque de chute grave chez la personne âgée confuse ».

2- Les motifs d'utilisations

2.1- Le risque de chute

Selon l'HAS : « une chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ ».

Selon les études de Mr Restas (Restas et al 1997) ou encore Mr Berzlanovich (Berzlanovich et al 2012), la contention physique est le plus souvent utilisé pour prévenir les chutes de la personne âgée.

Les membres de l'association D. Gouthaine, Albi Gériatrie, différencient les chutes passives et les chutes actives.

Les chutes passives au fauteuil résultent de la fatigue, de l'inconfort ou de la mauvaise installation de la personne âgée, l'amenant à glisser de son fauteuil jusqu'à une position de chute sur les cales pieds.

Les chutes actives sont retrouvées lorsque la personne âgée tente de se mobiliser malgré des troubles de la marche évidents, par manque d'approbation du danger ou de ses capacités physiques.

Ces deux types de chutes peuvent se produire de façon répétée, en effet selon l'HAS, une chute est considérée comme répétitive dans la mesure où elle se produit plus de deux fois sur une période de douze mois. Mais également entraîner une chute grave, selon la définition de l'HAS 2005 : « Une chute est considérée comme grave si elle a occasionné : un maintien au

sol de plus d'une heure, une plaie nécessitant des points de suture, un traumatisme crânien avec perte de connaissance, une fracture, un transfert, un décès. »

En institution, la personne âgée, a un risque de chute particulièrement élevé aux conséquences graves :

- 1,5 chute par lit et par an en institution
- Taux de chuteurs : 30% pour une population âgée générale à 160% pour une population d'âge moyen 80 ans en institution
- Taux de chuteurs récidivants : en moyenne plus de la moitié des personnes âgées chuteuses récidivent dans l'année.

2.1.1- Déambulation et chute

Les personnes âgées déambulantes sont à grand risque de chutes car ces dernières surviennent le plus souvent lors de déplacements.

Selon la SFGG, la déambulation est définie comme : « un comportement répétitif de marche et de déplacement incessants, non contrôlable et à risque pour le patient. »

Dans ce cas, la chute peut être liée à une capacité fonctionnelle diminuée ou à un épuisement physique lié aux mouvements répétitifs.

2.1.2- Démence et chute

La démence est un facteur de chutes multiples et de chutes graves.

Rappel sur la démence :

Selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, la démence est définie par une détérioration globale des fonctions cognitives, d'installation progressive, ayant un retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

On rappelle qu'il existe plusieurs types de démence, les plus rencontrées dans les EHPAD sont : la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la démence parkinsonienne, la démence fronto-temporale.

Ces pathologies se traduisent par les troubles du langage, la désorientation temporo-spatiale, les troubles praxiques, les troubles attentionnels perturbant les capacités de double-tâche.

L'atteinte cérébrale entraîne également une déstructuration du schéma corporel, empêchant ainsi le résident à percevoir correctement les différentes parties de son corps. Ses déplacements sont ainsi marqués par une moins bonne coordination, une marche plus lente avec des pas plus courts.

De plus, les troubles cognitivo- comportementaux sont souvent associés à des troubles visuels : troubles de la perception des contrastes et de la profondeur.

2.2- Demande des soignants et de l'entourage familial

Les professionnels soignants que l'on retrouve dans les EHPAD sont nombreux avec des missions complémentaires :

- Les Infirmiers Diplômés d'Etat

Selon l'article R4311-2 du code de la santé publique : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et relationnelle avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. »

- Les Aides-Soignants Diplômés d'Etat

L'aide-soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier. Il réalise des soins liés aux actes de la vie quotidienne, en compensant ainsi un déficit ou une perte d'autonomie de la personne, tout en cherchant le maintien de l'autonomie restante. Ces soins s'inscrivent dans une dynamique des besoins de la personne, et notamment relationnels.

- Les Agents de services hospitaliers

L'Agent de Service Hospitalier veille au bien-être des résidents en assurant le confort de leur environnement par l'entretien des parties collectives et des chambres.

Les demandes de contention émanant des soignants et de l'entourage se font le plus souvent :

- Dans un but sécuritaire :

Les professionnels soignants expriment parfois une demande de contention physique dans un but sécuritaire. En effet, la contention est souvent associée à une impression de sécurité : absence d'errance, de chutes, poursuite des traitements, surveillance facilitée.

Une étude menée par E. Barbaragaza en 2006 auprès de soignants pour avoir leur ressenti sur la contention physique au sein d'un hôpital gériatrique parisien le prouve : « Les barrières, oui c'est une bonne chose, je pense qu'on continuera à nous en servir, on aura toujours les gens à protéger, les gens agités... Quand le patient est attaché on sait qu'il ne peut pas tomber, c'est sécurisant pour nous. »

De plus les familles pensent qu'une entrée en institution élimine le risque de chute du fait de la présence de nombreux soignants pouvant intervenir contrairement au domicile. La chute est perçue comme un évènement pouvant entraîner une hospitalisation voire même la mort, la contention physique restent alors pour eux une solution envisageable pour éviter ces risques.

Selon une étude menée par Mr Koopmans, (Koopmans et al. 1998), les familles privilégiaient la sécurité à la liberté de leurs proches.

- Par méconnaissances de la problématique :

Cette demande de contention par les soignants et les familles peut être la cause d'un manque connaissances sur le sujet. En effet, ceci peut laisser croire à des croyances erronées sur le sujet.

Dans l'étude menée par E. Barbaragaza, les soignants étaient dans l'incapacité de citer plus de deux risques encourus par la mise en place d'une contention physique et moins d'un tiers des soignants avait été formé sur le sujet.

3- Les risques pour la personne âgée

La littérature anglo-saxonne montre les répercussions physiques, psychologiques et sociales de la contention physique sur la personne âgée.

Physiques	<ul style="list-style-type: none">- Fonte musculaire- Perte d'appétit, anorexie- Dénutrition, déshydratation- Fausses routes- Encombrement bronchique- Strangulations- Fractures- Escarres- Lésions cutanées, hématomes
-----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinence urinaire et fécale
Psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation - Repli - Anxiété - Aggravation des troubles du comportement - Syndrome de glissement - Régression psychomotrice
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de dignité - Restriction des libertés individuelles - Sentiment d'emprisonnement

De plus, l'AFSSAP nous fournit quelques données de matériovigilances, en effet de 1999 à 2000, vingt cas avérés d'étouffements de patients avec des dispositifs destinés à assurer leur contention ont été signalés et enregistrés, 14 d'entre eux signalant le décès du patient. Ces étouffements sont la conséquence d'un étranglement au niveau du cou ou d'une compression au niveau du diaphragme.

B- LES ALTERNATIVES A LA CONTENTION PHYSIQUE

Au sein de l'EHPAD, l'IDEC en collaboration avec les différents acteurs médicaux et paramédicaux, doit pouvoir proposer des moyens permettant de proscrire la contention physique en dehors d'une situation d'urgence médicale.

1- Approche physiologique

Mr Watson (Watson et al. 1994) propose que les facteurs de risque de chute soient évalués pour diminuer la fréquence des contentions.

Il est important d'étudier et de traiter les facteurs individuels favorisant, comportementaux et précipitants contribuant au risque de chute.

- Facteurs individuels favorisants : âge supérieur à 80ans, antécédents de chute, pathologies neuro gériatriques (ex : Parkinson, dépression), troubles mictionnels, troubles locomoteurs et musculaires (ex : diminution de la force musculaire aux membres inférieurs, troubles de la marche, équilibre postural), diabète, réduction de l'acuité visuelle, prise de plus de quatre médicaments, prise de psychotrope(s), dénutrition.
- Facteurs individuels comportementaux : alcool, sédentarité, prise de risque (ex : automédication, non port de la correction visuelle et ou auditive), déambulation
- Facteurs individuels précipitants : cardiovasculaire (hypotension orthostatique, trouble du rythme...), neurologique (accident vasculaire cérébral...), ORL (vertiges), métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie), syndrome confusionnel, introduction d'un psychotrope et ou antihypertenseur, pathologie infectieuse aigue, déshydratation.

Lors de cette approche physiologique, l'IDEC devra faire intervenir :

- Le médecin traitant et ou coordonnateur afin d'effectuer une analyse des pathologies et traitements en cours pouvant être responsable de chutes chez la personne âgée.
- Le kinésithérapeute : qui agira sur la récupération du système locomoteur : les amplitudes articulaires, la force musculaire, l'équilibre statique et dynamique, la coordination, la rééducation à la marche et aux transferts, le plus souvent de façon analytique.
- Le psychomotricien : qui recherchera une harmonie corporelle et un bien-être physique, préviendra ou traitera les difficultés exprimées par le corps, utilisera des techniques de relaxation, d'expression corporelle, des activités sensorielles, de rythme et de coordination.

2- Mesures environnementales

Mr Werner (Werner et col) propose d'aménager l'environnement de la personne âgée et insiste sur la nécessité d'une approche individuelle.

- Sécurisation de l'environnement individuel : Elimination des obstacles entravant la circulation dans la chambre, optimisation de l'éclairage, mise à proximité de la sonnette et des objets personnels (lunettes, montre, eau, télécommande), éviter les tapis de sol, adaptation du mobilier : lit bas (< 45cm de hauteur), matelas de sol au bord du lit, freins de lits et de fauteuils activés, blocage des roues de l'adaptable.
- Le positionnement au fauteuil : Tout d'abord le fauteuil doit être adapté aux capacités motrices et fonctionnelles du résident. Le réglage et l'inclinaison de l'assise, des repose-pieds et de l'appui tête doivent permettre une installation optimale garantissant ainsi tout risque de chute et un confort maximal pour le résident. L'installation peut être améliorée si nécessaire grâce à la mise en place de coussins de positionnement ou encore de coussin anti escarre qui permettront d'obtenir une meilleure stabilité du résident, de diminuer les points de pression et limiteront ainsi l'inconfort lors de l'assise.

Pour une utilisation optimale, cinq critères sont à prendre en compte :

- Le type de fauteuil
- La largeur et la profondeur d'assise
- Le type et la taille du coussin
- Le type de dossier
- Les réglages et accessoires

Lors de cette approche environnementale, l'IDEC pourra solliciter :

- L'ergothérapeute : qui étudiera, concevra et aménagera l'environnement pour le rendre plus accessible. Il pourra proposer des solutions lors de difficultés de positionnement au lit ou au fauteuil à l'aide d'appareillage et matériels divers.

3- Mesures relationnelles et éducatives

- Education du résident et de sa famille : Veiller à ce que le résident ait des chaussures adaptées (talons larges et bas), proposer des soins de pédicurie si besoin, vêtements appropriés. Vérification du port de lunettes ainsi que de leur état et de leur propreté, recherche du dernier bilan ophtalmologique et renouvellement d'un bilan si besoin.

- Accompagnement et mobilité : S'assurer d'une mobilisation au moins deux fois par jour et assistance si nécessaire lors des déplacements, sensibilisation du résident sur les endroits à risques (escaliers, sols glissants), information sur les conditions d'une mobilité sécuritaire (barre d'appui, accès à l'éclairage, sur élévateur de toilette). Mr Evans (Evans et al. 1995) propose également une expérience basée sur la musicothérapie en alternative à la contention.
- Information et formation des équipes soignantes et des familles : L'arrivée d'un résident en EHPAD se fait le plus souvent dans un contexte de chute à domicile avec l'espoir qu'il n'y aura plus de chute grâce à cette entrée en institution. Cependant il est indispensable d'informer les familles que le risque zéro n'existe pas. Si l'EHPAD offre un environnement adapté et une présence soignante permettant de diminuer le nombre de chute et de réagir rapidement, il ne pourra jamais garantir une absence totale de chute, ceci doit être expliqué dès la visite de pré admission et répété durant l'institutionnalisation si nécessaire.

Mr Neufeld (Neufeld et al. 1995) propose de développer des programmes de formation du personnel de soin. En effet il est important de former les soignants sur les effets de la contention physique et ses alternatives.

Une action que l'IDEC pourra mener en collaboration avec :

- Le médecin coordonnateur : qui contribuera à la mise en œuvre d'une politique de formation et participera aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Il élaborera un plan de formation interne et externe et aura un temps dédié pour le personnel.
- Le psychologue : il pourra aider à déculpabiliser la famille de l'entrée en institution de leur proche, d'aborder les effets psychologiques de la contention sur la personne âgée. Auprès du personnel soignant, le psychologue aura pour fonction l'écoute et le conseil à travers des groupes de paroles afin que chacun puisse aborder leur vision sur la contention physique.

La mise en place d'alternatives à la contention physique, demande à l'IDEC de faire appliquer une de ses missions principales : la coordination entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux.

C- LA MISE EN PLACE DE LA CONTENTION PHYSIQUE

La contention physique peut être envisagée en cas d'échec des mesures alternatives vues précédemment et lorsqu'un danger à court terme est présent. Cependant sa mise en place doit être réalisée dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

Un algorithme décisionnel a été proposé par l'HAS pour orienter les médecins et l'équipe soignante dans la prise de décision. (Cf annexe 2 page 33)

1- Les différentes étapes de la mise en place de la contention physique

- L'information :

Selon l'HAS : « Le patient et ses proches devront être informés de la nécessité de la contention pour que la décision soit prise avec leur consentement. »

Selon l'article R.4127-35 du code de la santé publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. »

Le médecin se doit d'informer le résident et ses proches de la décision de la mise en place de la contention et doit être en mesure de la justifier et d'en expliquer le but recherché, le matériel utilisé, la durée et les risques de cette pratique.

- La prescription médicale :

Selon l'HAS : « La décision d'immobiliser au lit ou au fauteuil un sujet âgé est une décision médicale, éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante. »

Pour donner suite à l'information donnée au résident et sa famille, le médecin va donc procéder à la rédaction de la prescription médicale.

Le médecin coordonnateur peut également réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux et lorsque survient un risque exceptionnel ou collectif nécessitant une organisation adaptée aux soins.

Sur cette prescription doit apparaître :

- Le nom du prescripteur et sa signature
- Le nom du résident
- La date
- Le type de contention utilisé

- Le ou les motifs de la contention
- La durée
- Les risques à prévenir selon la contention utilisée
- Le programme de surveillance

Selon l'HAS, la prescription médicale doit être réévaluée toutes les 24h.

Un exemple de prescription médicale pour la contention du groupe Domus vi (Cf annexe 1 page 32)

- La surveillance

Comme nous l'avons vu précédemment, la contention physique comporte de nombreux risques d'ordres physiques, psychologiques et sociaux. C'est pourquoi selon le type de contention utilisé qu'une surveillance de la personne âgée doit être effectué et retransmis dans le dossier médical de ce dernier.

Selon l'HAS, une surveillance doit être effectuée au moins toutes les heures de l'apparition ou non de signes physiques lié à la contention.

Les paramètres physiques à prendre en compte concernent :

- La fonction respiratoire (encombrement bronchique, fausses routes...)
- L'état cutané (escarres, blessures, hématomes...)
- L'hydratation
- La continence

Une surveillance pouvant être effectué par l'ensemble de l'équipe soignante à des moments donné par exemple lors des soins d'hygiène, lors de l'installation au repas, de l'accompagnement aux animations, de l'installation à la sieste, du coucher etc.

De plus l'équipe soignante devra être vigilente sur les risques psychologiques pouvant être vécu par le résident contentonné tel que le repli sur soi ou la peur.

- Evaluation et arrêt de la contention

L'évaluation de la contention physique est quotidienne et se fait à travers la surveillance de l'apparition ou non de signes physiques, psychologiques et sociaux,

Une décision en équipe pluridisciplinaire devra suivre cette évaluation qui permettra de valider la poursuite ou non de la contention physique, « le but n'est pas de pérenniser une mesure qui présenterait plus de risque qu'elle n'apporterait des bénéfices »

2- Le référentiel de pratique pour la contention

L'HAS propose un référentiel pratique pour la contention basé sur 10 critères :

- Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.
- Critère 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice / risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.
- Critère 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.
- Critère 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- Critère 5 : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.
- Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité
- Critère 7 : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.
- Critère 8 : des activités, selon son état lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

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

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

III- ENQUETE

A- Méthodologie

Il était question de décrire la façon dont la contention physique est pratiquée dans différents EHPAD en utilisant la méthode du questionnaire d'enquête.

1- Population étudiée

Ce questionnaire s'adressait aux infirmier(es) coordinateur(trices). Les IDEC ayant répondu au questionnaire, venaient de trois départements différents (92, 95, 75), j'ai choisi de diffuser les enquêtes par mail, j'ai pu réceptionner 20 questionnaires sur 30 envoyés.

2- Conception du questionnaire

Les IDEC interrogés devaient dans un premier temps renseigner quelques données sur leur EHPAD, concernant le département, la population accueillie (le nombre de résident et le groupe iso ressource moyen pondéré (GMP)), le personnel présent (le nombre d'équivalents temps plein en médecin coordonnateur, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, infirmier.

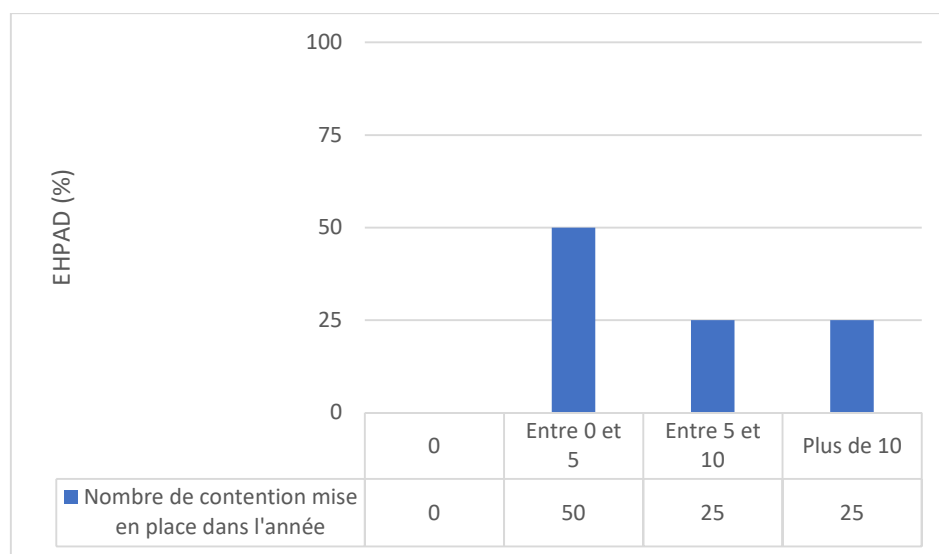
Les questions abordaient aussi bien les modes de contentions utilisés, les indications, les alternatives, l'information, la réévaluation et la prescription médicale.

Trois sur dix questions offraient la possibilité de donner une à plusieurs réponses, le reste des questions donnait la possibilité que de fournir une réponse. Certaines réponses pouvaient être approfondies par les IDEC interrogés.

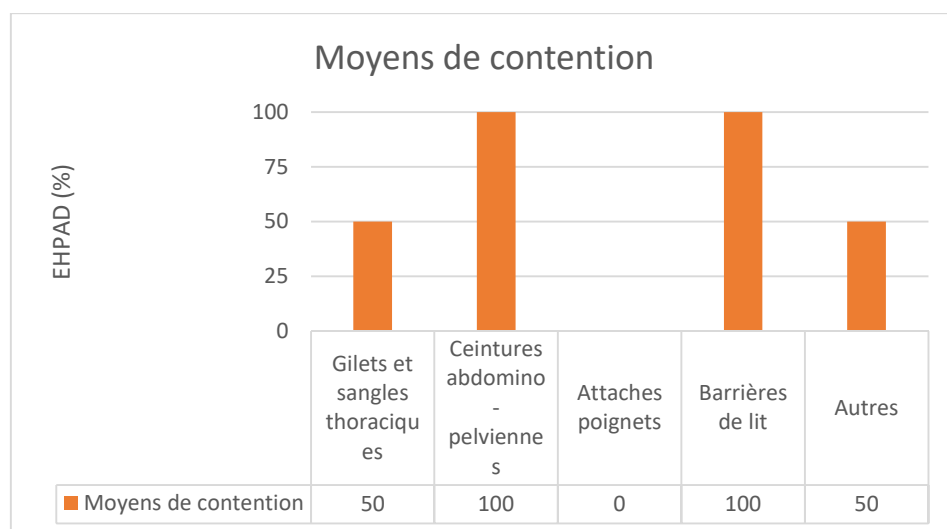
B- Résultats

Les résultats sont représentés sous forme de graphiques où chacun d'entre eux représente une question.

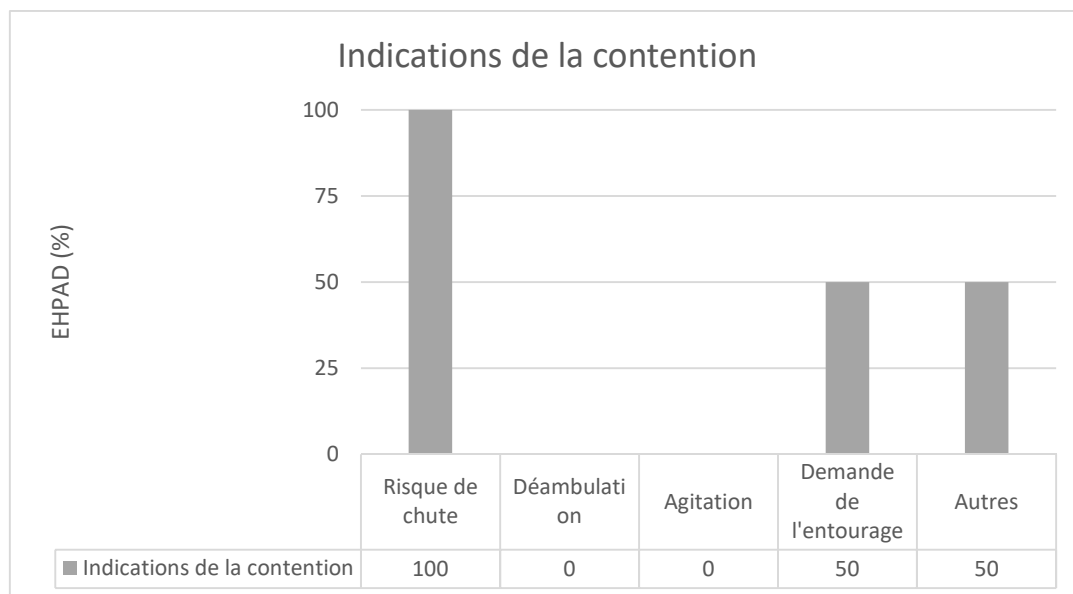
Graphique 1 : Nombre de contention mise en place dans l'année



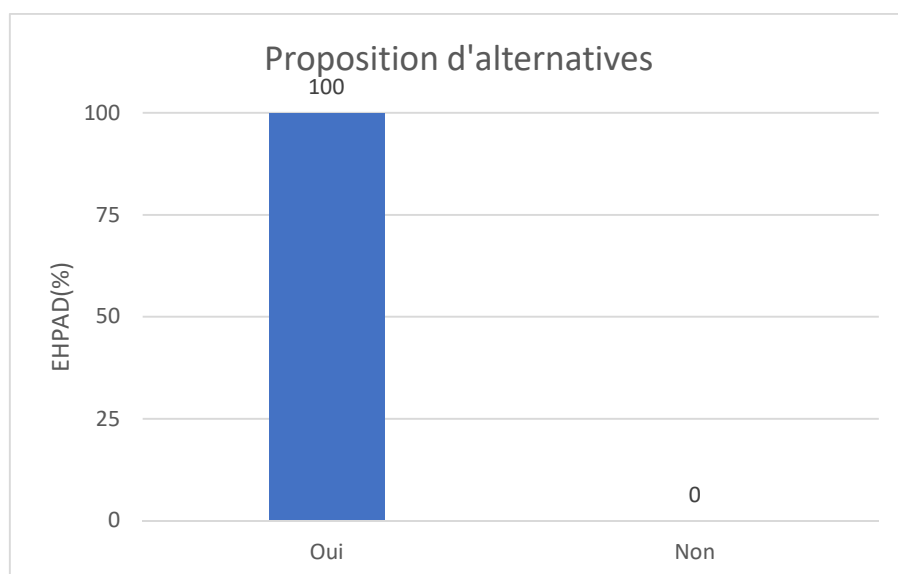
Graphique 2 : Moyens de contention utilisés



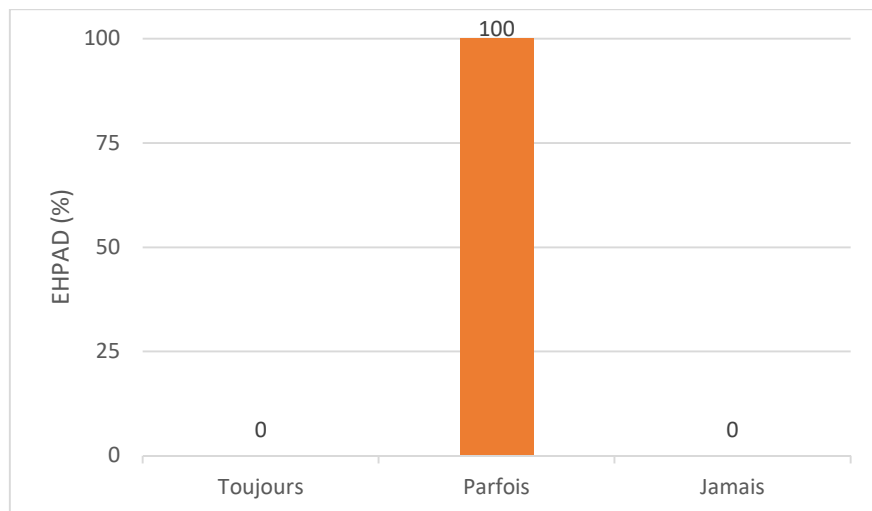
Graphique 3 : Indications de la contention physique



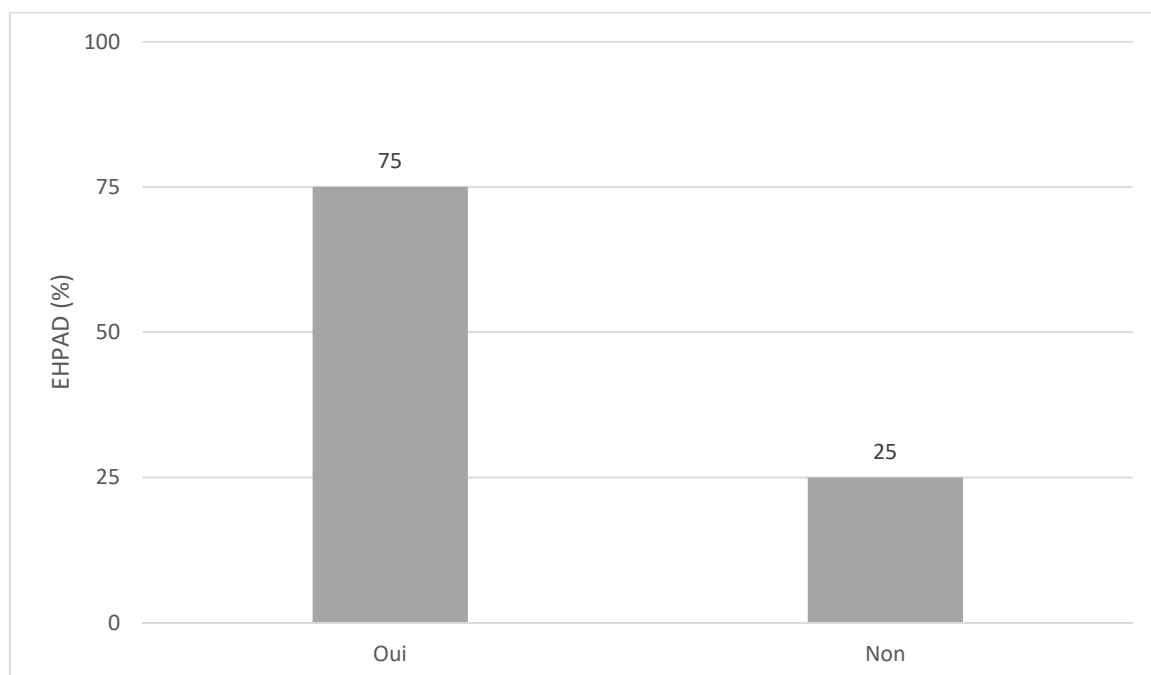
Graphique 4 : Proposition d'alternatives à la contention



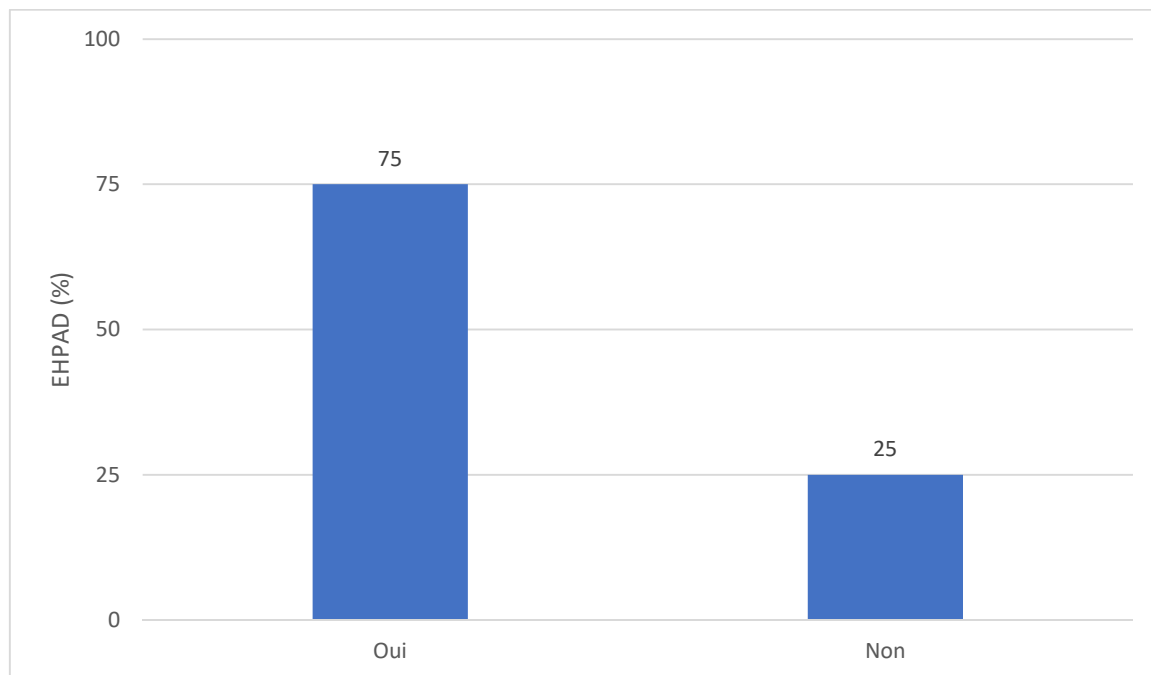
Graphique 5 : Ces alternatives sont-elles suffisantes pour éviter la mise en place de la contention physique ?



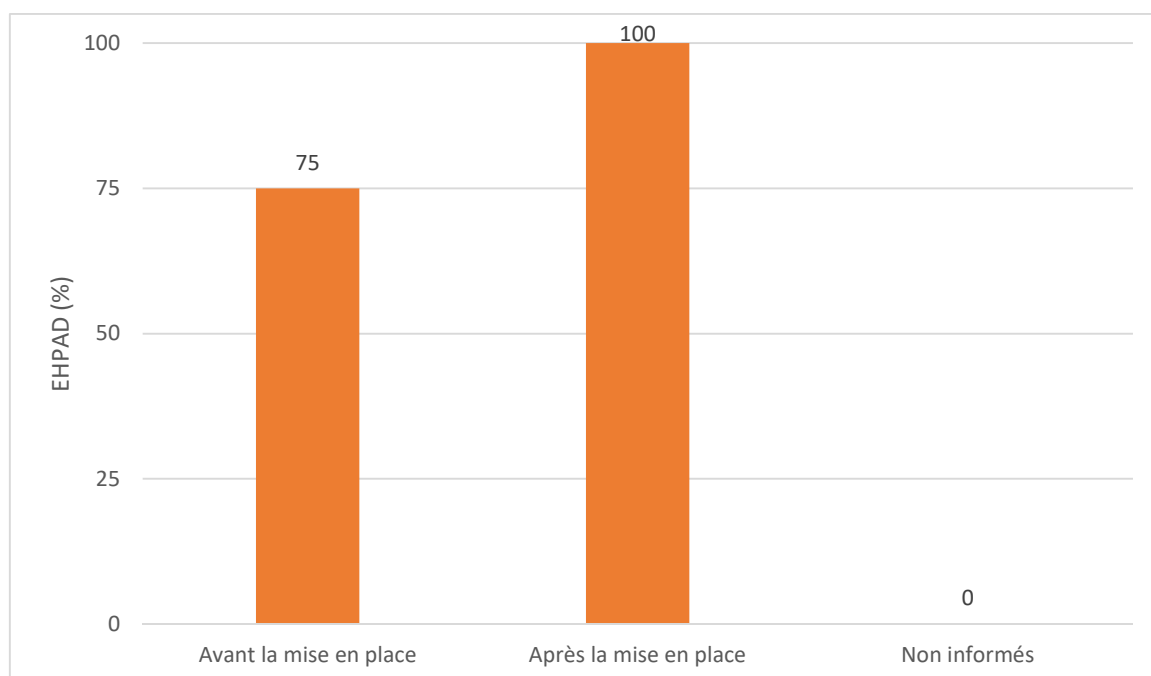
Graphique 6 : Proposition de formations sur les risques et alternatives à la contention



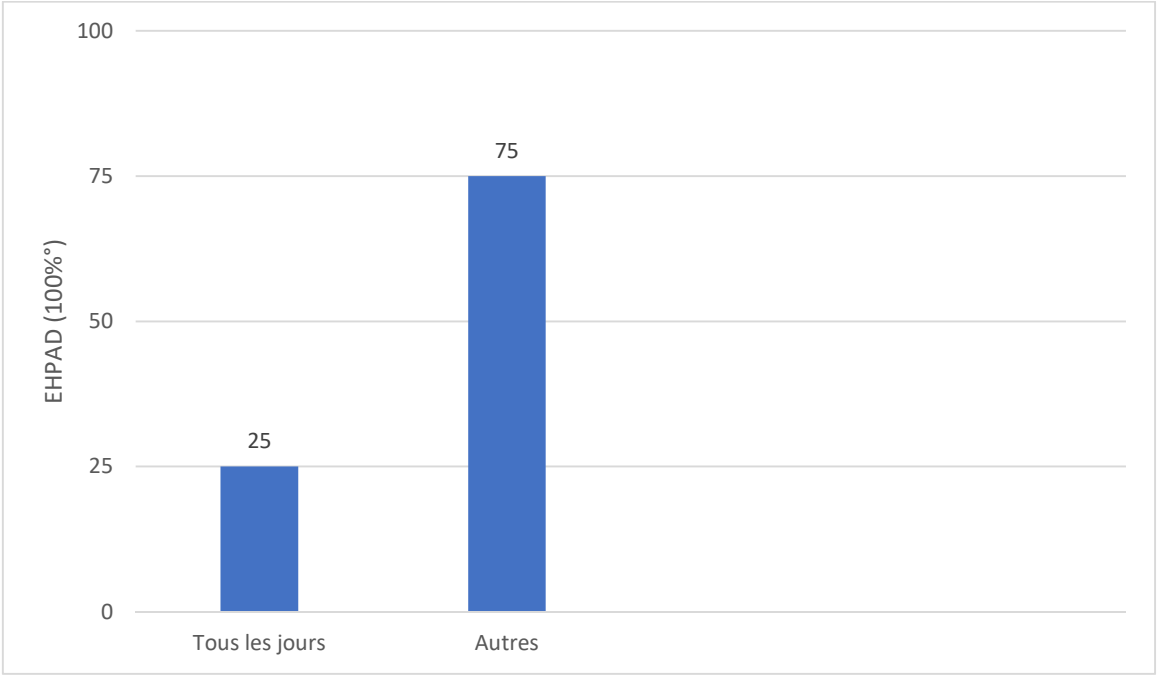
Graphique 7 : La mise en place d'une contention physique fait elle l'objet d'une réunion pluridisciplinaire ?



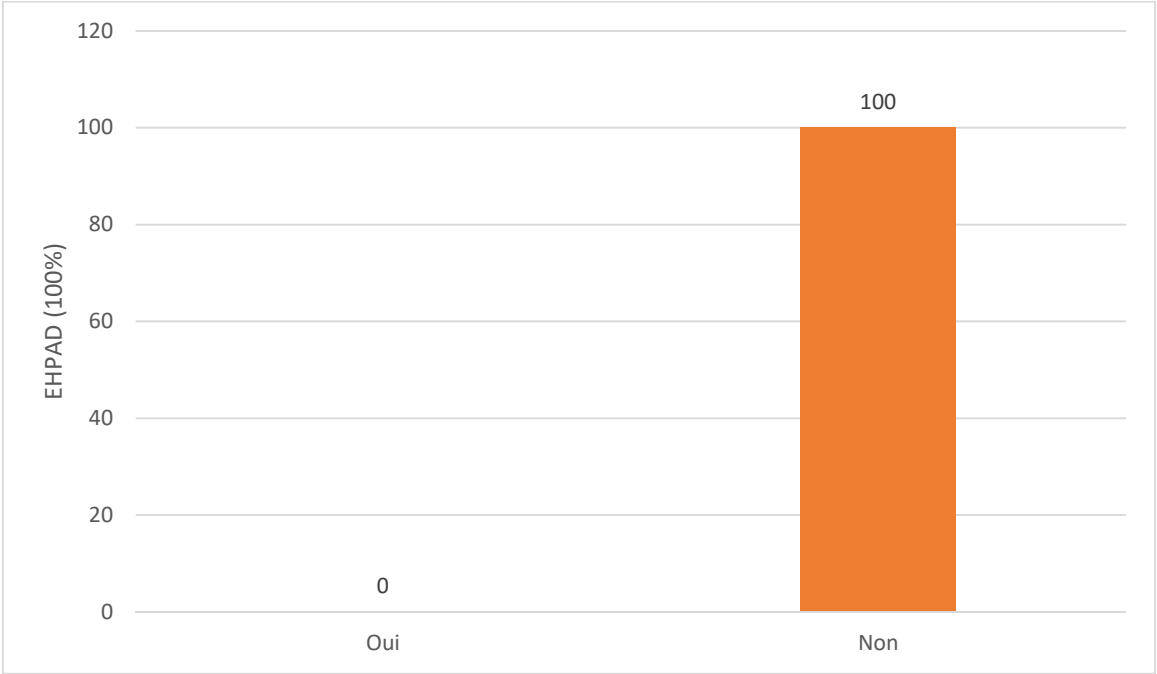
Graphique 8 : Information du résident et son entourage



Graphique 9 : Réévaluation de la contention



Graphique 10 : Réalisation d'une prescription médicale toutes les 24h



C- Analyse des résultats

1- Pratique de la contention physique en EHPAD

1.1) Mise en place de la contention physique

Selon l'HAS, la contention physique est utilisée en cas de risque de chute, de déambulation excessive et d'agitation.

La totalité des IDEC interrogés, rapporte que le risque de chute est la principale indication à la contention physique. 50% des EHPAD mettent en place la contention à la demande de l'entourage familial et à la demande du résident lui-même qui le plus souvent craint de tomber du lit durant son sommeil.

Le matériel le plus utilisé reste les barrières de lit et les ceintures abdomino-pelviennes. (100% des EHPAD interrogées). Les grenouillères, les gilets et sangles thoraciques sont utilisés par la moitié des EHPAD.

1.2) Alternatives à la contention physique

L'HAS recommande de proposer des alternatives à la contention physique.

100% des EHPAD proposent des alternatives à la contention. Les plus indiquées sont :

- Des fauteuils roulants adaptés : avec une inclinaison suffisante évitant ainsi le port de la ceinture abdomino-pelvienne.
- Le lit Alzheimer
- Le matelas au sol
- Le renforcement des séances de kinésithérapie et de psychomotricité
- Une déambulation en secteur protégé

La totalité des EHPAD admettent que ces alternatives ne sont pas systématiquement suffisantes pour éviter la mise en place de la contention.

1.3) Formation du personnel sur la contention physique

75% des EHPAD proposent des formations sur les risques et alternatives à la contention physique de façon annuelle ou mensuelle.

Sa mise en place fait également l'objet d'une décision pluridisciplinaire dans 75% des cas faisant intervenir majoritairement :

- Psychologue
- Psychomotricien(nne)

- Médecin coordonnateur
- Infirmier (ère) coordinateur(trice)
- Infirmier(e)
- Aide-soignant
- Kinésithérapeute
- Médecin traitant

1.4) Information du résident et de l'entourage familial

Selon l'HAS, le résident et sa famille doivent être informés des indications de la contention et leur consentement doivent être recherché.

75% des EHPAD informent le résident et son entourage avant la mise en place. Cependant la totalité des EHPAD interrogés informent une fois la contention installée.

1.5) Réévaluation de la contention

Selon l'HAS, une évaluation de l'état de santé de la personne âgée et des conséquences de la contention doit être réalisée au moins toutes les 24h.

Seul 25% des EHPAD effectuent une surveillance de façon quotidienne. Les 75% restant réalise une réévaluation :

- En cas de changement de l'état de santé
- En cas de danger

Cette surveillance est réalisée dans la majorité des cas par :

- L'infirmier(ère)
- L'aide-soignant
- L'infirmier(ère) coordinateur (trice)

Selon l'HAS, la contention si nécessaire, doit être motivée par une prescription médicale toutes les 24h.

Aucuns des EHPAD interrogés réalisent une prescription médicale toutes les 24h après réévaluation de la contention physique.

Pour la majorité des EHPAD cette prescription médicale est réalisée de façon :

- Mensuelle
- Trimestrielle
- Annuelle

2) Les points forts en EHPAD

A travers cette enquête, les recommandations de bonnes pratiques sont en partie bien appliquées.

- Proposition d'alternatives à la contention
- Formation du personnel soignant sur les risques et les alternatives à la contention physique
- Réunion pluridisciplinaire avant sa mise en place
- Information du résident et de l'entourage familial avant et après la mise en place de la contention

3) Les points à améliorer

L'enquête a également soulevé quelques points à améliorer dans les EHPAD :

- La réévaluation

L'enquête révèle que l'évaluation de l'état de santé du sujet âgé contentonné n'est pas faite systématiquement de façon quotidienne mais uniquement selon l'état de santé et en cas de danger pour lui-même ou autrui.

Or selon l'HAS, elle doit être réalisée au moins toutes les 24h et retranscrite dans le dossier du patient.

On peut se demander pourquoi cette surveillance n'est pas faite de manière quotidienne. Les réponses apportées par les IDEC sont :

- Le manque de temps
- Le manque de personnel soignant

Pour remédier à ce problème l'IDEC doit faire appel à ses capacités managériales en désignant un référent contention qui aura pour missions les soins et la surveillance de la personne contentonnée. Le référent devra s'assurer :

- De la liberté de mouvement du résident
- Du maintien d'un bon cadre de vie
- De la surveillance de l'apparition d'une incontinence
- De veiller à une bonne hydratation
- Du maintien de la sociabilisation avec d'autres résidents et du personnel soignant

- De la surveillance de l'état psychologique du patient

De plus selon l'enquête, si la contention est reconduite après réévaluation, elle ne fait pas l'objet d'une prescription médicale motivée toutes les 24h.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins intervenant dans les établissements à la demande des soignants sont des médecins libéraux. Ils ne sont donc pas rattachés à l'établissement contrairement au médecin coordonnateur, ce qui rend donc difficile une prescription médicale quotidienne.

Cependant certains EHPAD, utilise une prescription médicale faite par le médecin traitant du résident valable un an et réévaluée tous les mois par le médecin coordonnateur. D'autres EHPAD utilise une prescription trimestrielle.

Ceci permet d'allier la disponibilité des médecins libéraux avec les besoins de l'établissement et de s'adapter à la réalité du terrain.

Le rôle de l'IDEC dans ce cas sera de s'assurer en collaboration avec le MEDCO, du renouvellement des ordonnances de contention selon la validité choisie par l'EHPAD et de faire intervenir le médecin traitant si nécessaire.

- La traçabilité

Parfois la contention n'est pas tracée dans le dossier de soins informatisé ou papier ni dans le plan de soins du résident.

Il est du devoir de l'IDEC de s'assurer de la qualité et de la continuité des soins en vérifiant que le plan de soin de résident soit à jour et fasse apparaître le type de contention ainsi que la date de mise en place et d'évaluation.

La contention doit apparaître également dans le dossier du résident et chaque surveillance ou modification doit figurer dans le dossier.

IV- CONCLUSION

Avant d'envisager la mise en place d'une contention physique, plusieurs étapes sont à réaliser en équipe pluridisciplinaire.

Tout d'abord il est important une fois le risque identifié, d'évaluer l'état de santé du résident, de rechercher les causes médicales ou les traitements pouvant être responsable des troubles, de mettre en place les ajustements thérapeutiques nécessaires et d'en évaluer leur impact sur le risque identifié.

Si le risque perdure, il est important de rechercher des alternatives à la contention.

C'est uniquement en cas d'échecs des alternatives et après évaluation des bénéfices / risques que la contention physique peut être envisagée.

En raison des risques physiques, psychologiques et sociaux qu'elle entraîne pour le résident, la contention doit rester un choix de dernier recours. Malgré les raisons qui conduise à l'utiliser, il est important de rappeler qu'elle constitue une limitation de liberté de mouvement.

Il conviendra d'y avoir « recours le moins possible, le mieux possible et le moins longtemps possible ». (ANAES, 2000 p.15)

Faut-il pour autant mener une politique « zéro contention » en EHPAD ? Il serait intéressant de s'interroger sur le sujet.

BIBLIOGRAPHIE

VANHOUCKE Vet al. (2003). *La contention physique de la personne âgée : audit en milieu gériatrique. Rev Geriatr ; 28 : 707-14.*

CAPEZUTI E (1996). *Physical restraint use and falls in nursing home residents. J Am Geriatr Soc ; 44 : 627-633.*

GHIRONI N. (2005). *Contention physique en gériatrie : dispositifs médicaux et vigilance. Revue francophone de gériatrie et de gérontologie ; 12 : 78-82.*

EVANS L.K. (1989). *Tying down the elderly: a review of the literature on physical restraint. J Am Geriatr Soc ; 37 : 65-74.*

TINETTI M.E. (2002). *Mechanical restraint use and fall related injuries among residents of skilled nursing facilities. Ann Intern Med ; 116 : 369-74.*

VEDELI(2004) *La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES p 153*

ANAES (2000) *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*

SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE (2007) *Les bonnes pratiques de soins en EHPAD*

ANNEXE 1

Domus

PRESCRIPTION INITIALE MEDICALE
DE CONTENTION

NOM :

PRENOM :

CHAMBRE :

DATE :

MOTIF :

- Altération de l'état générale
- Risque de chute du fauteuil
- Risque de chute du lit
- Souhait du résident
- Autre.....

TYPE :

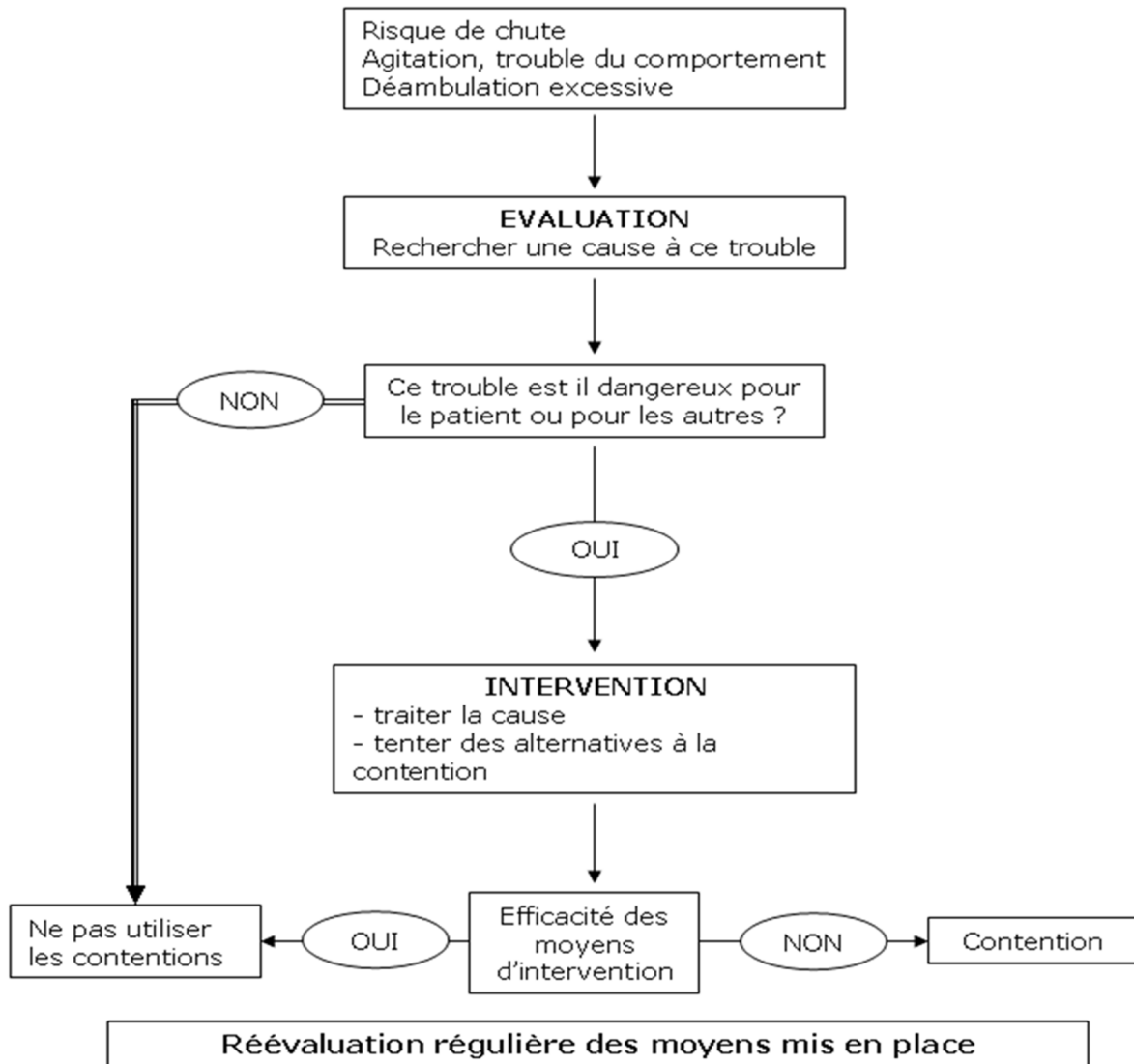
- Barrières de lit
- Ceinture abdominale avec maintien pelvien

SURVEILLANCE QUOTIDIENNE DES RISQUES LIES A LA CONTENTION

En tant que médecin traitant, je délègue à ma consœur le médecin coordonnateur, le renouvellement mensuel de cette prescription pour une durée d'un an.

..... Cachet du médecin prescripteur et signature :

ANNEXE 2



ANNEXE 3

Questionnaire d'enquête sur l'utilisation de la contention physique en EHPAD

Objectif : Ce questionnaire a pour but de comprendre la manière dont est pratiquée la contention physique au sein de votre EHPAD. Je vous prie de bien vouloir fournir quelques données sur votre EHPAD et de répondre aux questions.

Département :

Nombre de résidents :

GMP :

Nombre d'ETP : Médecin coordonateur (...) Psychomotricien (...) Psychologue (...)

Ergothérapeute (...) Kinésithérapeute (...) Infirmier (...)

1) Quel est le nombre de résidents ayant nécessité la mise en place d'une contention depuis le début de l'année ?

- 0
- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

2) Quels sont les moyens de contention utilisés ?

- Gilets et sangles thoraciques
- Ceintures abdomino-pelviennes
- Attaches poignets
- Barrières de lit
- Autres :

3) Quels sont les indications de la contention physique ?

- Risque de chute
- Déambulation
- Agitation
- Demande de l'entourage familial

- Autre :
- 4) Des alternatives à la contention physique sont-elles proposées dans le cas d'un risque de chute ?
- Oui : lesquelles ?.....
 - Non
- 5) Ces alternatives suffisent-elles à éviter la mise en place de la contention physique ?
- Toujours
 - Parfois
 - Jamais : pourquoi selon vous ?.....
- 6) Des actions de formations sur la contention physique (risques et alternatives) sont-elles proposées ?
- Oui : A quelle fréquence ?.....
 - Non
- 7) La mise en place d'une contention physique fait elle l'objet d'une réunion pluridisciplinaire ?
- Oui : Quels sont les professionnels concernés ?.....
 - Non
- 8) Le résident et son entourage sont informés :
- Avant la mise en place
 - Après la mise en place
 - Non informés
- 9) A quelle fréquence la tolérance de la contention est évaluée et retranscrite dans le dossier?
- Tous les jours
 - Autre :.....
- 9a) Par qui ?.....
- 10) Une prescription médicale est réalisée toutes les 24h jusqu'à l'arrêt de la contention ?
- Oui
 - Non : A quelle fréquence

RESUME

Le but était de comprendre pourquoi et comment est utilisé la contention physique en EHPAD ainsi que le rôle de l'IDEC dans ce processus.

Une étude a été menée auprès de 20 IDEC par le biais d'un questionnaire d'enquête qui a été construit sur la base des recommandations de l'HAS d'octobre 2000 « limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée ». Ce qui a permis de voir les mesures les moins appliqués tel que la réévaluation et la traçabilité et les mesures les mieux respectées tel que la formation du personnel sur les alternatives et les risques à la contention, les décisions pluridisciplinaires et l'information du résident et de l'entourage familial.

SUMMARY

The goal was to understand why and how the physical contention in EHPAD is used as well as the role of IDEC in this process.

A study was conducted with 20 IDEC through a survey questionnaire which was constructed on the basis of the recommendations of the October 2000 "limiting the risks of physical restraint in the elderly person". This has resulted in the least-applied measures such as re-evaluation and traceability and the most respected measures such as staff training on alternatives and risks to contention, multidisciplinary decisions and the information of the resident and the family entourage.