



Mémoire 2024

DU Médecin Coordonnateur/ Infirmière coordinatrice en EHPAD/SSIAD

CONTENTIONS PHYSIQUES PASSIVES
Du savoir des soignants au projet managérial.

Marie Michèle **ATEBA**, Céline **GRÉGOIRE**, Valérie **JOSIE**, Nathalie **LOURENCO**, Maxime **MONTAGNE**, Angeline **THOMAS**

DIRECTRICE DE MÉMOIRE : Mme **MALONGA** Cynthia

Tables des matières

Remerciements	p.4
Résumé	p.5
Abstract	p.6
Liste des abréviations	p.7
I.Introduction	p.8
II.Cadre conceptuel	p.9
a) Evaluation globale multidisciplinaire et multidimensionnelle	
b) Principales indications à l'indication	
c) Evaluation et surveillance	
d) Facteurs de vulnérabilité	
e) Risque de la contention	
f) Information du résident et/ou de la personne de confiance	
III.Méthodologie	p.11
a) Population d'étude	
b) Critère d'inclusion	
c) Critère d'exclusion	
d) Réalisation du questionnaire	
e) Description des questionnaires	
f) Nombre de questionnaires nécessaires	
g) Méthode de collecte des données	
h) Analyse des données	
i) Limites des données collectées	
IV.Analyse des résultats	p.15
a) Caractéristiques des structures	
b) Comparaison du pourcentage de résidents, ayant au moins une contention, selon la présence ou non d'un professionnel formé	
c) Population d'étude	
d) Formation	
e) Les contentions physiques dites passives et leurs indications pour les soignants	
f) Conséquence de la contention physique	
g) Cadre de la prescription	
h) Symbolique perçue par les soignants	
V.Discussion	p.24

- a) Critique de notre étude
- b) Discussion des résultats

VI.Projet managérial **p.29**

VII.Conclusion **p.31**

VIII.Bibliographie **p.32**

IX.Annexes **p.33**

- a) Annexe 1: Questionnaire contentions physiques
- b) Annexe 2: Questionnaire établissements

Remerciements

Merci au docteur François Catelain qui avait accepté de nous guider dans ce mémoire mais qui pour raison personnelle n'a pu nous accompagner jusqu'au bout et nous remercions Mme Cynthia Malonga qui a accepté de prendre le relais de la direction de ce travail.

Merci à tous les intervenants de ce DU coordination en EHPAD, aux soignants ayant répondu aux questionnaires, et à nos directions respectives d'avoir accepté notre inscription à ce DU.

Angeline remercie Maxime d'avoir fait le copilote (fallait bien qu'il récupère un peu...), merci aux cafés qui lui ont permis de tenir les cours du Vendredi.

Maxime remercie Angeline d'avoir fait le pilote, même si elle parle beaucoup (il aurait quand même bien aimé dormir en voiture, pour récupérer des 2 jours épuisants du DU), Céline pour avoir fait le sale boulot (les stats et graphiques), et Valérie pour ces histoires d'IDEC (enfin une vraie infirmière !!!)

Céline remercie tous les camarades du mémoire qui se sont investis dans ce travail et les beaux échanges qu'ils ont pu avoir autour de ce sujet (et de bien d'autres sujets). Elle ne pensait pas découvrir la Normandie en s'inscrivant à ce DU.

Valérie remercie Maxime et sa femme de nous avoir accueillies dans leur belle maison normande pour un weekend de travail bien efficace, remercie Céline pour la super brioche aux pépites de chocolat et la découverte de ce joli patelin à la recherche des Sylvanians perdus et remercie Angeline pour sa joie et sa bonne humeur constantes !!

Nathalie remercie à nouveau Cynthia Malonga pour sa présence, sa réactivité, son professionnalisme et surtout son humanité. Elle remercie également l'ensemble des camarades du mémoire pour tout. Sans oublier sa famille, son père qui la regarde de là-haut et sa mère qui lutte toujours contre la maladie et bien sûr son conjoint pour tout son amour et son soutien. .

Résumé

CONTENTIONS PHYSIQUES PASSIVES : Du savoir des soignants au projet managérial.

La mise en place d'une contention physique dite passive est une atteinte à la liberté d'aller et venir. Pour tenter de comprendre le nombre de contentions physiques dans nos établissements, nous nous sommes interrogés sur la formation des agents travaillant en établissement médico-social ou sanitaire. Est-ce que le nombre de contentions dans nos établissements dépend du niveau de formation des soignants?

Nous avons réalisé une étude descriptive dans 7 structures sanitaires et médico-sociales à l'aide d'un questionnaire s'intéressant à la formation reçue par les soignants salariés de ces structures et recueillir leurs connaissances au sujet des contentions physiques dites passives.

L'analyse porte sur 173 questionnaires sur les 177 recueillis. Le taux de prévalence de résidents contenus, tous établissements confondus, est de 23,3%, mais semble moins sur les établissements ayant un médecin coordonnateur, et/ou une ergothérapeute/psychomotricien et/ou un référent contention. Un peu plus de 40% des soignants (hors agent de service hospitalier) déclarent ne pas avoir eu de formation, ni initiale, ni en interne.

Les connaissances concernant la contention sont partiellement acquises mais l'absence ou le manque d'encadrement se révèlent être le dénominateur commun au manque de suivi et de réflexion sur les contentions et ainsi participent à leur nombre encore trop élevé. Il convient donc de développer un projet managérial pour encadrer, diminuer voire tendre vers le zéro contention avec un état des lieux des contentions physiques dans la structure, la mise en place des commissions 'contention', une formation complète aux équipes sur les indications, mise en place, surveillance.

Abstract

PASSIVE PHYSICAL RESTRAINTS : from caregivers'knowledge to the managerial project.

The implementation of so-called passive physical restraint is an attack on the freedom to come and go. To try to understand the number of physical restraints in our establishments questioned the training of agents working in medico-social or health establishments. Does the number of restraints in our establishments depend on the level of training of caregivers?

We carried out a descriptive study in 7 health and medico-social structures using a quiz focusing on the training received by employed caregivers in these structures and collecting their knowledge on the subject of so-called passive physical restraints.

The analysis concerns 173 quizzes out of the 177 collected. The prevalence rate of contained residents, all establishments combined, is 23,3%, but seems less in establishments with a coordinating doctor, and or an occupational therapist/psychomotor therapist and/or restraint referent. Just over 40% of caregivers (excluding hospital service workers) say they have had no training, either initial or internal;

Knowledge concerning restraint is partially acquired but the absence or lack of supervision proves to be the common denominator in the lack of monitoring and reflection on restraints and thus contributes to their still too high number. It is therefore appropriate to develop a managerial project to supervise, reduce or even move towards zero restraint with an inventory of physical restraints in the structure, the establishment of restraint committees, complete training for teams on the indications, implementation, monitoring.

Keywords: physical restraints, training, managerial project.

Liste des abréviations

AS : Aide Soignant

AES : Accompagnant Éducatif et Social

AMP : Aide Médico Psychologique

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins

ASG : Assistant de Soins en Gérontologie

ASH : Agent de Service Hôtelier

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CSMS: Commission Sociale et Médico Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESMS : Etablissement de soins médico-sociaux

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

I: Introduction

Les évaluations externes des établissements de santé médico-sociaux (ESMS) ont été introduites par la loi du 24 juillet 2019 (1). Pour cela les ESMS peuvent s'appuyer sur un référentiel édité par le collège et la Commission sociale et médico-sociale (CSMS) de la HAS. Dans ce manuel, des critères sont obligatoires, dont "Les professionnels soutiennent la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée"(2). Dans nos établissements un des facteurs de restrictions de cette liberté est la mise en place d'une contention.

La contention physique dite passive se définit par l'utilisation de tout moyen, méthode, matériel ou vêtement, empêchant ou limitant les capacités de mobilisation de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté (3).

En échangeant sur cette problématique commune dans nos établissements (EHPAD, SSIAD, HAD), nous nous sommes rendus compte que la mise en place d'une contention dite passive ne répond pas toujours aux critères de bonnes pratiques définis par l'HAS. Nous avons également remarqué que certains soignants sont assez réticents à réduire le nombre de contention dite passive. Pourtant, la liberté d'aller et venir dans nos établissements est un critère de qualité fondamental faisant tendre l'équipe managériale vers un objectif "zéro contention".

Devant ce constat, nous nous sommes demandés si cette différence de point de vue ne venait pas d'un défaut de formation des soignants ou de connaissances erronées sur la contention dite passive.

Volontairement nous avons choisi de ne nous intéresser qu'aux contentions physiques dites passives et non à la totalité des contentions (physique, médicamenteuses et architecturales).

A travers ce travail, nous avons cherché à évaluer les connaissances actuelles des soignants sur la contention physique dite passive dans le but de mettre en place un projet managérial pour tenter de diminuer le nombre de ces contentions

II. Cadre conceptuel

Recommandations de l'ANAES sur l'utilisation des contentions (3).

Il est à rappeler tout d'abord la loi fondamentale de la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 (art. 3) : *'Tout individu a droit à la vie, à la liberté, et à la sûreté de sa personne'* (4)

a) Evaluation globale multidisciplinaire et multidimensionnelle :

En dehors de l'urgence, la décision d'une contention doit être motivée dans le dossier médical du résident. Cette décision est prise en réunion pluri professionnelle (médecin coordonnateur, IDEC, infirmières, équipes soignantes, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien...). Il est suggéré que cette discussion soit intégrée au cours d'une commission chute.

Dans le dossier médical du résident doivent figurer les indications de la mise en place de la contention, les mesures alternatives à la contention essayées et n'ayant pas fonctionné, la réflexion bénéfique/risque de la contention, la contention choisie, ses risques, la surveillance à réaliser et sa durée.

L'arrêt de la contention physique est également discuté au sein d'une réunion pluri professionnelle.

La décision finale, de la mise en place et de l'arrêt de la contention physique, reste de la responsabilité médicale et se fait sur prescription.

b) Principales indications à la contention :

- risque de chute
- agitation, trouble du comportement, confusion
- déambulation excessive

c) Evaluation et surveillance :

- Surveillance accrue et organisée à intervalles réguliers
- Programmée dans le plan de soin
- Réévaluation régulière, dans l'idéal journalière
- Le résident est décontentionné aussi souvent que possible
- Maintenir un contact relationnel de qualité et favoriser le maintien dans la vie de l'établissement

d) Facteurs de vulnérabilité augmentant les risques de la contention et d'évolution vers un état grabataire :

- Âge avancé > 75 ans

- Antécédents de chute
- Incontinence urinaire et nycturie
- Autonomie et mobilité réduite
- Altération de l'état cognitif et du jugement (désorientation, confusion)
- Faiblesse musculaire, état nutritionnel.

e) Risques de la contention :

- infections nosocomiales
- escarres aux points d'attaches ou aux points d'appui
- perte d'appétit, déshydratation, fausses routes
- contractures, diminution de la force musculaire, fonte musculaire, déconditionnement musculaire à l'effort
- constipation, rétention aiguë d'urines ou au contraire incontinence
- apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation ou au contraire d'un repli
- anxiété, dépression, troubles psychologique
- thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire
- perte d'autonomie, altération de l'état générale
- diminution de la qualité de vie
- augmentation de la mortalité
- risque de chutes graves plus important, responsable de fracture, blessure, hématome, trouble de conscience, hospitalisation, décès (barrières de lit, ceinture abdomino pelvienne...)

f) Information du résident et/ou de la personne de confiance :

- Le résident et ses proches doivent être informés de la nécessité de contention pour que la décision soit prise avec leur consentement. Ce consentement doit apparaître dans le dossier médical.
- Les raisons et les indications de la contention utilisée, les méthodes utilisées, la durée prévisible de la contention ainsi que la surveillance liée sont expliquées.

III : Méthodologie

Afin de répondre à ce questionnaire concernant les connaissances actuelles des soignants, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative transversale descriptive sur la période du 1er au 30 juin 2024.

a) Population d'étude :

Sept centres de recherches ont été sélectionnés, correspondant à nos différents lieux d'exercice :

- EHPAD 1 : La Source (Calvados),
- EHPAD 4 : Le jardin d'Elsa (Calvados),
- EHPAD 3: Les épicéas (Orne),
- EHPAD 5 : Résidence Roger Teullé (Hauts de Seine),
- EHPAD 2 : Résidence Le Tilleul (Yvelines),
- HAD Nord Yonne (Yonne),
- SSIAD (Paris 12ème).

b) Critères d'inclusion :

- professionnels exerçant au sein d'une des structures sélectionnées
- professionnels soignants (IDE, AS, AVS, AMP, AES, ASG, ASH aux soins, psychologue...)

c) Critères d'exclusion :

- professionnels ne faisant pas partie des critères d'inclusion
- professionnels intérimaires / remplaçants
- étudiants
- le personnel administratif
- les médecins

d) Réalisation du questionnaire soignants

Une pré-enquête a été réalisée dans l'EHPAD Le jardin d'Elsa auprès de certains soignants répondant aux critères d'inclusions pour recueillir quelques données concernant leurs connaissances (indications, mises en place) des différents types de contention physique. Ces données ont été croisées avec les données de la littérature pour rédiger notre questionnaire.

e) Description des questionnaires

Notre questionnaire soignant se divise en 4 parties :

- une première partie visant à connaître le profil de nos répondants : profession, ancienneté, type de structure, tranche d'âge.
- une deuxième partie visant à connaître la formation reçue par les répondants au sujet des contentions.
- une troisième partie visant à connaître quelques caractéristiques concernant l'établissement où exercent les soignants : présence d'un médecin coordonnateur, d'un ergothérapeute ou psychomotricien, de commission contention, de référent contention.
- une quatrième partie visant à tester les connaissances des répondants au sujet des contentions physiques dites passives : les différents types de contention physique, leurs indications, leurs effets indésirables, le mode de décision de leur mise en place.

Un deuxième questionnaire concernait les établissements sélectionnés pour connaître :

- le nombre de résidents accueillis,
- le nombre et les moyens de contentions utilisés au moment de l'étude,
- la présence ou non de professionnels (médecin coordonnateur, ergothérapeute, psychomotricien, référent contention),
- la réalisation ou non d'une commission contention.

f) Nombre de questionnaire nécessaires

Notre population totale d'étude répondant aux critères d'inclusion dans les sept centres est de 242 agents.

En utilisant la formule de Cochran avec un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur à 5%, la taille de l'échantillon souhaité pour être représentatif de notre population est ainsi de 149 questionnaires.

g) Méthode de collectes des données

Les questionnaires ont été remis par les chercheurs auprès des soignants de leur établissement. Les répondants remplissent leur questionnaire avant de le rendre au chercheur. La collecte a été réalisée entre le 1 et le 30 juin 2024.

h) Analyse des données

Les résultats aux questions ont été insérés par les enquêteurs dans l'outil google form.

Ensuite, nous avons réalisé des extractions pour obtenir les résultats. Pour comparer les groupes, nous avons utilisé la loi du Chi².

Concernant les questions avec réponses libres, nous avons utilisé l'analyse thématique de la théorisation ancrée. L'analyse des données a permis de faire émerger les différentes idées issues des questionnaires grâce à un processus de codage inductif.

i) Limites des données collectées

Absence d'un statisticien pour l'analyse des données.

Questions sur les contentions s'intéressant seulement aux contentions physiques dites passives.

Établissements de caractéristiques différents dans leur fonctionnement (EHPAD, SSIAD, HAD).

IV: Analyse des résultats

a) Caractéristiques des structures :

Sept structures ont participé à l'étude menée. Parmi ces établissements cinq lieux de vie institutionnel (EHPAD) et deux structures ambulatoires (HAD et SSIAD). Au total 707 résidents/patients étaient pris en charge par ses établissements et un total de 189 contentions prescrites.

Tous les établissements ne fonctionnent pas avec l'appui d'un médecin coordonnateur. Certaines structures n'ont pas d'ergothérapeute ou psychomotricien pour l'adaptation du matériel. Seulement deux établissements ont mis en place une commission et un référent contention. A noter que dans ces établissements, c'est le même médecin coordonnateur.

	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4	EHPAD 5	HAD	SSIAD
Nombre de résidents	102	94	72	104	109	26	200
Nombre de résidents bénéficiant d'une contention	3	24	15	10	66	9	38
Nombre total de contention	3	27	20	11	81	9	38
Barrières	1	18	10	6	40	9	24
Ceintures*	0	4	8	1	10	0	14
Cocoons	1	0	0	0	0	0	0
Grenouillères	1	5	2	4	31	0	0
pourcentage de résidents contentionnés (%)	2,9	25,5	20,8	9,6	60,6	34,6	19
Présence médecin co	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Présence ergothérapeute psychomotricien	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Commission contention	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Référent contention	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non

* ceinture pelvienne / ceinture abdominale / gilet thoracique

tableau 1 : analyse d'établissement

b) comparaison du pourcentage de résidents, ayant au moins une contention, selon la présence ou non d'un professionnel formé

	présence	absence
% des résidents ayant contention	Médecin coordonnateur	
	25,8%	39,1%
	Ergothérapeute/psychomotricien	
	19,2%	44,7%
	Réfèrent contention	
	6,3%	30,3%

tableau 2 : contention selon référent

Il semble y avoir une tendance à la limitation des prescriptions de contention avec la présence d'un médecin coordonnateur, d'un ergothérapeute/psychomotricien ou d'un référent contention. On ne peut conclure à une incidence significative du fait du peu de structures incluses.

c) Population d'étude :

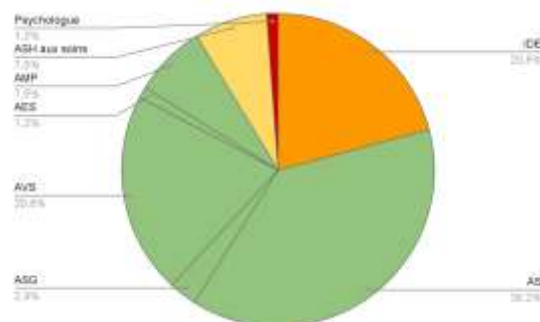
177 questionnaires ont été recueillis sur 7 centres différents.

Quatre questionnaires ont été retirés car mal remplis soit 173 questionnaires analysables.

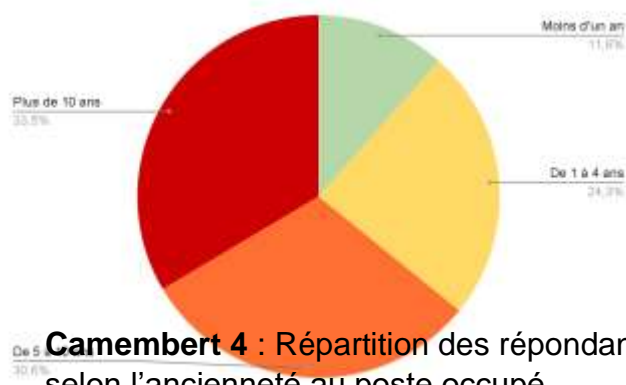
Comme attendu, la grande majorité des soignants répondants travaillent en institution (Camembert 1). Environ $\frac{3}{4}$ des répondants occupent un poste d'AS/AMP/AES/AVS ou ASG (Camembert 2). On note une répartition assez homogène de l'âge des soignants, avec une représentation légèrement plus importante des 40/50 ans (camembert 3). Un tiers de la population peut être considéré comme expérimenté, travaillant depuis plus de 10 ans à son poste et 11,6% étant peu expérimenté (moins d'un an d'exercice) (camembert 4)

74% des répondants savent s'il y a un ou non un médecin coordonnateur dans leur structure et 93,6% s'il y a ou non un psychomotricien ou un ergothérapeute.

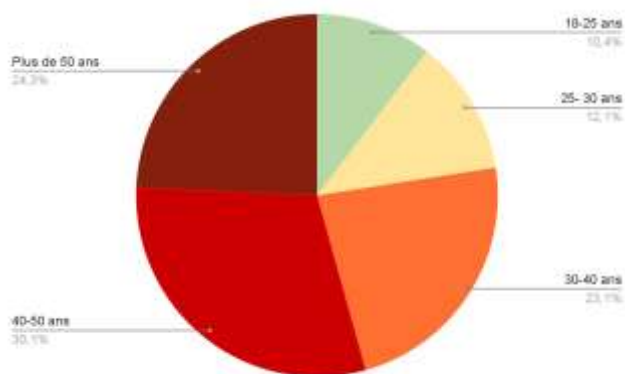
Camembert 3 : Répartition des répondants selon la classe d'âge.



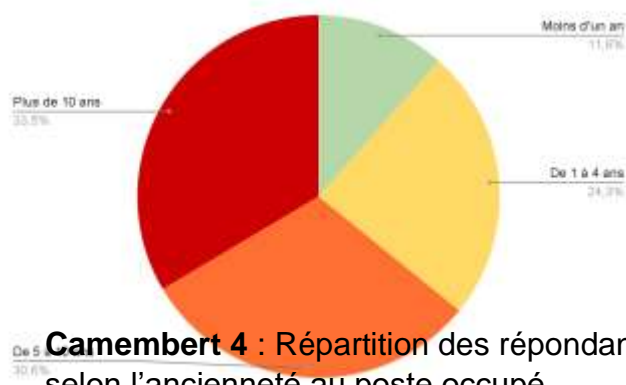
Camembert 2 : Répartition des répondants selon le poste occupé.



Camembert 1 : Répartitions des répondants selon la structure



Camembert 4 : Répartition des répondants selon l'ancienneté au poste occupé



	Médecin coordonnateur	Ergothérapeute / psychomot
La source	100 %	100 %
Le Tilleul	90 %	85 %
Epicéas	10 %	86,6 %
Les jardins	100 %	100 %
R Teulle	36,6 %	90 %
HAD	100 %	100 %
SSIAD	66,6 %	100 %
Total	74 %	93,6 %

Tableau 3 : Pourcentage de soignants ayant la bonne connaissance de la présence ou absence de médecin coordonnateur et/ou psychomotricien/ergothérapeute

d) Formation :

Environ la moitié des IDE, AS semble avoir reçu une formation sur les contentions. Il semble y avoir une corrélation entre la fonction au sein de l'établissement et le fait d'avoir été formé pendant son cursus. L'hypothèse H_0 n'est cependant pas acceptée avec un test de χ^2 à 9,829 pour une probabilité à 5% ($\square = 12,592$) (tableau 4).

Concernant les IDE, la formation est majoritairement initiale alors qu'elle est plutôt interne à l'établissement pour les autres agents. Cette hypothèse n'est pas confirmée avec l'hypothèse du χ^2 à 9,309 pour une probabilité à 5% ($\square = 12,589$) (tableau 5).

Le camembert 5 représente le ressenti concernant le niveau de formation des agents. On constate que les $\frac{3}{4}$ ne se sentent pas suffisamment formés (pas du tout, très peu, modérément) .

L'hypothèse faisant supposer que la réalisation d'une formation ou non a une incidence sur le ressenti de niveau de formation, connaissance au sujet des connaissances est acceptée, $\chi^2 = 52,159$ pour une probabilité à 5% ($\square = 9,488$) (tableau 6).

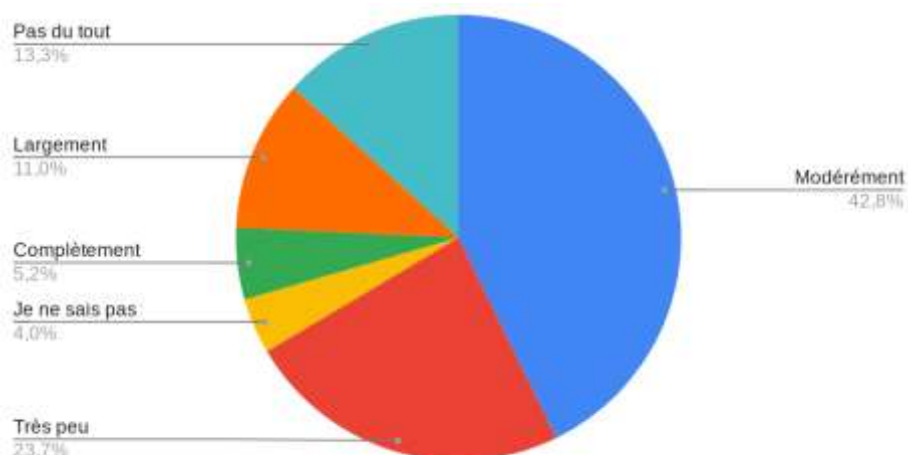
De plus l'hypothèse selon laquelle le type de formation influence ce niveau de formation est rejetée avec un χ^2 à 8,639 pour une probabilité à 5% ($\square = 15,507$) (tableau 7).

	IDE	AS, AES, AMP, ASG	ASH aux soins	Psychologue	Total
Oui	20 (55,5%) 0,431	60 (49,2%) 0,037	2 (15,4%) 2,878	1 (50%) 0,002	83 (48%)
Non	15 (41,7%) 0,163	53 (43,4%) 0,207	11 (84,6%) 4,139	1 (50%) 0,006	80 (46,2%)
Ne sait pas	1 (2,8%) 0,561	9 (7,4%) 0,538	0 (0%) 0,751	0 (0%) 0,116	10 (5,8%)
Total	36	122	13	2	173

Tableau 4 : formation reçue selon le poste occupé

	IDE	AS, AES, AMP, ASG	ASH au soins	Psychologue	Total
Formation initiale	13 (65%) 2,472	22 (36,7%) 0,431	0 (0%) 0,843	0 (0%) 0,422	35 (42,2%)
Formation interne	7(35%) 0,839	31 (51,7%) 0,063	2 (100%) 1,037	1 (100%) 0,518	41 (49,4%)
Formation externe	0 (0%) 1,687	7 (11,6%) 0,744	0 (0%) 0,169	0 (0%) 0,084	7 (8,4%)
Total	20	60	2	1	83

Tableau 5 : répartition des formations reçus selon le type de formation



Camembert 5 : ressenti des répondants concernant leur niveau de formation

	Pas de formation	Formation	Je ne sais pas	Total
Complètement	1 (1,25%) 2,957	8 (9,6%) 3,3	0 (0%)	9 (5,2%)
Largement	2 (2,5%) 6,42	17 (20,5%) 7,164	0 (0%)	19 (11%)
Modérément	30 (37,5%) 1,296	40 (48,2%) 1,447	4 (40%)	74 (42,8%)
Très peu	24 (30%) 8,871	14 (16,9%) 9,9	3 (30%)	41 (23,7%)
Pas du tout	20 (25%) 5,106	1 (1,2%) 5,698	2 (20%)	23 (13,3%)
Ne sait pas	3 (3,75%)	3 (3,6%)	1 (10%)	7 (4%)
Total	80	83	10	173

Tableau 6 : ressenti du niveau de connaissance en fonction de la réalisation ou non d'une formation.

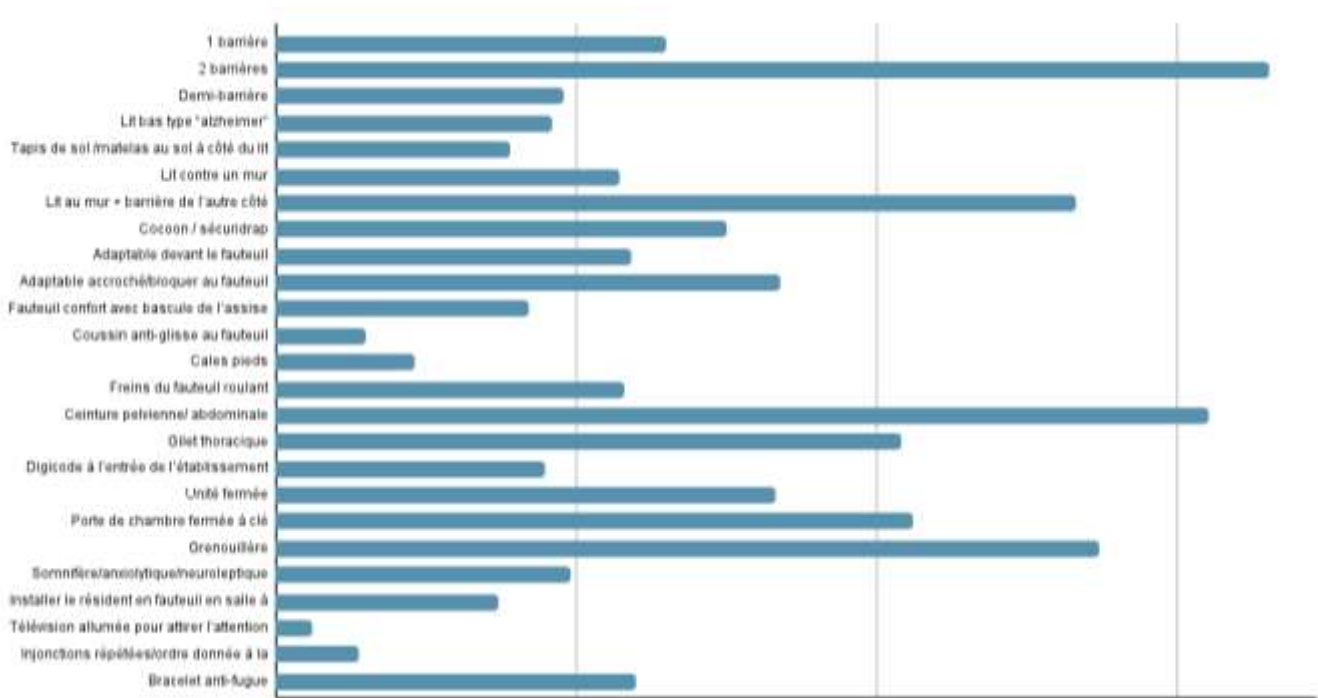
	Formation initiale	Formation interne	Formation externe	Total
Complètement	1 1,068	6 0,391	1 0,187	8
Largement	5 0,094	12 0,453	0 1,384	17
Modérément	15 0,017	25 0	3 0,071	43
Très peu	7 0,28	7 0,841	3 1,888	17
Pas du tout	1 1,303	0 0,581	0 0,081	1
Ne sait pas	1	2	0	3
Total	30	52	7	89

Tableau 7 : ressenti de la formation selon le type de formation

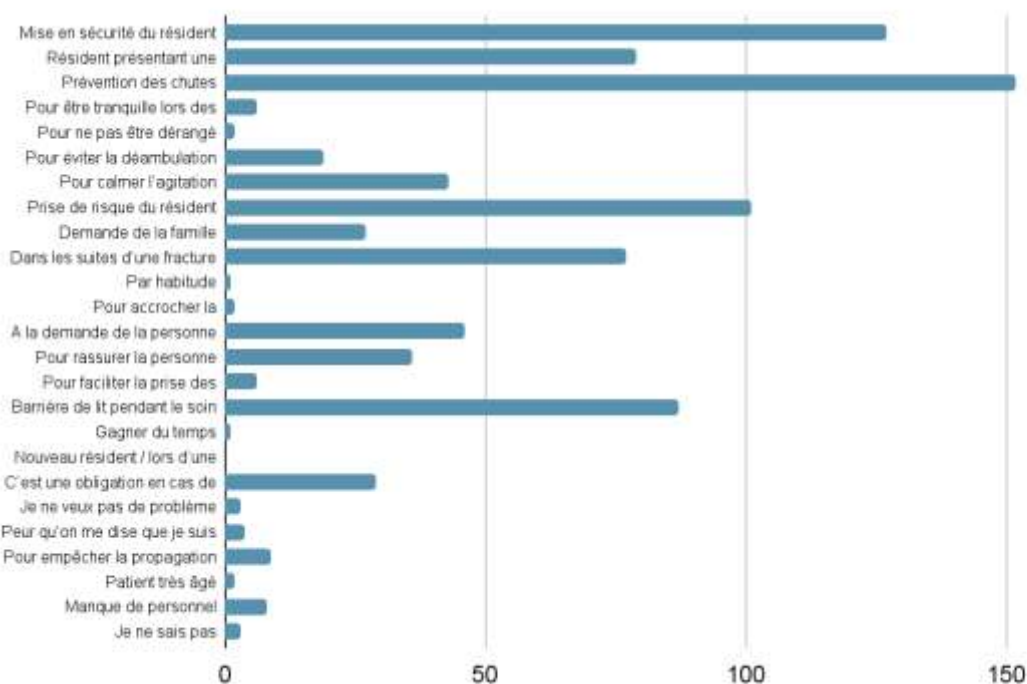
e) les contentions physiques dites passives et leurs indications pour les soignants.

Une grande majorité des soignants interrogés repère les barrières de lit ou barrière d'un côté + côté mur, les grenouillères et les ceintures abdomino pelviennes comme des contentions physiques. On constate également que les soignants citent également les contentions chimiques et architecturales parmi les contentions physiques dites passives (Graphique 1).

Pour les soignants les principales indications à la contention physique seraient la prévention des chutes, la mise en sécurité du résident, la prise de risque du résident et la mise en danger d'autrui, l'immobilisation post fracture et la sécurité pour la réalisation d'un soin (Graphique 2).



Graphique 1 : Nombre de soignants considérant le matériel cité comme une contention physique dite passive.



Graphique 2 : nombre de soignants indiquant l'une des situations suivantes comme une indication à la contention.

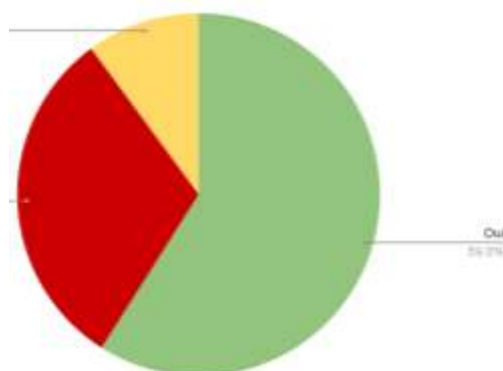
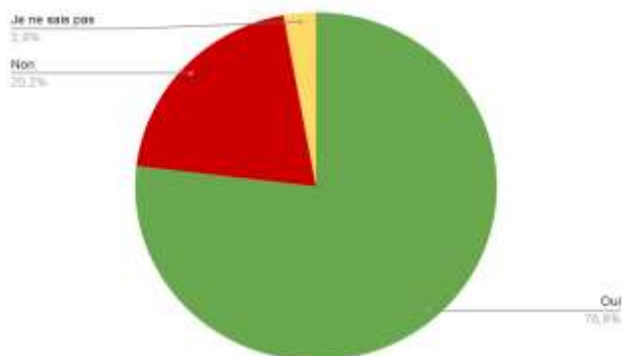
f) Conséquence de la contention physique

Les ¾ des répondants sont conscients que la contention physique n'est pas anodine (camembert 6).

55 soignants sur les 173 répondent avec parfois plusieurs risques cités. Par ordre de fréquences cités :

Perte d'autonomie (34) Préjudice moral/syndrome dépressif (33) Agitation (30) Agressivité (27) Perte de la marche/ de la mobilité (19) Privation de liberté (17) Chutes (11) Escarres, Anxiété (10) Syndrome de glissement (9) Risque de blessures (8) Isolement et Trouble du comportement (7) TVP, Confusion (5) Opposition aux soins, Mise en danger (4) Grabatisation, Syndrome d'immobilisation, Refus de s'alimenter / perte d'appétit, Douleurs, Incontinence, Étranglement, Incompréhension, Constipation, Inconfort (3) Altération de l'état général, Fausses routes, Préjudice physique, Surrisque, Décès (2) Contractures, Enfermement, Perte de confiance, Réassurance, Dénutrition, Perte d'appétit, Marbrures, Traumatisme, Infection urinaire, Suicide, Atteinte à la dignité (1)

Les soignants à 92,5 % connaissent l'existence de mesures alternatives à la contention (camembert 7).

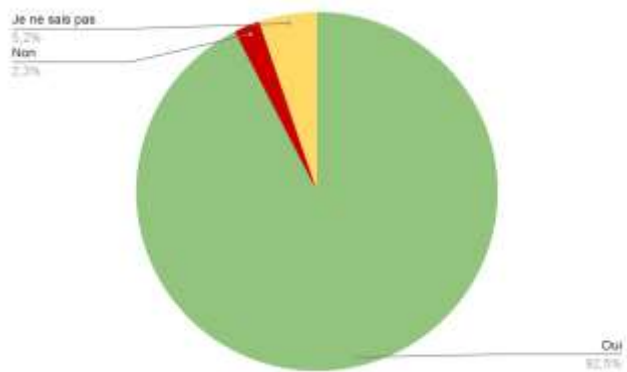


Camembert 6 : réponse des soignants concernant l'existence de conséquences à la contention
Camembert 7 : réponse des soignants concernant l'existence d'alternative à la contention

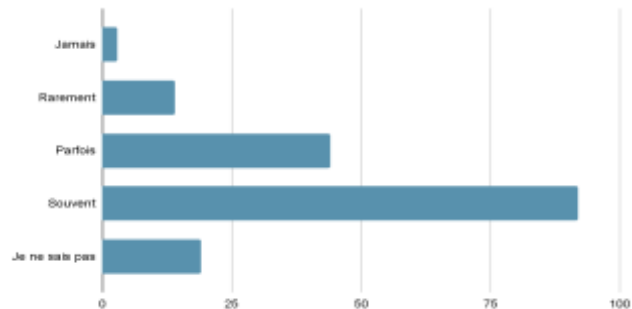
g) Le cadre de la prescription

Pour 92,5% des répondants les contentions physiques doivent être prescrites (camembert 8). Les soignants semblent savoir que la prescription de contention se réévalue "souvent"

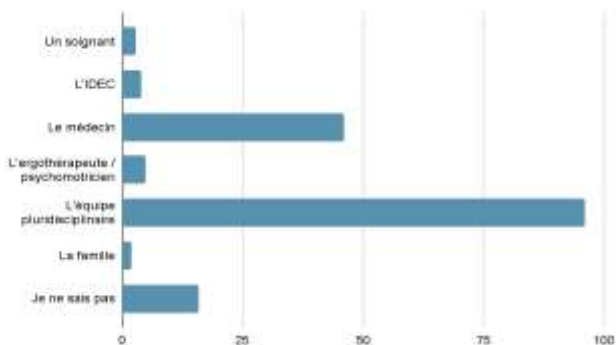
(graphique 3) et que cette réévaluation se fait en équipe pluridisciplinaire (graphique 4). Dans une grande proportion, ils savent que c'est le médecin qui est le décisionnaire final de la mise en place de la contention (graphique 5).



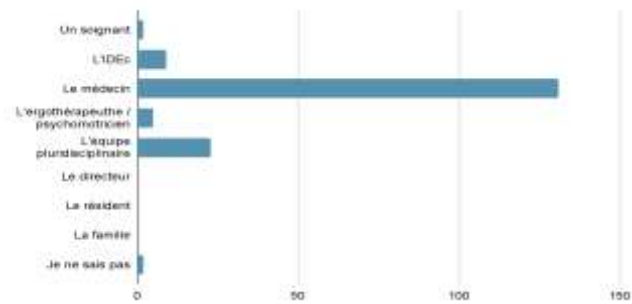
Camembert 8 : réponse des soignants concernant la nécessité d'une prescription à la contention



Graphique 3 : réponse des soignants quant à l'estimation d'une réévaluation de contention



Graphique 4 : réponse des soignants concernant le professionnel qui réévalue la contention



Graphique 5 : réponse des soignants concernant la personne prenant la décision finale de contention

h) Symbolique perçue par les soignants lorsque l'on évoque la contention.

La dernière question de ce questionnaire demandait aux soignants de donner en un mot ce que la contention leur évoquait. Les 4 grands thèmes qui émanent sont :

- Sécurité
- Privation

- Prison
- Attacher

Le nuage de mots suivants reflète les différentes thématiques issues des verbatims que nous avons recueillis.



Nuage de mots 1 : représentation de la première idée venant aux soignants concernant la contention

V: Discussion

a) Critique de notre étude :

Notre étude peut être critiquée de plusieurs façons :

- Le temps imparti pour réaliser le questionnaire, le soumettre, le tester et le faire passer était restreint.
- le public visé par le questionnaire n'est pas homogène puisque travaillant dans des structures différentes : EHPAD, SSIAD, HAD, structures privées ou publiques. Ceci implique probablement des modes de fonctionnement différents et donc une approche différente de la contention physique.
- Les professionnels de nuit ont peu été sollicités pour y répondre.
- plusieurs questions sur lesquelles était précisée "une seule réponse" en ont eu plusieurs.
- Les questions 7, 8, 9 et 19 induisent des réponses subjectives qui ne présagent pas de la réalité.
- La question 12 demande l'existence d'une commission contention physique. En cas de réponse négative cela ne présage pas de la non réévaluation des contentions puisque dans certains établissements, cela se fait au sein de la commission chute, et dans d'autres lors de réunions de transmissions.
- La question 13 portant sur l'existence d'un référent contention, n'a pas été assez expliquée aux répondants, de telle sorte que plusieurs ont répondu l'ergothérapeute, alors que dans notre esprit il s'agissait de l'existence d'un référent infirmier ou aide soignant.
- Le terme "motivation" de la question 15 se discute. Le terme "indication" aurait été plus approprié dans ce contexte.
- Le terme "conséquence" de la question 16 se discute. Le terme "effet indésirable" aurait dû être utilisé.
- À la question 17, il y a finalement 2 questions en une portant sur les connaissances et les actions mises en place.
- À la question 18, nous demandons si les soignants connaissent des solutions alternatives aux contentions mais nous n'allons pas plus loin pour savoir lesquelles ils connaissent et qui sont les personnes ressources à solliciter.
- à la question 21, nous aurions pu préciser "dans votre établissement" pour faire la distinction entre ce qui doit être fait en théorie "doit être prise par" et ce qui est fait en pratique "est prise par".

b) Discussion des résultats :

1) Introduction :

La plupart des études retrouvées dans la littérature s'intéressent à la contention à proprement parler : prévalence dans les établissements, indications de pose, prescription ou non, mode de contention (5-6-7-10-11-12-13-14-15). Cette étude, quant à elle, porte spécifiquement sur les connaissances des soignants, leur niveau de formation, leur ressenti vis-à-vis de la contention.

2) Etablissements :

Nous pouvons remarquer que nos établissements sont très différents. Déjà au niveau des structures en tant que telles, puisqu'il y a un SSIAD, un HAD, et cinq EHPAD.

Le nombre de résidents accueillis est également très variable, allant de 26 à 200.

Il n'y a pas de médecin coordonnateur sur tous les établissements (4/7), ni d'ergothérapeute ou psychomotricien (5/7) ce qui reflète bien la réalité pour bon nombre de structures en France actuellement. De même, il n'y a que deux établissements ayant des commissions contentions et des référents contention.

Lors de la passation du questionnaire, en juin 2024, les contentions dites passives, utilisées dans nos établissements regroupent : les barrières de lit, les cocons, les grenouillères, et les ceintures abdomino pelviennes.

Au total 165 résidents sur 707 (soit 23,3%) sont contenus le jour et/ou la nuit, soit de 2,9 à 60,6% selon les établissements. Plusieurs résidents sont contenus avec plusieurs types de contentions puisqu'au total il y a 189 contentions posées, soit une prévalence moyenne de 26,7% (2,9% à 74,3%). Dans la littérature, nous retrouvons des prévalences de contentions de 14 à 84,6% (3-6-7), en établissement de long séjour pour personnes âgées.

Les barrières de lits sont le matériel de contention le plus souvent utilisé, dans notre étude (de 1 à 37% et 15,3% en moyenne) mais aussi dans la littérature (jusqu'à 24,4% le jour et 59,7% la nuit)(6). Les autres moyens de contentions utilisés sont les ceintures (de 0 à 11% et 5,2% en moyenne). Ces chiffres correspondent aux chiffres retrouvés dans la littérature (4,9%)(6). Il n'y a qu'un seul cocon utilisé dans notre étude, et les grenouillères (de 0 à 28% et 6% en moyenne). Dans notre étude, il n'y a pas d'autre contention utilisée, alors que dans la littérature nous retrouvons les tablettes fixées au fauteuil (2,4%) (6), les ceintures associées aux barrières de lit (2,4%)(6).

Nous remarquons que la présence d'un professionnel formé à la contention (médecin coordonnateur, ergothérapeute ou psychomotricien, référent contention) est corrélée à une diminution du pourcentage de résidents contenus, et d'autant plus s'il s'agit d'un ergothérapeute ou psychomotricien (19,2% vs 44,7%)

3) Population d'étude :

Chaque enquêteur a distribué le questionnaire aux soignants de son établissement : IDE, AS, AMP, AES, AVS, ASH aux soins, en expliquant le sujet de l'étude, son objectif, et en précisant bien l'anonymat des réponses.

242 questionnaires ont été distribués, et 177 questionnaires ont été remplis et recueillis sur les 7 centres. 4 questionnaires ont été retirés car mal remplis soit 173 questionnaires analysables.

Logiquement, le pourcentage de répondants travaillant en EHPAD est le plus important (83,8%), comparé à celui du SSIAD (8,7%) ou de l'HAD (7,5%) (camembert 1)

Nous avons pris le parti d'interroger spécifiquement les soignants car ils représentent les catégories socio-professionnelles les plus représentées auprès des personnes âgées et parce que ce sont eux qui sont, le plus souvent, à l'initiative et en charge des contentions.

Ainsi les IDE représentent 20,8% des répondants, ce qui est assez comparable à d'autres études portant sur la contention où elles sont 18% (5). Dans cette même étude, les AS sont

représentées à hauteur de 22% alors que dans la notre, les AS, ASG, AVS, AES, AMP représentent 70,6% des répondants (camembert 2). Les ASH aux soins représentent jusqu'à 7,5% des soignants, contre 12% dans la littérature (5), alors même qu'ils n'ont pas la formation adéquate.

Les soignants de nos établissements, ont pour 54,4% plus de 40 ans (camembert 3).

- Expériences professionnelles :

La population interrogée nous montre que les expériences professionnelles sont hétérogènes, allant de moins de 1 an (11,6%), de 1 à 4 ans (24,6%), de 5 à 10 ans (30,6%) et de plus de 10 ans (33,5%) (camembert 4). Nous retrouvons dans la littérature, des populations plus homogènes (entre 22 et 30% selon les catégories d'ancienneté (5). Dans notre étude, un tiers des professionnels interrogés sont très expérimentés car exerçant depuis plus de 10 ans dans le domaine de la gériatrie.

La grande majorité des soignants sait dire s'il y a un médecin coordonnateur ou on dans l'établissement, sauf aux Epiceas (un médecin coordonnateur a été engagé pour réaliser la coupe PATHOS lors de la passation du questionnaire) et résidence Roger TEULLÉ (le médecin coordonnateur a été suspendu lors de la passation du questionnaire).

- Formation :

55,5% des IDE déclarent avoir eu une formation sur la contention dont 65% en formation initiale, et 35% en interne. 49,2% des autres soignants déclarent avoir eu une formation sur la contention dont 36,7% en formation initiale et 51,7% en interne (tableau 4 et 5). Ces chiffres sont superposables à ce qui est trouvé dans la littérature (52%) (5). 15,4% seulement des ASH déclarent avoir eu une formation, dont 100% en interne. Ce qui est logique puisqu'elles n'ont pas eu de formation de soignants.

A l'inverse cela veut dire que 41,7% des IDE, 43,4% des autres soignants et 84,6% des ASH déclarent ne pas avoir eu de formation, ni initiale, ni en interne. Ceci est d'autant plus regrettable au regard des risques que la contention peut engendrer. Nous pouvons alors nous demander si les professionnels non formés sont plus facilement demandeurs de contention ou plus facilement à l'initiative de mise en place de contention.

Assez peu de soignants s'estiment suffisamment formés sur la contention : 16,2% s'estiment largement ou complètement formés, 42,8% modérément formés, et 37% très peu voire pas du tout (camembert 5). Dans la littérature nous retrouvons 27% de soignants satisfaits de leur niveau de formation et 42% estimant que leur formation n'est pas suffisante (5).

Quel que soit le type de formation (initiale, interne, externe), il n'y a pas de différence significative sur le ressenti concernant le niveau de formation. Par contre, il ressort que la réalisation d'une formation, quelle qu'elle soit, améliore le ressenti du niveau de connaissance vis-à-vis de la contention.

- Connaissances de la contention physique dite passive :

Sur les 173 soignants ayant répondu, plus de 150 considèrent la pose de 2 barrières de lit, et la ceinture pelvienne/abdominale comme des contentions physiques dites passives. De même,

plus de 125 soignants ont répondu : grenouillère et lit collé au mur avec barrière de l'autre côté. Ceci peut montrer une réelle connaissance des soignants concernant cette contention (graphique 1).

Si nous regardons les autres réponses, il ressort que, pour environ 100 soignants (soit près de 60% des soignants), la porte de chambre fermée à clé et le gilet thoracique sont des contentions physique dite passive, et que pour environ 75 soignants (soit 43% des répondants), l'unité fermée, l'adaptable accroché/bloqué au fauteuil, le cocoon/securidrap en sont également. Or, même si la porte de chambre fermée à clé et l'unité fermée sont bien des contentions, elles entrent dans la catégorie contention architecturale.

Entre 50 (30%) et 70 (40%) soignants considèrent comme contention physique dite passive le bracelet anti-fugue, les somnifères/anxiolytiques/neuroleptiques, freins au fauteuil roulant, adaptable devant le fauteuil, lit contre un mur, 1 barrière voire demi-barrière.

Nous pouvons ainsi remarquer que pour certaines contentions physiques dite passives les plus utilisées (2 barrières, lit au mur et barrière de l'autre côté, ceinture pelvienne/abdominale et grenouillère) les soignants les définissent bien comme telles, mais que rapidement il existe une confusion entre contention physique, contention architecturale, et contention chimique.

La pose d'une contention a souvent pour indications la prévention des chutes, la mise en sécurité du résident, la lutte contre la déambulation (5-6-10-11-12-15). Ainsi, dans notre étude, nous retrouvons la prévention des chutes à 86% (84% dans la littérature) (5), et la mise en sécurité du résident à 72% (86% dans la littérature) (5). Comme pour la connaissance de ce qu'est une contention, les principales indications sont connues des soignants mais rapidement d'autres indications apparaissent, (non listées dans le référentiel HAS), comme la prise de risque du résident et la mise en danger d'autrui, l'immobilisation post-fracture et la sécurité pour la réalisation d'un soin (graphique 2).

Une grande majorité (76,9%) des soignants interrogés considèrent qu'une pose de contention physique n'est pas anodine et peut avoir des conséquences pour le résident et notamment la perte d'autonomie, le préjudice moral/syndrome dépressif, l'agitation, l'agressivité, la perte de la marche/de la mobilité, la privation de liberté. Ces conséquences, bien connues et souvent décrites, dépasse le champ de la mobilité puisque les conséquences sont aussi psychiques et émotionnelles (5-6-13-14-15).

Des alternatives à la contention physique existent et doivent toujours être recherchées pour préserver le droit fondamental d'aller et venir (5-15). Nous n'avons pas interrogé les soignants sur le détail de ces alternatives mais sur leurs existences, et ainsi 59% considèrent qu'il existe des mesures alternatives à la pose de contention.

4) Mise en place d'une contention physique et réévaluation :

La pose d'une contention physique est une situation à risque qui met en jeu la problématique de la responsabilité en engageant toute une équipe (5). Ainsi, même si la décision finale revient au médecin (comme le confirment un peu plus de 125 soignants sur 173) (graphique 5), la discussion et la prise de décision se font en équipe multidisciplinaire. Comme toute décision médicale, la pose d'une contention nécessite une responsabilité juridique (5) et doit faire l'objet d'une prescription, ce que confirment également une grande majorité des répondants (92,5%) (camembert 8)

Cette même équipe multidisciplinaire doit effectuer la réévaluation de la mise sous contention d'un résident. Dans nos établissements, cette connaissance de la nécessité d'une réévaluation n'est pas acquise puisque un peu moins de 90 répondants sur 173 estiment que les mises en place de contention sont réévaluées souvent, et pour environ 40 soignants cela est fait parfois (graphique 3). Pour un peu plus de 90 soignants la réévaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire (graphique 4).

Même si le cadre de prescription, de surveillance, de réévaluation des contentions est connu. Il est en pratique difficilement applicable dans tous les établissements. En effet, comme nous le voyons dans notre étude, certains EHPAD, les SSIAD n'ont pas de médecins coordonnateurs, pour prescrire les contentions des résidents.

De plus, les services de soins à domicile ne sont pas présents toute la journée/toutes les nuits au domicile du patient pour surveiller la bonne tolérance et les potentiels effets secondaires des contentions.

D'après nos résultats, il semblerait que le taux de contention dans les établissements est moins important lorsqu'il y a présence d'un médecin coordonnateur et/ou d'un ergothérapeute/psychomotricien et/ou une commission contention/des référents contention de nommés (tableau 2). L'analyse statistique n'a pas cherché à montrer d'effet significatif du fait d'un nombre d'établissements participant à l'étude trop faible. Il semble toutefois évident que dans les établissements où il existe une commission contention et/ou un référent contention, ce sujet est une préoccupation du quotidien et est suivi de prêt par le médecin coordonnateur qui semble en être le chef d'orchestre.

- Ressenti de la contention :

Le ressenti des soignants vis-à-vis de la contention est ambivalent. Souvent négatif, difficile voire choquant, il est également vécu comme positif (5-15). Dans notre étude, nous n'avons pas demandé aux soignants quels étaient leurs ressentis à l'égard de la contention mais de la qualifier en un mot. A travers ces mots, transparait bien le ressenti négatif (maltraitance, prison, privation) mais également un ressenti positif (sécurité, protection).

Ce nuage de mots, qui en résulte, résume bien toute la contradiction et tout l'enjeu qu'il peut y avoir dans l'acte de poser une contention physique, entre bénéfice et risque, entre protection et privation de liberté.

De plus, même si comme nous l'avons vu les soignants ne sont pas toujours bien formés, il est intéressant de voir que le sujet de la contention a soulevé beaucoup de questions, du point de vue éthique notamment et qu'il y a une vraie demande de formation.

VI : Projet managérial

Suite à l'analyse de ces résultats, il convient que le trinôme directeur / médecin coordonnateur / IDEC s'empare de la problématique des contentions et amène les résidents, familles et soignants à réfléchir ensemble à la bonne utilisation de celles-ci.

Le directeur peut intégrer au projet d'établissement une dynamique propice à la conduite d'une politique de réduction d'utilisation de la contention physique. Il a un rôle d'information aux familles lors des visites d'établissement en vue d'accueillir un nouveau résident sur la politique adoptée et rappeler la charte de la personne accueillie avec son droit à la liberté d'aller et venir, à sa liberté de choix et de décision. Lors des visites de pré-admission en EHPAD et visites à domicile en SSIAD, la politique de la structure vis à vis des contentions sera expliquée aux familles, l'intégrant au projet de vie de la personne aidée.

Il peut, avec l'aide de l'IDEC et du médecin coordonnateur, diffuser ce projet aux médecins libéraux, (principaux concernés par la prescription des contentions physiques) lors de commissions gériatriques annuelles en y associant les équipes mobiles gériatriques externes, les réseaux éthiques locaux ainsi que les représentants des familles et des résidents lors des CVS (conseil de la vie sociale).

Manager une équipe demande une réflexion continue dans le but :

- d'améliorer les pratiques
- d'accompagner les soignants
- de permettre une prise en soins optimale et sécurisée

Il semble essentiel d'harmoniser les pratiques en créant des postes de référents contention, des commissions contention et des outils de travail.

Pour gagner l'adhésion des équipes, la nomination de deux référents (l'un IDE pour sa proximité et son travail en collaboration avec les médecins traitants et le médecin coordonnateur et l'autre AS ou aide médico psychologique pour sa proximité avec les équipes soignantes et sa connaissance des résidents) après avoir fait un appel à candidatures auprès de l'intégralité de l'équipe soignante, est essentiel pour promouvoir et diffuser les bonnes pratiques. En effet, on constate une meilleure implication des soignants quand ils sont volontaires pour devenir référents. Dans l'idéal, l'une dans une équipe et l'autre dans l'équipe miroir afin de diffuser les informations au plus grand nombre et assurer une supervision plus large du respect des prescriptions médicales.

Pour favoriser un échange et permettre au binôme un suivi des contentions, il sera nécessaire de donner au binôme un temps de travail commun dédié, en détachant les référents contention des soins et formaliser ce temps sur le planning. Ils devront faire des audits cliniques, des évaluations, des comptes rendus à leur hiérarchie et tracer dans le logiciel de soins informatisé. Les plans de soins, véritable support de travail des soignantes, devront être mis à jour régulièrement. En l'absence du médecin et de l'IDEC, le référent peut être amené à informer le résident et/ou la famille.

L'IDEC et le médecin coordonnateur ont un rôle de soutien aux référents et de contrôle également. Ils doivent veiller à la régularité du travail des référents et à l'utilisation des outils mis à leur disposition. Ils travaillent avec les référents pour la rédaction des protocoles en lien avec la contention physique.

Une commission contention mensuelle doit être programmée et réunir le médecin coordonnateur, l'IDEC, le directeur (ou son représentant) et les référents contention à minima. Pourront être également conviés :

- l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien qui pourront proposer des solutions alternatives et personnalisées à la contention physique.,
- le psychologue qui pourra évaluer les conséquences psychologiques ou sera à même de les prévenir en accompagnant la personne aidée.
- et tout autre soignant (y compris en cours de formation) le souhaitant.

Cette commission pourra faire suite à la commission chute durant laquelle l'analyse conduit parfois à la réflexion de la mise en place d'une contention physique.

Certaines structures ont travaillé à la réalisation d'un arbre décisionnel, véritable outil d'évaluation et d'aide à la décision pour la mise en place d'une contention qui pourrait être utilisé durant la commission contention (16, 17) .

L'utilisation d'un arbre décisionnel pourrait également être un outil adapté pour montrer de façon pédagogique aux familles les éléments qui conduisent ou non à la mise en place d'une contention. Les équipes sont parfois soumises à la pression des familles, proches des résidents pour la mise en place ou le retrait d'une contention physique. Il appartient donc à l'encadrement IDEC / médecin coordonnateur dans ces situations de rencontrer dès que possible les familles pour expliquer le choix d'une décision pour soulager les équipes de ces pressions.

En cas de prise de décision complexe concernant la mise en place d'une contention physique, le médecin coordonnateur / l'IDEC peut faire appel aux équipes mobiles gériatriques et/ou éthiques pour aider à la réflexion. En effet, contrairement à certains sujets, le sujet des contentions est un sujet sensible comme nous avons pu le voir où s'opposent les grands principes de liberté et de sécurité. Une solution valable pour un résident ne le sera pas forcément pour son voisin. Ces situations peuvent conduire à des tensions au sein des équipes et l'appel à des équipes extérieures peut favoriser l'adhésion à une décision.

Le travail, réalisé au cours de ce mémoire, souligne le manque de formation des équipes sur la contention physique. Il apparaît donc essentiel de former tout d'abord nos référents contention en les inscrivant à des formations internes ou externes mais également de façon plus large tous les soignants. Une fois formés les référents pourront transmettre les informations (l'existence d'un nouveau protocole/d'une nouvelle procédure...) à leurs collègues en attendant que ceux-ci bénéficient d'une formation interne (annexe 3) par le médecin coordonnateur ou une formation externe.

En cas de nécessité urgente de mettre en place une contention, il semble judicieux que la direction mette en place une procédure permettant aux soignants d'avertir le responsable du site lors de la mise en place de celle-ci pour sécuriser l'équipe en l'absence du médecin coordonnateur ou de l'IDEC.

VII: Conclusion

La contention physique dite passive regroupe principalement l'utilisation des doubles barrières de lit, les ceintures abdominales, les ceintures pelviennes, les cocons, et les grenouillères. Elle est souvent employée en gériatrie pour prévenir les chutes, mettre en sécurité le résident, lutter contre la déambulation, mais sa mise en place soulève des questions en termes de respect des règles de décision, et de formation des soignants.

Nous avons voulu, à travers notre questionnaire, évaluer les connaissances de ces soignants, leur niveau de formation, leur ressenti vis-à-vis de la contention.

173 soignants ont rendu un questionnaire analysable. Environ la moitié des soignants interrogés déclare ne pas avoir eu de formation, ni initiale, ni en interne. Ce résultat nous interpelle au regard des risques que la contention peut engendrer. Par conséquent, assez peu de soignants s'estiment suffisamment formés sur la contention.

A travers cette étude, nous cherchions à démontrer que le manque de formation des soignants était responsable d'un nombre de contentions important. Il s'avère que les soignants ont des connaissances partielles sur la contention physique dite passive. On constate qu'il existe une confusion entre contention physique, contention architecturale, et contention chimique. La décision finale prise par le médecin est connue des soignants contrairement à la nécessité d'une réévaluation en équipe pluri-disciplinaire.

Nous avons aussi perçu que la présence d'encadrement par un médecin coordonnateur, ergothérapeute et/ou psychomotricien, ou référent contention semblait influencer favorablement le nombre de contentions physiques dans nos structures. Pour l'affirmer, il faudrait mener une étude auprès d'un nombre de structures plus important. A ce jour, tous les établissements n'ont pas la chance d'avoir en son sein tous ces professionnels présents.

Il existe bien un manque de formation des soignants mais ce n'est pas le seul facteur responsable de l'utilisation, parfois, inappropriée des contentions physiques dites passives. L'absence voire le manque d'encadrement se révèlent être le dénominateur commun au manque de suivi et de réflexion sur les contentions. Ainsi, même si la formation des soignants concernant la contention physique est primordiale pour bien maîtriser ses indications, ses enjeux, ses conséquences, il est souhaitable d'encadrer les pratiques.

Un projet managérial doit être élaboré afin de mener un travail de réflexion sur les indications à la contention, leurs surveillances, leurs réévaluations. La désignation de référents contentions ainsi que la création d'une commission contention pérennisera ce projet.

Le travail de groupe sur ce mémoire, nous a fait prendre conscience des faiblesses de nos structures sur la gestion des contentions physiques mais nous a aussi donné l'envie de poursuivre ce travail en construisant un projet managérial.

VIII : Bibliographie

1. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1)
2. HAS Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux validé par la CSMS le 8 mars 2022.
3. ANAES Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne. Octobre 2000
4. Assemblée générale des Nations Unis La Déclaration universelle des droits de l'Homme le 10 décembre 1948
5. Contribution à la réflexion sur la contention physique des personnes âgées, Véronique GAIMARD, mémoire pour l'obtention du DIU éthique et santé, 2016
6. La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES. Gérontologie et société, vol. 29/N°116, 2006
7. Evaluation des usages et pratiques des contentions physiques passives au département de soins de suite et de soins de longue durée du CHU d'Angers, Sophie NOUBLANCHE
8. HAS, Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée juin 2006
9. ANAES, Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé juillet 2000
10. la contention physique de la personne âgée : audit en milieu gériatrique. revue de gériatrie, VANHOUCHE V., 2003
11. Using restraint with nursing home residents : a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. Journal adv nurs, HANTIKAINEN V., 2000
12. the use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards : finding from an exploratory study. intern journal nurs stud, GALLINAGH R., 2002
13. physical restraint use and falls in nursing home residents. journal american geriatric, CAPEZUTI E., 1996
14. safety and efficacy of physical restraints for the elderly : review of the evidence. canadien fam physician, FRANK C., 1996
15. la contention? mais on ne peut pas faire autrement!. Gérontologie et société, QUENTIN B., 2013
16. Fiche outil : aide à la décision de la mise en place d'une contention physique. ReSanté-Vous
17. Fiche 6,8 La contention des personnes âgées en maison de retraite. soignantenehpad.fr

IX : Annexes

a) Annexe 1:Questionnaire contentions physiques

Dans le cadre de notre formation (DIU coordination en gérontologie ou DU formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD ou DU infirmier référent et coordinateur d'EHPAD et de SSIAD), nous vous sollicitons afin de recueillir vos pratiques, connaissances, perceptions concernant la décision de mise en place d'une contention physique dans votre structure.

Le but de notre travail est de mieux appréhender les connaissances et les motivations des soignants d'EHPAD et de service à domicile (SSIAD, HAD)   demander la mise en place d'une contention physique dans l'objectif de nous permettre (médecin coordonnateur, IDEc) et ergothérapeutes de mettre en place éventuellement une formation interne adaptée au sein de l'établissement au sujet des contentions.

Angeline, Céline, Marie Michèle, Maxime, Nathalie et Valérie

Votre profil

1) Quel est votre poste actuel?

- AS (aide-soignante)
- AVS (auxiliaire de vie sociale)
- AES (accompagnement éducatif et social)
- AMP (aide médico-psychologique)
- ASG (assistant de soins en gérontologie)
- IDE (Infirmière dipl om e d' tat)
- ASH aux soins
- Autre(précisez)

2) Depuis combien de temps travaillez-vous à ce poste?

- Moins d'un 1 an
- entre 1 et 4 ans
- entre 5 et 9 ans
- plus de 10 ans

3) Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ?

- EHPAD
- SSIAD
- HAD

4) Quel est votre âge ?

- 18-25 ans
- 25-30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- Plus de 50 ans

Votre/vos formation contention physique

5) Avez-vous déjà bénéficié d'une sensibilisation/formation sur la contention physique (indications, contre-indications)?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

6) Dans quel cadre avez-vous déjà bénéficié d'une sensibilisation/formation sur la contention physique? (plusieurs réponses possibles)

- Formation initiale
- Formation interne dans mon établissement
- Formation par organisme extérieur
- Pas de formation reçu

7) Votre dernière sensibilisation/formation sur la contention physique vous semblait-elle adaptée à votre niveau d'étude?

- Pas de formation reçue
- Pas du tout
- Très peu
- Modérément
- Largement
- Complètement

8) Votre dernière sensibilisation/formation sur la contention physique vous semblait-elle adaptée à votre pratique professionnelle?

- Pas de formation reçue
- Pas du tout
- Très peu
- Modérément
- Largement
- Complètement

9) Pensez vous être assez formé au sujet des contentions physiques ?

- Pas du tout
- Très peu
- Modérément
- Largement
- Complètement
- Je ne sais pas

Votre établissement

10) Est ce qu'il y a un médecin coordonnateur dans votre établissement ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

11) Est ce qu'il y a un ergothérapeute/psychomotricien dans votre établissement ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

12) Existe t'il une commission "contention physique" au sein de votre établissement?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13) Est ce qu'un référent contention est nommé au sein de votre établissement?

- Oui merci de préciser le poste du référent (ex : AS) :
- Non
- Je ne sais pas

Vos connaissances / votre pratique

14) Cochez ce que vous considérez comme une **contention physique** (plusieurs choix possible)

- 1 barrière
- 2 barrières
- Demi-barrière
- Lit bas type "alzheimer"
- Tapis de sol /matelas au sol à côté du lit
- Lit contre un mur
- Lit au mur + barrière de l'autre côté
- Cocoon / sécuridrap
- Adaptable devant le fauteuil
- Adaptable accroché/bloquer au fauteuil
- Fauteuil confort avec bascule de l'assise en arrière
- Coussin anti-glisse au fauteuil
- Cales pieds
- Freins du fauteuil roulant
- Ceinture pelvienne/ abdominale
- Gilet thoracique
- Digicode à l'entrée de l'établissement
- Unité fermée
- Porte de chambre fermée à clé
- Grenouillère
- Somnifère/anxiolytique/neuroleptique (médicaments)
- Installer le résident en fauteuil en salle à manger à sa place de repas toute la journée
- Télévision allumée pour attirer l'attention
- Injonctions répétées/ordre donnée à la personne
- Bracelet anti-fugue
 - Autre :

15) Quelles sont pour vous les motivations à la demande de mise en place d'une contention physique ?
(plusieurs réponses possibles)

- Mise en sécurité du résident (autoagressivité)
- Résident présentant une agressivité envers les autres
- Prévention des chutes
- Pour être tranquille lors des soins

- Pour ne pas être dérangé pendant la journée
- Pour éviter la déambulation
- Pour calmer l'agitation
- Prise de risque du résident
- Demande de la famille
- Dans les suites d'une fracture
- Par habitude
- Pour accrocher la télécommande / sonnette
- A la demande de la personne
- Pour rassurer la personne
- Pour faciliter la prise des médicaments
- Barrière de lit pendant le soin pour faciliter le fait de le tourner/sécuriser le soin
- Gagner du temps
- Nouveau résident / lors d'une entrée
- C'est une obligation en cas de chutes répétées
- Je ne veux pas de problème avec la famille
- Peur qu'on me dise que je suis responsable d'une chute
- Pour empêcher la propagation d'une maladie
- Patient très âgé
- Manque de personnel
- Autre

16) Existe t'il des conséquences à la contention physique pour le résident ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si oui, Précisez votre réponse :

.....

.....

.....

17) Connaissez vous / essayez vous de mettre des alternatives (des moyens d'éviter) à la contention physique?

- Oui
- Non

18) Pensez vous qu'une contention physique doit être prescrite?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

19) Dans votre structure, les indications à la pose d'une contention physique sont-elles réévaluées?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Je ne sais pas

20) Si la contention physique est réévaluée dans votre structure, par qui est-elle réévaluée? (Une seule réponse)

- Un soignant
- L'IDEC
- Le médecin
- l'ergothérapeute/psychomotricien
- L'équipe pluridisciplinaire
- La famille
- Je ne sais pas

21) Selon vous la décision finale de mise en place d'une contention physique, en dehors de l'urgence, est prise par qui? (une seule réponse)

- Un soignant
- l'IDEc
- Le médecin
- l'ergothérapeute/psychomotricien
- L'équipe pluridisciplinaire
- Le directeur
- Le résident
- La famille
- Je ne sais pas

Pour finir

22) En un mot/ une expression, pouvez vous nous dire la première chose à laquelle vous pensez quand on vous parle de contention physique :

.....

Optionnel, si vous avez des remarques particulières/ une réflexion à nous faire passer au sujet des contentions physiques

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation.

b) Annexe 2: Questionnaire établissement

Questionnaire établissement

Nom de l'établissement :

Département :

Nombre de résidents accueillis :

Nombre de contentions mises en place :

- total :
- par type de contention :
 - Barrières de lit :
 - Ceinture pelvienne / abdominale / gilet thoracique :
 - Cocoon :
 - Grenouillère :
 - Autres :

Présence d'un médecin coordonnateur :

- Oui
- Non

Présence d'un ergothérapeute et/ou psychomotricien :

- Oui
- Non

Présence d'un référent contention :

- Oui
- Non

Réalisation d'une commission contention :

- Oui
- Non