

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 16 octobre 2013 à Poitiers
par **Mme Tyffanie Houpert**

**Audit clinique ciblé : évaluation de la traçabilité des pratiques professionnelles de la
contention physique passive en gériatrie au CHU de POITIERS en 2013**

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur SILVAIN Christine

Membres :

Professeur PACCALIN Marc
Professeur SENON Jean-Louis
Professeur GOMES DA CUNCHA José
Docteur SAPANET Michel
Docteur MERLET-CHICOINE Isabelle

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur M. PACCALIN, Professeur et Chef de service de Gériatrie.

Vous avez accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre soutien, votre aide et vos conseils précieux dont j'ai pu bénéficier. Voici, par cette thèse, l'affirmation de ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

A Madame le Professeur C. SILVAIN, Professeur et chef de service d'hépatogastro-entérologie.

Vous me faites un très grand honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver en ces mots l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur J. L. SENON, Professeur de Psychiatrie Adulte.

Vous avez accepté de juger ce travail.

Veillez accepter en retour l'expression de ma sincère gratitude.

Au Docteur M. SAPANET, Chef de service du Médecine Légale.

Vous avez accepté d'être membre du jury de cette thèse, je vous en remercie.

Vous qui m'avez appris la rigueur, j'espère qu'elle transparaîtra dans ce travail et que vous ne serez pas déçu. Votre confiance me touche, merci encore pour le poste d'assistante à venir.

Au Docteur I. MERLET-CHICOINE, Praticien Hospitalier en Gériatrie.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie pour vos enseignements riches et précieux au chevet du malade. Soyez certaine que tous vos conseils m'accompagneront durant mes années d'exercice. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur J. GOMES DA CUNCHA, Médecin généraliste.

Après avoir jugé mon mémoire de DES de médecine générale, vous me faites l'honneur de juger mon travail de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail :

- Un grand merci à **tous les médecins du pôle de gériatrie du CHU de POITIERS**, pour leurs aides et leurs disponibilités.
- **Tous les internes de gériatrie**, qui ont accepté de participer et de jouer le jeu, en réfléchissant positivement sur leur pratique quotidienne de soins.
- A tous les infirmiers, infirmières, aides-soignants, agents de service : Geneviève, Marie-Jo, ...je ne vous oublierai pas...vous faites ce métier avec tellement d'amour et d'humanité, que ce fut un ravissement de travailler et d'échanger avec de vous.
- Un grand merci aux secrétaires du pôle de gériatrie, pour leurs aides et leurs disponibilités.
- Merci à tous les cadres des services, qui ont permis que cette étude se déroule au mieux.

A mes deux futures collègues, Dr LEBEAU et Dr DELBREIL, qui ont eu la gentillesse d'être de précieuses relectrices. Merci de votre présence et soutien. Grâce à vous, je ne suis plus la même : maintenant je suis une femme qui se relis, enfin presque !

Julien, Arsène, merci pour votre soutien.

A ma tutrice Dr VICTOR-CHAPELET, qui m'a suivi tout au long de ces trois années d'internat. Merci pour tes conseils précieux.

A ma famille et belle-famille, merci de votre présence et de votre patience, un grand MERCI.

A Morgane, à la fois cousine, confidente et grande sœur, merci d'être à mes côtés et de répondre présente dès qu'il le faut.

A mes amis, je tiens à vous remercier, tous, pour votre patience et votre amitié. Vous êtes toujours là quand il faut, merci. Valérie, Krystina, Delphine, Anne-Claire, Marion, Johan, Doudou, Philou et tous les autres, je vous adore.

A mes deux amours, Sylvain et Robin, sans qui rien n'aurait d'intérêt et rien ne serait possible. Merci de votre patience, de votre bienveillance et de votre amour au quotidien. Je vous aime.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	10
LISTE DES FIGURES	11
LISTE DES ILLUSTRATIONS	12
LISTE DES ABREVIATIONS	13
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	14
INTRODUCTION	15
PARTIE 1 : GENERALITES SUR LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE	17
I. DE L'HISTOIRE DE LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE A SA DEFINITION ACTUELLE	17
1. L'évolution historique des courants de pensées de la contention physique... 17	
2. Epidémiologie	21
3. Définitions	22
II. L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE EN PRATIQUE ..	29
1. Les moyens de contentions physiques passives utilisés	29
2. Les motifs de ces contentions.....	34
3. Des facteurs de risque	34
4. Les risques et les conséquences de la contention.....	36
5. Les alternatives à ces contentions.....	40
6. Le référentiel de l'HAS sur cette pratique	40
5. L'algorithme décisionnel	40
III.CONTENTION ET LEGISLATION	46
1. La notion de responsabilité	46
2. Le cadre législatif	50
3. Les autres textes	51
4. Ethique.....	52

IV. L'INTERET DE CE TYPE D'ETUDE.....	53
1. Intérêt d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles	53
2. Le développement professionnel continu (DPC).....	55
3. Les objectifs.....	56
PARTIE 2 : METHODE	57
I. TYPE D'ENQUETE	57
1. L'audit clinique ciblé.....	56
2. Une étude « avant-après »	56
II. ETUDE PROSPECTIVE.....	59
1. Population étudiée	56
2. Taille de l'échantillon	60
3. Méthode de recueil des données dans les services	60
III. PHASE DE SENSIBILISATION	62
IV. ANALYSE DU CRITERE PRINCIPAL.....	62
PARTIE 3 : RESULTATS.....	63
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	63
1. Concernant le sexe et l'âge	64
2. Concernant l'état de dépendance	64
3. Concernant le lieu de vie habituel.....	65
4. Concernant le devenir envisagé au moment de l'étude	65
5. Concernant les motifs d'entrées	66
6. Concernant les antécédents de chute	67
7. Représentation des patients contentionnés par unité de gériatrie	68
II. LES MOTIFS DE CONTENTION	69
1. Les motifs.....	64
2. Concernant la durée moyenne de séjour	70
III. LES PRESCRIPTIONS	71

1. Phase 1 de l'étude	72
2. Phase de sensibilisation des internes	72
3. Phase 2 de l'étude	74
4. Analyse d'une amélioration de la traçabilité d'une contention entre la phase 1 et 2, objectif principal.....	74
IV.DESCRPTIONS DES CONTENTIONS APPLIQUEES DANS LES DIFFERENTES UNITES DE GERIATRIE	75
1. Contention par barrière de lit	76
2. Contention nocturne et diurne.....	76
3. Etude des contentions physiques réalisées en fonction des pathologies médicales	77
4. Résultats concernant les autres critères des recommandations éditées par l'HAS	80
V. LES TRAITEMENTS	83
1. Concernant la prise d'antidépresseur	83
2. Concernant la prise de neuroleptique	84
3. Concernant la prise d'anxiolytique	85
4. Concernant la prise en charge médicamenteuse.....	86
VI. ACCIDENTS ET CONTENTIONS NON CONFORMES.....	87
1. Accidents mettant en cause les barrières de lit.....	87
2. Un usage de contentions-isolements non conformes	87
PARTIE 4 : DISCUSSION	88
I. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS	88
1. Concernant l'objectif principal.....	88
2. Concernant les objectifs secondaires	89
II.COMPARAISON DES DONNEES RECUEILLIES PAR RAPPORT AUX RECOMMANDATIONS DE L'HAS	96
III.GENERALISATION DES RESULTATS.....	99

1. La formation du personnel soignant en gériatrie.....	99
2. Comparaison avec les données de la littérature sur l'amélioration des pratiques	102
IV.LIMITES METHODOLOGIQUES ET BIAIS.....	104
V. ACTIONS D'AMELIORATION	105
1. Proposition d'une fiche de traçabilité de la contention physique.....	105
2. Sensibilisation à reproduire.....	107
3. Améliorer la collégialité de cette décision	107
CONCLUSION	108
LES ANNEXES	110
BIBLIOGRAPHIE	122
SERMENT	134

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau n°1</u> : La capacité totale d'accueil concernant l'ensemble des lits de gériatrie de l'étude.....	p59
<u>Tableau n°2</u> : Description de la population sur les critères de l'âge, du sexe et de l'état de dépendance	p63
<u>Tableau n°3</u> : Représentation du lieu de vie habituel des patients contentionnés	p65
<u>Tableau n°4</u> : Représentation du lieu de vie envisagé par les patients contentionnés au décours de l'hospitalisation	p65
<u>Tableau n°5</u> : Représentation des motifs d'entrées des patients contentionnés .	p66
<u>Tableau n°6</u> : Représentation des chutes notifiées avant l'hospitalisation des patients contentionnés	p67
<u>Tableau n°7</u> : Localisation des personnes contentionnées.	p68
<u>Tableau n°8</u> : Représentations des motifs de contentionnés donnés et de leurs conformités.....	p69
<u>Tableau n°9</u> : Tableau de contingence pour la présence d'une prescription.....	p75
<u>Tableau n°10</u> : Tableau de contingence pour la conformité des prescriptions	p75
<u>Tableau n°11</u> : Représentation des types de contentions et de leurs prévalences	p76
<u>Tableau n°12</u> : Représentation de la proportion de chaque type de contentions en fonction des pathologies des patients contentionnés	p78
<u>Tableau n°13</u> : Représentation de l'évolution de la prise d'antidépresseurs pour l'ensemble des patients.....	p83
<u>Tableau n°14</u> : Représentation de l'évolution de la prise de neuroleptiques pour l'ensemble des patients.....	p84
<u>Tableau n°15</u> : Représentation de l'évolution de la prise d'anxiolytiques pour l'ensemble des patients.....	p85
<u>Tableau n°16</u> : Recensement des chutes survenues au cours des périodes observationnelles	p95

LISTE DES FIGURES

<u>Figure n°1</u> : Les six piliers de la maltraitance de la personne âgée	p26
<u>Figure n°2</u> : Schématisation des patients contentionnés ayant déjà présenté un antécédent de chute avant l'hospitalisation	p67
<u>Figure n°3</u> : Schématisation de la représentation des motifs de contention pour l'ensemble des 56 dossiers exploités	p70
<u>Figure n°4</u> : Représentation de la traçabilité des contentions et de leurs conformités	p71
<u>Figure n°5</u> : Illustration des motifs donnés par les internes, lors de leur dernière prescription de contention	p73
<u>Figure n°6</u> : Illustration du type de contentions prescrites lors de leur dernière prescription.....	p73
<u>Figure n°7</u> : Représentation graphique du pourcentage de types de contention de jour et de nuit.....	p77
<u>Figure n°8</u> : Représentation de la proportion des différents modes de contention réalisés le jour, par rapport à certaines pathologies	p79
<u>Figure n°9</u> : Représentation de la proportion des différents modes de contention réalisés le jour, par rapport à certaines pathologies	p79

LISTE DES ILLUSTRATIONS

<u>Illustration n°1</u> : Exemples de contentions utilisées au fauteuil	p29-30
<u>Illustration n°2</u> : Exemple de contention utilisée au lit.....	p30
<u>Illustration n°3</u> : Schématisation du Pyjadrapp	p32
<u>Illustration n°4</u> : Schématisation de situations d'étouffement avec une ceinture de maintien au fauteuil et au lit.....	p38
<u>Illustration n°5</u> : Schématisation d'une ceinture pelvienne	p38
<u>Illustration n°6</u> : Exemple d'un patient contentonné au lit avec un gilet de contention, glissant vers la partie inférieure du lit et risquant de se retrouver bloqué à la partie inférieure du lit	p39
<u>Illustration n°7</u> : Modèles de protecteurs de hanches.....	p42
<u>Illustration n°8</u> : Algorithme décisionnel portant sur le port d'une contention physique, selon les recommandations de la société de gériatrie et de gérontologie	p45
<u>Illustration n°9</u> : La roue de qualité, de DEMING.....	p58

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

CDRH: Center for Devices and Radiologic Health

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DTS : Détérioration Temporo-Spatiale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FDA : Food and Drug Administration

GIR : Groupe Iso Ressource

MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles

OBRA : Omnibus budget reconciliation act

SFDRMG : Société française de documentation et de Recherche en Médecine Générale

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

SSR : unités de Soins de Suite et Réadaptation

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche des références bibliographiques a été effectuée à partir :

- De bases de données
 - PubMed (Site de la NLM, National Library of Medicine)
 - CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française)
 - Science direct
 - Sudoc (Système Universitaire de Documentation)
- De sites officiels : Conseil National de l'Ordre des médecins, Légifrance, la Haute Autorité de Santé, l'Assurance Maladie, l'Insee.
- De la bibliographie retrouvée via Google Chrome et Google Scholar.

La recherche fut complétée par :

- Des échanges sur les pratiques avec les soignants (infirmiers et aides soignants des différentes unités) et des internes de gériatrie.
- Des supports de présentation issus de congrès ou de séminaires de formation portant sur la prévention de la maltraitance et le système juridique français.
- Des échanges téléphoniques avec le concepteur du produit Sécuridrap, des représentants de l'assurance maladie et de certaines assurances privées.
- Des données apportées par la Formation Médicale continue en charge du personnel de santé du CHU de POITIERS et des données issues du recueil des données de chutes par le Dr SEITE.
- Des documentations, issues de revues de gériatrie, mises à disposition par le directeur de thèse.

Les mots clés recherchés dans les moteurs de recherche ont été : « Aged », « Aging », « Elderly », « Physical restraint », « Restraint », « Fall », « Accident Fall », « Ethics », « Contentions physiques passives », « Personnes âgées ».

INTRODUCTION

Étymologiquement, le terme de contention tire son origine du latin. Son sens provient de « *contentio* » signifiant la tension, un effort, une lutte, un conflit et dérive également du verbe « *contenir* », signifiant le fait de maintenir quelque chose à l'intérieur de façon à le figer, le maintenir à un état stable.

Ces termes, proches étymologiquement et différents dans leurs traductions, traduisent encore de nos jours cette ambivalence de volontés actives et d'actions passives, présente dans la pratique soignante de la contention physique passive. Le terme « *d'immobilisation forcée* ^[24] », comme le définit le dictionnaire médical Garnier DELAMARE, illustre bien cette opposition entre une lutte et une obligation de rester en immobilisation.

La pratique de la contention physique passive est utilisée depuis plusieurs décennies. Initialement dédiée à la psychiatrie, cette pratique a progressivement dévié vers la gériatrie et les services d'urgences. Ce qui autrefois pouvait être toléré comme faisant partie intégrante du fonctionnement traditionnel d'un service ne l'est plus de nos jours par soucis du respect de la liberté des individus. Ainsi, on observe une émergence de recommandations de bonnes pratiques et de formations professionnelles sur ce sujet. La réponse ne se situe plus dans une dichotomie du « oui » systématique à la contention ou du « non » catégorique, mais elle doit émaner d'une réflexion collective.

Des études ont déjà été effectuées au sein du CHU de POITIERS, afin d'analyser et de limiter l'usage de la contention physique passive dans les différents services de gériatrie, auprès des gériatres des services, des infirmiers et des aides-soignants. Certains professionnels de santé ont ressenti le besoin et l'envie de participer à certaines formations continues les aidant dans leurs pratiques quotidiennes.

Néanmoins, aucune étude n'avait encore porté sur la prescription de la contention par les internes alors même qu'ils sont les principaux observateurs et prescripteurs au quotidien, encadrés par les médecins séniors.

Nous avons réalisé une étude concernant la pratique de la contention physique passive, dans les unités de gériatrie du CHU de POITIERS, au travers des

prescriptions médicales réalisées par les internes du service. Nous avons proposé une étude « avant-après » pour analyser l'évolution de la traçabilité de leur prescription des mesures de contention passive avant et après une phase de sensibilisation sur les recommandations de l'HAS.

PARTIE 1 : GENERALITES SUR LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE

I. DE L'HISTOIRE DE LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE A SA DEFINITION ACTUELLE

1. L'évolution historique des courants de pensées de la contention physique ^[23,26]

Si l'on retrace l'origine de la pratique de la contention, nous pouvons observer des évolutions dans l'usage de la pratique de la contention physique et de l'isolement au cours des siècles : parfois envisagée comme outil de soin, outil de protection, mais parfois à visée punitive ou coercitive.

Dans l'Antiquité, l'isolement et la contention physique étaient des moyens utilisés dans le cas de maladies mentales se manifestant principalement par des excès de violence. A ce moment, deux courants de pensée s'opposent :

- ceux prônant l'isolement et la contention comme seule possibilité de soigner le malade (Celse).
- ceux prônant la liberté et l'expression de la parole de l'individu (Soranos d'Ephèse IIème siècle).

A cette époque, les conceptions françaises sont fortement imprégnées de la religion catholique. La maladie mentale est alors assimilée à la possession de l'âme humaine par un esprit maléfique, démoniaque, comme peut le citer l'Ancien Testament : « *L'insensé a dit dans son cœur qu'il n'y a pas de Dieu* » (Psaume 52), « *La pensée de l'insensé est péché* » Proverbes XXIV,9. Ainsi, entre péché et emprise démoniaque, une exclusion sociale s'impose pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques : « *N'adresse pas de longs discours à l'insensé, ne va pas au-devant du sot, garde-toi de lui pour n'avoir pas d'ennuis, pour ne pas te souiller à*

son contact. Ecarte-toi de lui, tu trouveras le repos, ses divagations ne t'ennuieront pas. » (Ecclésiastique XXII, 13).

Au Moyen-âge, la contention est perçue comme un moyen de protéger le fou de lui-même mais aussi de protéger ses proches. Elle se réalise au sein de la famille et de la communauté, en y associant un isolement social, en enfermant les individus à l'extérieur des villes.

A cette période se développe en parallèle des structures hospitalières « *Hôtel Dieu* », ayant pour rôle d'accueillir toute personne exclue, déshonorée, autrement appelés « *les fous* ». La théorie de la maladie mentale est encore bien marquée par le principe hippocratique des humeurs, qui sous-entend la guérison des maladies au travers de traitements purgatifs.

Au XVII^{ème} siècle, se créent des Hôpitaux généraux, « *le grand enfermement* » comme le décrit Foucault, dans lesquels les malades psychiatriques sont enfermés à l'écart, exclus de la population et de la ville. Ces contentions et isolements sont essentiellement à visée répressive et non utilisés comme un outil de soin.

Au XVIII^{ème} siècle, époque des Lumières, la méthode de la contention physique persiste et se durcit. On considérait alors que pour qu'elle soit efficace, il fallait qu'elle soit comprise, et par ce principe, qu'elle soit plus douloureuse et contraignante. Les modes d'isolement et de contrainte se sont diversifiés ^[21] avec les camisoles de force, les chaises de coercition (la personne est retenue à une chaise par les mains et les chevilles, pendant qu'un casque en bois recouvre sa tête), le berceau d'Utique (cage étroite dans laquelle la personne restait plusieurs jours), les entraves...

La Révolution française a marqué un tournant en matière de pensée de la contention. Après une période de rudesse, les mœurs ont évolué. M. Pinel (1745-1826), aliéniste français, psychiatre et son élève Esquirol (1772-1840), pratiquaient l'isolement, la contention et la contrainte en y associant une approche thérapeutique

raisonnée liée à la parole. A partir de cette période, nous avons différencié le malade psychiatrique, « *le fou* », du prisonnier à isoler et punir de ses actes.

Toutes ces réflexions ont abouti au premier texte juridique, validant le principe de l'hospitalisation sous contrainte dans la prise en charge des malades psychiatriques représentant un danger pour lui-même (protection du malade) et de l'ordre publique (la société).

Loi du 30 juin 1838 :

Art 1 : Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Art 2 et 3: Les établissements publics et privés consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

En 1789, la Déclaration des Droits de l'Homme et des Citoyens initie un principe de liberté et d'égalité, mais sans grande répercussion dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

En parallèle, en Angleterre à la fin du XVIIIème siècle, Sir TUKE lançait le *York Retreat*, « *moral therapy* », basé sur la suppression de la contention non réfléchie et favorisant l'isolement de la personne en cas d'agitation aiguë, incontrôlable, dans le but de stimuler la responsabilité du malade. C'est la naissance d'un code de déontologie. L'isolement était donc envisagé comme une alternative en cas d'échec de la maîtrise qu'un malade avait de lui-même.

Dans sa lignée ^[45], au XIXème siècle, les pays anglo-saxons ont poursuivi l'élaboration d'un code de conduite, de bonnes pratiques avec en 1842, *the lunatic asylum act*, qui exigeait la tenue de registres précisant les heures et modalités de la contention et de l'isolement des malades mentaux.

A la fin de la Seconde Guerre Mondiale, un nouveau tournant s'opérait en Europe. Suite aux excès notamment effectués dans les camps de concentration, il s'est alors imposé une réflexion majeure sur les privations de liberté sur autrui.

Nous pouvons ainsi remarquer que la contention en tant que soin est appliquée depuis l'Antiquité. Toutefois, plus ou moins taboue, elle a toujours été uniquement associée aux soins de l'individu psychiatrique instable.

Il faudra attendre le milieu et la fin du XXème siècle pour que l'Europe et l'Amérique s'interrogent ouvertement sur ces pratiques.

En 1970, les Canadiens ^[79] ont été les premiers à aborder l'aggravation des troubles du comportement préexistants, comme conséquence de ces pratiques et ont étendu le débat de la psychiatrie à la gériatrie.

The OMNIBUS Budget Reconciliation Act (OBRA) ^[29,43] compilait un ensemble de réformes et de lois produites par les Etats américains à la fin des années 1980 et appliquées dans les années 1990, regroupant des listes de contrôle pour les établissements de soins infirmiers. La démarche initiale OBRA consistait en l'élaboration d'un projet de soin à partir d'une évaluation globale de la personne âgée en tenant compte de ses droits et de sa qualité de vie. A la même période, les premières études américaines ^[17,88] apparaissaient et apportaient la preuve que la diminution du taux de contention n'entraînait pas d'augmentation de la morbidité. On a alors observé dans les années qui suivirent une tendance à la diminution des pratiques de contention physique.

2. Epidémiologie [10,36,44,80,92,96]

Une personne âgée à trois fois plus de risque ^[42,71] de bénéficier d'une contention physique au cours de son hospitalisation, qu'un adulte lambda.

L'évolution de la population française est marquée par un accroissement et un vieillissement indéniable. Cette donnée est connue de tous, cependant les chiffres permettent de mieux visualiser cette notion.

L'espérance de vie à la naissance

- 1784 : 24 ans
- 1889 : 45 ans
- 1989 : 75 ans
- 2011 : 82 ans (78 ans pour les hommes, 85 ans pour les femmes)

Augmentation du nombre de personnes âgées

- 1950 : 11,4 % de la population française, soit 4 748 000 personnes, de plus de 65 ans.
- 1990 : 13,9 % de la population française, soit 7 864 000 personnes, de plus de 65 ans.
- 2005 : 16,4 % de la population française, soit 9 955 000 personnes, de plus de 65 ans.

Le vieillissement est-il une chance ou un problème ?

Le « bien vieillir » est un des enjeux de la politique de santé publique actuelle. La société et les équipes soignantes se rejoignent en prônant la liberté de l'individu, une qualité de vie préservée, avec un moindre coût pour la société. Les défis à venir vont devoir conjuguer la longévité et les dépendances qui en découlent.

Cette notion de dépendance renvoie à la notion d'accroissement des besoins de santé et d'assistance dans les actes de la vie quotidienne. Cette dépendance est notable, car elle s'inscrit dans une durée, liée à la perte d'autonomie. Lorsqu'une personne âgée devient dépendante, la famille a un rôle essentiel, de pilier, mais ce rôle familial envers les aînés devient de plus en plus précaire avec l'allongement de

la durée de vie et les difficultés économiques de la population active. En ce sens, la dépendance a un coût social et économique. Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), la prise en charge de la dépendance dans sa globalité a un coût pour l'Etat, oscillant entre 1 et 3 % du PIB.

3. Définitions

Afin de mieux comprendre ce sujet et ses enjeux, nous avons approfondi quelques notions essentielles concernant la contention physique passive de la personne âgée utilisée en milieu hospitalier.

1. Personne âgée

Selon l'OMS, une personne âgée se définit par un âge supérieur à 65 ans. Mais selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'âge de 75 ans est un âge plus pertinent si l'on considère les populations les plus exposées à la perte d'autonomie associée à un terrain de fragilité, la fragilité se définissant comme un état médico-psycho-social instable.

2. Contention physique passive

a. Selon l'HAS ^[42]

Il s'agit « de tous les moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir une sécurité physique pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. »

b. La définition de Fromage et al. 2003 ^[34]

« L'ensemble des moyens physiques visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne qui nécessitent l'aide d'un tiers pour être enlevés. La contention suppose donc l'intervention d'un tiers à deux moments. »

Le CDRH (Center for Devices and Radiologic Health), organisme dépendant de la FDA (Food and Drug Administration) propose la définition d'une contention protectrice : il s'agit d'« *un dispositif incluant : bracelet de poignet, bracelet de cheville, gilet, mitaine, veste droite, maintien de l'ensemble du corps ou d'un membre, ou autre type d'attache dont le but est médical et qui limite les mouvements du patient dans la mesure nécessaire pour effectuer le traitement, l'examen ou la protection du patient ou d'autres personnes.* »

La contention peut se définir en plusieurs sous-types pour le milieu médical.

c. La contention physique à visée rééducative

- Contention posturale : qui participe au maintien d'une attitude corrigée dans le cadre d'un traitement rééducatif. Elle est principalement utilisée par les médecins rééducateurs, les orthopédistes, les rhumatologues et les kinésithérapeutes.
- Contention active : souvent réalisée par un kinésithérapeute, notamment en gériatrie afin de préparer à la verticalisation après une période d'alitement prolongée.

d. La contention physique à visée de contrainte physique

- Contention médicamenteuse : notamment par l'usage de psychotropes.
- Contention psychologique : contraintes verbales associant une pression psychologique d'une personne présentant une position de supériorité par rapport à une autre, « *ne marchez pas là...* », « *pas besoin de vous lever, vous pouvez faire pipi, vous avez une protection* ».
- Contention physique passive : utilisation de matériaux de contention de façon à contenir un membre ou une partie du corps fixe (cette partie sera détaillée et définie ultérieurement).

3. La maltraitance envers les personnes âgées ^[3]

La problématique de la maltraitance est un thème faisant l'actualité de manière récurrente depuis plus de trente ans. Elle est pour la première fois abordée lors d'un colloque européen en 1987 ayant pour thème les violences intrafamiliales et notamment les violences envers les personnes âgées ^[14].

Le Conseil de l'Europe, 1990, avance une définition de la violence :

« La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement au développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

La déclaration de Toronto (17 novembre 2002) définit le terme de maltraitance de la personne âgée :

« On entend par maltraitance des personnes âgées, un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée. »

Selon le réseau international pour la prévention de la maltraitance aux personnes âgées ^[77], la maltraitance est une problématique, certainement sous-estimée, qui concerne :

- 10% des personnes âgées de plus de 60 ans.
- 15% des personnes âgées de plus de 75 ans.

Le terme de maltraitance englobe d'autres actions : les violences, plus ou moins conscientes, actives ou passives. Les abus, quant à eux, supposent une action directe et volontaire et peuvent se diviser en plusieurs catégories :

- Les violences physiques représentées par les coups et blessures, ainsi que les contentions.
- Les violences psychiques, souvent exercées par la famille comprenant les intimidations, les menaces : *« si tu ne fais pas plus attention, on te place à la maison de retraite... »*.
- Les violences sexuelles.

- Les abus, dont la plupart sont financiers.

En institution ^[35,97], les principales maltraitances concernent les violences psychologiques et les négligences. Selon le dispositif ALMA (Allô Maltraitance des personnes âgées), ces maltraitances institutionnelles concernent 20% des appels ^[76].

Les négligences ^[70] sont plus subtiles et moins directes. Elles émergent souvent d'une volonté initiale de bienfaisance, une volonté louable, mais dont la réalisation n'est pas en adéquation avec la possibilité physique et/ou psychologique de la personne. Ainsi, les négligences prennent fréquemment naissance dans des actions mal adaptées, se regroupent en créant « un syndrome de négligences », s'intégrant à une situation complexe.

Les négligences peuvent se subdiviser elles-mêmes en deux sous-catégories : les passives et les actives.

Les négligences passives se définissent par un âgisme ^[16], par un ensemble de préjugés, dans lesquels il existe une comparaison entre l'homme en pleine force de l'âge et la personne âgée. Cette idée sous-entend que l'âge autorise ou non la réalisation de certaines actions, plutôt que d'envisager d'adapter l'action à l'âge (par exemple dans la vie de tous les jours : changer le mode de transport, raccourcir le voyage, prendre d'autre précaution...). Les contraintes médicales institutionnelles participent aussi dans leur fonctionnement, d'une certaine façon, à des négligences. Le fait de distribuer des repas et de demander de se coucher à des horaires fixes, alors que le rythme habituel de ces personnes était probablement différent. Il y a ainsi une inadéquation entre la nécessité de fonctionnement des services et les habitudes propres des individus. Les négligences relèvent alors davantage d'un manque de compréhension, d'ignorance, d'inattention de l'entourage et d'obligations administratives et institutionnelles.

Les négligences actives, quant à elles, correspondent surtout à des soins non adéquats, à des défauts de soins, d'hygiène, de nourriture (alimentation mixée donnée sans vérifier le dentier, change pour éviter de salir les draps). Les négligences et leurs conséquences sont plus conscientes dans l'esprit des soignants.

Certains facteurs de risques permettent de cibler les populations de personnes âgées à risque de maltraitance ^[70] :

- Avoir plus de 75 ans.
- Etre une femme.
- Une histoire de victimisation antérieure (violences familiales ou autres).
- Une dépendance physique, psychologique, sociale, environnementale, financière.

La maltraitance de la personne âgée en institution est liée à plusieurs composantes : un ou plusieurs maltraitants et une personne âgée « vulnérable ». ^[97]

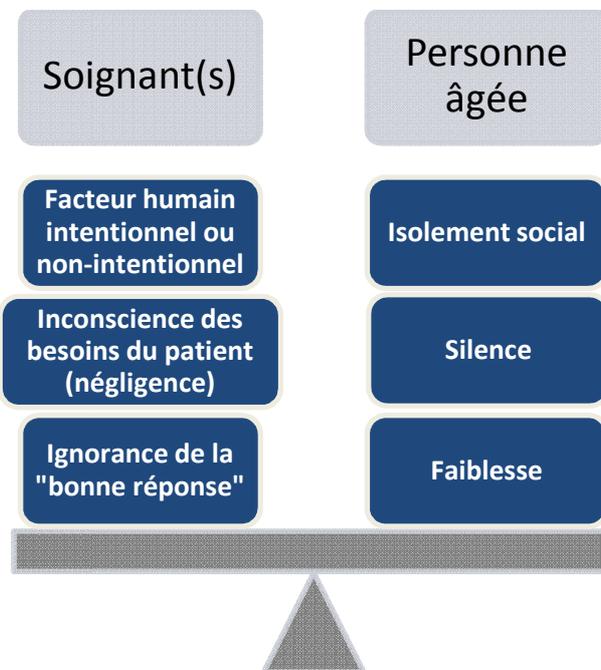


Figure n°1 : Les six piliers de la maltraitance de la personne âgée ^[61]

Ainsi, au final on peut proposer une définition de la maltraitance comme « *toute action ou manque d'action qui a entraîné un dommage ou un préjudice psychologique, social ou financier à une personne en situation de faiblesse.* ^[62] »

La maltraitance, en plus d'être un enjeu social, s'avère être un enjeu politique. En France, les gouvernements successifs ont travaillé pour élaborer des plans d'actions

visant à détecter, étiqueter et recenser les maltraitements, afin de mieux les appréhender. Ainsi est né un réseau national HABEO-ALMA, avec des antennes relais régionales. Des textes législatifs émergent peu à peu.

La circulaire N°DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'Etat dans le département au titre de la protection des personnes : le gouvernement se doit d'être un acteur majeur de la promotion de la bientraitance, en partant du principe qu'il est le garant des faits de maltraitance, de renforcer les contrôles et de veiller au développement de bonnes pratiques professionnelles favorisant la bientraitance au sein des institutions. En résumé, un médecin qui reste silencieux devant des faits de maltraitance peut être poursuivi pour non-dénonciation d'infraction si la victime ne peut exercer physiquement ou psychologiquement ses droits. ^[58]

Depuis 2007, la politique nationale a ciblé trois axes de travail principaux dans ce domaine :

- Le signalement et le traitement des situations de maltraitance.
- Le contrôle et l'accompagnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- L'amélioration de la connaissance du phénomène de maltraitance.

Il s'agit d'établir un plan d'éducation du personnel soignant, selon une promotion et une approbation des bonnes pratiques professionnelles. Un logiciel accessible à tous les établissements de santé, « *PRISME* », permet de signaler des cas de maltraitance, de centraliser les données et d'ainsi faciliter la réaction.

4. La bientraitance ^[75,82]

La bientraitance est un terme moderne. En 2007, le Ministre délégué à la Sécurité sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Philippe Bas, en a fait un plan de lutte de la maltraitance et de la promotion de la

bienveillance. Par la suite, en 2008, l'ANESM publie des recommandations à ce sujet et pose certaines définitions et objectifs.

La bienveillance se définit alors comme une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Il s'agit alors d'un concept non pas antinomique de la maltraitance mais d'un terme regroupant deux entités, d'une part la nécessité de répondre aux droits fondamentaux du patient et d'autre part une action individuelle s'intégrant dans une politique d'action collective.

MobiQual est une action nationale de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie, portant sur plusieurs thématiques, dans le but d'aider à l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment la bienveillance depuis le plan d'action de 2007.^[20,83]

5. L'éthique

L'éthique est employée dans le langage courant comme un acte de réflexion sur une action bien fondée, répondant aux codes sociaux de l'époque. Elle est la « Science ayant pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du bien et du mal » (dictionnaire médical Lalande, 2006). Toutes les démarches de réflexion sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles actuelles en découlent forcément, régissant notre système de soin français.

II. L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE EN PRATIQUE

1. Les moyens de contentions physiques passives utilisés

Différents moyens de contention existent et sont utilisés en fonction de la contention souhaitée diurne, nocturne, au lit ou au fauteuil ainsi que de leur disponibilité.

1. Les moyens spécifiques ^[4,37]

Ils sont définis par des objets qui ont pour unique fonction de contenir un patient.

- Gilets, sangles thoraciques, ceintures pelviennes.
- Attache-poignets et chevilles.
- Sièges gériatriques, siège avec un adaptable fixé, tables roulantes.
- Barrières de lit ou bat-flancs.
- Pyjadraps.

Différents exemples de contentions règlementaires observés au cours de l'étude

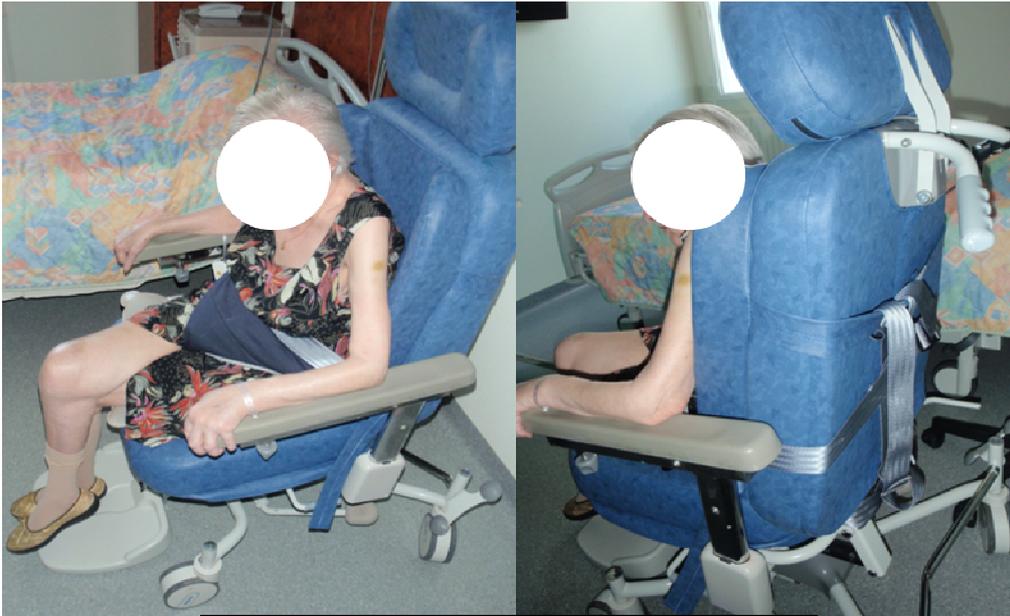
- *Au fauteuil*



Attache poignet reliée au fauteuil



Sangle thoraco-abdominale reliée au fauteuil



Ceinture pelvienne reliée au fauteuil

Illustration n°1 : exemples de contentions utilisées au fauteuil

➤ *Au lit*



Bat-flancs , position haute

Matelas gymnastique, en prévention d'une chute

Contentions poignets reliées au lit

Illustration n°2 : exemple de contention utilisé au lit

➤ *Quelques données sur le concept du Pyjadrap*

Le Pyjadrap, ou Sécuridrap® (cf. annexe n°2), est un moyen récent de contention créé afin de respecter la dignité de la personne âgée confuse, tout en maintenant une contention physique. Il a été élaboré en partenariat avec le centre hospitalier de Roubaix, dont le Dr F. CAMUS est l'initiateur, et une société de vêtements spécialisée dans la conception de vêtements promouvant l'autonomisation de la personne handicapée, dont le concepteur est Jean-François DECALONNE. Se rapprochant du mode de couchage des nourrissons (turbulette ou gigoteuse), ce format apporte une notion de sécurité (principe de l'emballage), d'hygiène (l'individu ne pouvant accéder à sa couche). Ce système permet aussi une mobilisation, notamment un couchage naturel comme le désire l'individu (position ventrale, dorsale, fœtale) avec une possibilité de s'asseoir, un accès aux soins (œillets permettant la perfusion d'hydratation). Des adaptations sont en cours, notamment un agrandissement de l'œillet pour le passage de la sonde gastrique et une ouverture en partie basse pour le passage de la sonde urinaire.

Il se compose d'une partie inférieure dont le principe est identique au sac de couchage, à partir duquel est relié un haut assimilable à un pyjama à manches longues. La partie inférieure doit se fixer aux parties mobiles du lit, permettant de suivre les mouvements du lit sans entraîner de compression, en cas de changements de position du lit. Les fermetures latérales permettent un accès simple et rapide aux soignants, tout en évitant au patient de se déshabiller. Ce mode de couchage n'est applicable qu'à condition de l'associer à la ceinture pelvienne (les nouveaux modèles ne permettent plus de les dissocier) et à des barrières de lit en position haute.

A ce jour, trois accidents de matériovigilance ont été recensés. Le principal risque est la projection dans le vide, alors que la personne est en partie maintenue par son couchage. Les accidents relevés (CHU de ST Etienne, maison de retraite ORPA (Observatoire Régionale des Personnes Agées) à Berne les Monts, CH Charité sur Loire) ont été soit dus à l'absence de barrière de lit, la personne ayant glissé sur le côté, soit l'absence de ceinture pelvienne avec un basculement dans le vide. Sur ces trois cas, un a entraîné le décès de la personne.

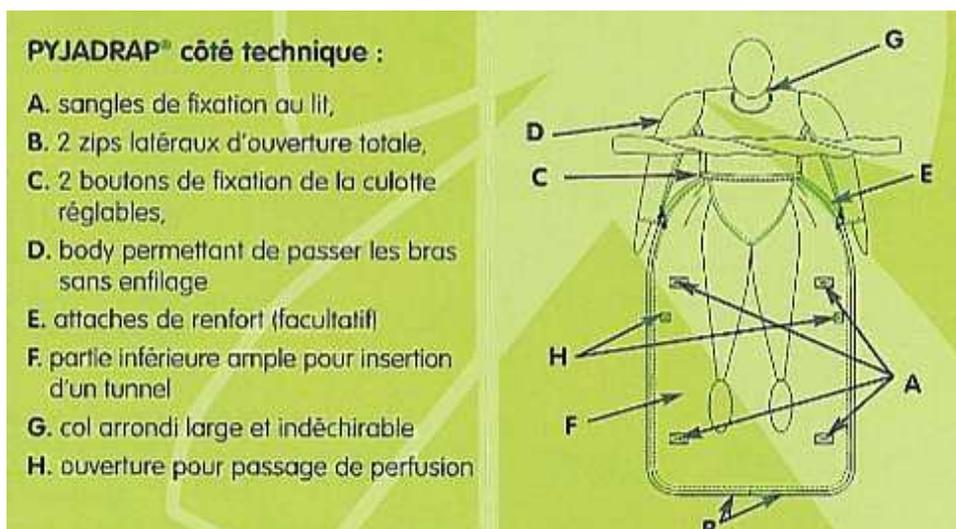


Illustration n°3 : Schématisation du Pyjadrap

Le coût reste élevé ce jour, avec un prix dans le commerce compris entre 110 et 160 euros, non remboursé par la Sécurité sociale. Le dispositif ne peut être remboursé en ce sens qu'il ne peut être qualifié de dispositif médical, mais faisant partie d'un matériel de contention.

Un dispositif médical ^[8] (directive européenne 93/42/CEE) est un instrument, appareil, équipement, logiciel, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques et/ou thérapeutiques, et nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci.

Ce produit de contention impose néanmoins une prescription médicale et le constructeur a imposé de déclarer tout accident secondaire à ce mode de couchage à l'Agence de matériovigilance. Malgré l'absence de possibilité de remboursement par la Sécurité sociale, de façon aléatoire, beaucoup de mutuelles répondent favorablement à la demande de remboursement si la démarche est personnelle, permettant pour certaines mutuelles un remboursement entre 50% et 60% du coût d'achat.

En étudiant les résultats d'une étude multicentrique incluant 60 résidents sur une période de 11 mois en 2009 ^[98], évaluant ce système de couchage comme système de contention dans le cas d'un patient dément présentant un risque de chute, plusieurs éléments ressortent. La satisfaction des soignants dans ce système était plutôt probante avec une satisfaction importante en ce qui concerne le respect de la dignité et l'aspect sécuritaire. L'intolérance de ce système de contention était de 13%

des cas, avec une évaluation mitigée en ce qui concernait l'accessibilité du patient pour les soins la nuit (problème identique aux combinaisons). Même si cette étude note un enthousiasme des soignants et des familles dans une alternative à la contention physique classique, aucune étude n'existe ce jour pour évaluer son efficacité sur la diminution du risque de chute.

2. Les moyens non spécifiques

Il s'agit de tout matériel ^[42,71] détourné de son usage qui limite les mouvements volontaires du corps.

- Draps
- Vêtements

2. Les motifs de ces contentions

Six principaux motifs ont été recensés par le personnel soignant pour expliquer les raisons d'une contention physique de la personne âgée^[31] :

1. Risque de chute réel ou ressenti par les soignants^[40,42].
2. Patients agités, difficilement contrôlables.
3. Auto-agressivité et hétéro-agressivité envers les soignants ou les résidents.
4. Déambulation excessive.
5. Protection du matériel médical.
6. Dépendance fonctionnelle, nécessité d'une contention suite à une défaillance fonctionnelle.

3. Des facteurs de risque

Des facteurs prédictifs ont été identifiés comme augmentant le risque de l'usage d'une contention physique passive en milieu institutionnel. Certains facteurs se recoupent avec les facteurs de risque de la maltraitance de la personne âgée. ^[7,27, 36,38, 54,74]

• Facteurs liés aux patients

- Le grand âge
- Le déclin cognitif
- La perte d'autonomie
- La marche instable
- Les états d'agitations aigus et chroniques
- Les comportements perturbateurs
- L'errance et fugue
- L'opposition aux soins
- La fracture de hanche

- **Facteurs liés aux soignants**

- Les croyances erronées sur l'efficacité de la contention.
- Le sentiment de sécurité primant sur la liberté de l'individu.
- La peur des représailles, de la part de la famille et/ou de l'administration.
- Une intolérance aux comportements perturbateurs, chronophages.
- La difficulté à gérer l'incertitude et le besoin de contrôle.
- Le stress, le burnout (syndrome d'épuisement professionnel), le sentiment d'impuissance.

- **Facteurs liés aux proches**

- Méconnaissance du problème et des enjeux de la contention physique.
- Un besoin de sécurité, le patient étant dans un cadre de soin, pour la famille, il est protégé de toute agression ou accident.

- **Facteurs liés aux établissements de santé, causes organisationnelles**

- Non application des procédures réglementaires.
- Dysfonctionnement d'organisation, d'encadrement, absence de projet de soin.
- Le manque d'effectif chronique, les arrêts de travail ou les congés maternités non remplacés.
- Des formations insuffisantes.
- Manque de moyens humains et/ou matériels.

4. Les risques et les conséquences de la contention

On estime entre 20 % et 80% la proportion de contention dans les établissements de longs séjours accueillant les personnes âgées. ^[42]

Evaluer les risques de la contention revient à évaluer ceux de l'alitement, avec une contrainte de posture supplémentaire pouvant apparaître par une position imposée par du matériel de contention.

1. Conséquences physiques

Les conséquences physiques pouvant découler d'une contention sont :

- Chutes graves
 - Tinetti montre que les chutes sont plus fréquentes chez les sujets soumis à une contention (17% contre 5%) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention. ^[88]
 - Capuzeti indique dans son étude de 1998, que la levée de la contention n'augmente pas le nombre de chute ou de blessure. ^[17] Cette étude a été réalisée en maison de retraite en comparant 119 sujets contentionnés contre 203 non contentionnés.
 - Une autre étude de Capuzeti 2002 indique dans la même lignée que l'usage des contentions telles que la mise en place de barrière de lit ne réduit pas de façon significative le nombre de chutes ni les blessures liées aux chutes. ^[18]
- Apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation. ^[33]
- Syndrome d'immobilisation (rétraction tendineuse, troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinences sphinctériennes, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit, hyperthermie et déshydratation)
- Déconditionnement, trouble de l'équilibre, perte de la marche.
- Escarres, points de compression, rhabdomyolyse et ses complications (insuffisance rénale, trouble du rythme sur hyperkaliémie).
- Risque d'infections nosocomiales.

2. Conséquences psychologiques :

Les conséquences psychologiques sont marquées par des angoisses, une auto-dévalorisation, l'aggravation ou l'apparition d'un syndrome dépressif, l'accentuation de la perte d'autonomie sur le long terme, un sentiment de dépendance psychologique et physique accru.

3. Augmentation de la durée d'hospitalisation

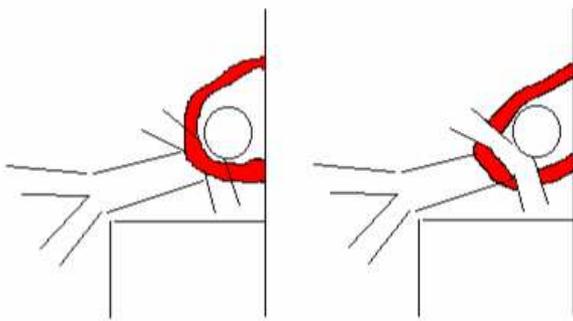
On constate une augmentation de la durée des hospitalisations au décours d'une contention physique, maintenue sur plusieurs jours, due en partie à une perte de force musculaire, un syndrome de glissement, une augmentation de la durée de la rééducation pour une reprise d'autonomie similaire à celle du début de l'hospitalisation.

4. Une augmentation de la mortalité

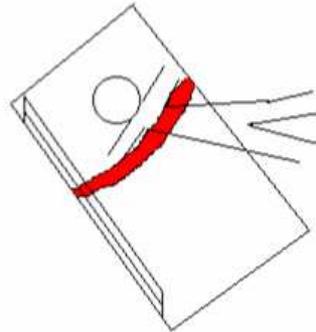
- Un risque parfois fatal à court terme. ^[32, 56, 57]

Les lits médicaux sont des dispositifs médicaux. Ils sont marqués CE selon la directive européenne 93/42/CEE et ses annexes. Ce marquage est obligatoire depuis 1998. Ce sont des dispositifs médicaux de classe 1, c'est-à-dire à faible degré de risque. ^[53]

Après avoir traité le danger potentiel des barrières de lit, une étude de l'AFSSAPS ^[48] de 2011 s'est penchée sur la problématique du risque d'étouffement dans l'usage de la ceinture pelvienne et du gilet de contention comme moyen de contention physique. Entre 1999 et 2010, en France, 20 cas d'étouffement ont été rapportés dans le cadre de la matériovigilance, dont 14 ayant entraîné la mort. Ces étouffements sont la conséquence d'une compression thoracique ou au diaphragmatique, secondaire à un déplacement de la sangle initiale. L'étude a eu pour but d'établir les raisons de ces asphyxies survenus au lit et au fauteuil, afin d'en dégager des directives.



Etouffement avec une ceinture pour le maintien au fauteuil



Etouffement avec une ceinture pour le maintien au lit

Illustration n°4 : Schématisation de situations d'étouffement avec une ceinture de maintien au fauteuil et au lit

Les recommandations à l'issu de cette étude, ont mis en exergue le fait qu'il s'agit d'un acte médical. La prescription médicale est obligatoire, après avoir évalué le rapport bénéfice/risque, à la suite d'une concertation pluridisciplinaire.

Une fois le besoin confirmé, la taille et le poids sont indispensables. L'évaluation du serrage initial est primordiale, mais il doit être régulièrement réévalué, afin de réajuster la position de la personne, surtout en cas d'agitation.

Le port d'une contention avec maintien pelvien semble indispensable pour éviter tout glissement de la personne vers le bas.

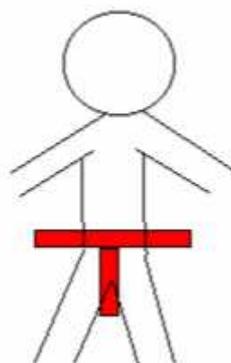


Illustration n°5 : Schématisation d'une ceinture pelvienne

Les principaux éléments relevés pour la contention au lit sont d'attacher la contention à des parties fixes (cadre du lit), de surélever le buste si possible, de positionner le lit au plus bas possible. Ceux relevés pour la contention au fauteuil sont le fait de bien

avoir la zone lombaire contre le dossier du fauteuil, d'incliner légèrement le fauteuil en arrière et d'utiliser les repose-pieds.

A noter que des cas de compression abdominale massive par une ceinture abdominale de contention sont retrouvés, entraînant une hémorragie péritonéale et un choc hémorragique à l'origine du décès^[59].

Dans le rapport de l'ANAES de 2000, un décès sur 1000 est imputable à la contention en institution pour les personnes âgées. Parmi ces décès, 78 % des personnes avaient plus de 70 ans (58 % secondaire au maintien au fauteuil, contre 42 % pour le maintien au lit).^[57]

L'Europe a vu apparaître les mêmes événements indésirables suite à l'usage fréquent de ces barrières de lit pour la personne âgée, des services équivalents avec la mise en place de recommandations et de services de matériovigilance ont vu le jour (Swissmedic ou MDA)^[87]. Il en est de même pour l'Amérique du nord avec la FDA ou Santé Canada.

Les barrières de lit sont à l'origine de nombreux accidents : entre 2006 et 2011, l'Agence a reçu 115 signalements concernant la chute ou le piégeage d'un patient lié aux barrières de son lit médical adulte, dont 27 ont entraîné le décès du patient concerné.^[2]



Illustration n°6 : Exemple d'un patient contenté au lit avec un gilet de contention, glissant vers la partie inférieure du lit et risquant de se retrouver bloqué à la partie inférieure du lit.

5. Les alternatives à ces contentions [11,31,38,53,60,65,90]

Pour la personne âgée dépendante, fragile de son état, un risque de chute se majore avec le degré de sévérité de sa dépendance. Les facteurs de risque de chute sont connus : l'âge supérieur à 80 ans, la polymédication, les états démentiels. Dès lors que la personne âgée réside en institution, son risque de chute s'accroît. Si nous nous basons sur les données de la littérature, l'incidence des chutes en institution est de 1,5 chute par lit et par an [22]. A la suite des analyses du gouvernement dans l'évaluation des pratiques médicales et en analysant les chutes dans le contexte de morbidité et mortalité, la SFDRMG (Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale) avec l'HAS ont établi des recommandations en 2005 stipulant que « *c'est seulement en cas d'échec des alternatives à la contention et devant la persistance d'un comportement à risque que la contention peut être décidée, surveillée et réévaluée pour chaque patient.* »

Les études internationales ont démontré, et ce depuis longtemps, que la contention ne réduit pas les risques de chute et qu'elle peut être à l'origine de complications. En 1999, une étude américaine [67] pointait déjà les succès et échecs de méthodes alternatives à la contention pour la personne âgée [64]. Il existe plusieurs approches connues pour limiter le recours à la contention physique passive. Elles se regroupent par catégories [6] : des modifications physiques et environnementales, une approche occupationnelle, une approche soignante et une approche socioprofessionnelle (cf. annexe n°4).

Des modifications du matériel :

- Adaptation des fauteuils.
- Aides à la marche.
- Lit en position basse.
- Aides techniques pour que la personne réalise des activités elle-même.
- Augmentation de la luminosité, parcours de marche délimité.
- Personnalisation des chambres.

Une approche soignante différente :

- Revoir les traitements.
- Traiter les déficits sensoriels (port de lunettes, audioprothèse, dentier).

- Soulager la douleur.
- Respecter les temps de sommeil et de repas.
- Favoriser une bonne hydratation.
- Accepter une prise en charge par l'ergothérapeute.

Une approche socio psychologique accentuée :

- Encourager les liens sociaux, les visites, intégrant ainsi l'entourage dans cette dynamique.
- Inciter à une plus grande autonomie, mais adaptée à la personne.

Le développement d'une approche occupationnelle :

- Activités de groupe, promenade.
- Favoriser des activités en fonction des préférences des individus.

Il s'agit ainsi d'évaluer les besoins, l'environnement de la personne soignée, avec une proposition unique au cas par cas ; l'objectif étant de consulter le personnel médical et paramédical, le patient lui-même sur son vécu, son ressenti et ses attentes, avec la participation de la famille s'intégrant à part entière dans ce projet. Les besoins et les propositions alternatives en découlant seront ainsi différents s'il s'agit d'une personne à prendre en charge pour un risque de chute, une agitation et/ou une confusion ou une déambulation excessive.

Ces projets sont idéaux, souvent chronophages et ont du mal à s'imposer dans les hôpitaux ou les maisons de retraite. Néanmoins, force est de constater que ce sujet commence à faire progresser les mentalités et nos habitudes.

Quelques exemples concrets d'alternatives à la contention physique

Alternatives lorsqu'une contention est utilisée en prévention d'un risque de chute^[85]

- Ergothérapie

La prise en charge par l'ergothérapeute ^[1,66] peut être considérée comme une alternative à la contention de la personne âgée au fauteuil. L'ergothérapie vise à « *permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle,*

sociale ou professionnelle ^[71]. » L'ergothérapeute va contribuer à la rééducation, en augmentant les possibilités du patient. Il va faciliter l'aménagement de l'environnement, lutter contre l'inconfort des personnes, travailler sur l'adaptation des postures anticipées ^[73] (préparer le corps à un état d'équilibre instable et anticiper les réponses du corps, par exemple, en luttant contre la rétropulsion).

➤ Prescription de protecteurs de hanches ^[84]

Le port de protecteurs de hanche se trouve être une autre alternative à la contention, à condition d'être tolérés et portés, lorsque la contention est utilisée en prévention d'un risque de chute. Le risque de fracture du col fémoral est proche de 0% avec le port d'un protecteur rigide et ce dernier réduit de 80% le risque de fracture avec le port d'un protecteur souple.

Cette prescription médicale « *port d'une paire de protecteurs de hanches* » est remboursée dans certains cas par la sécurité sociale, après explication. Le coût est en moyenne de 123 euros pour trois culottes renforcées. Au moins quatre marques réalisent ces culottes de protection : KPH, AirChoc, SafeHip, Hips.



Protecteur rigide



Protecteur souple

Illustration n°7 : Modèles de protecteurs de hanches

Alternatives lorsqu'une contention est utilisée en cas d'agitation aiguë

En cas d'agitation et d'hétéro-agressivité, une incompréhension des actions entre le patient confus et le soignant s'accroît progressivement, si les deux individus campent sur leurs positions. Des alternatives comportementales, comme le fait d'expliquer les interventions avant tout contact physique avec la personne, lui permettre de les suivre lors de la ronde, proposer un café ou un thé à partager avec la personne, faire une diversion autobiographique...peuvent être des solutions afin de contrer la montée en puissance de l'état d'agitation.

Les unités cognitivo-comportementales utilisent quant à elles souvent le choix de laisser les patients déambuler avec un environnement adapté, de larges couloirs, la possibilité de sortir dans des jardins accessibles et sécurisés librement...

6. Le référentiel de l'HAS sur cette pratique

Critère 1 : La prescription 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 des 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 la contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ou 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 après **réévaluation**, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

7. L'algorithme décisionnel ^[25]

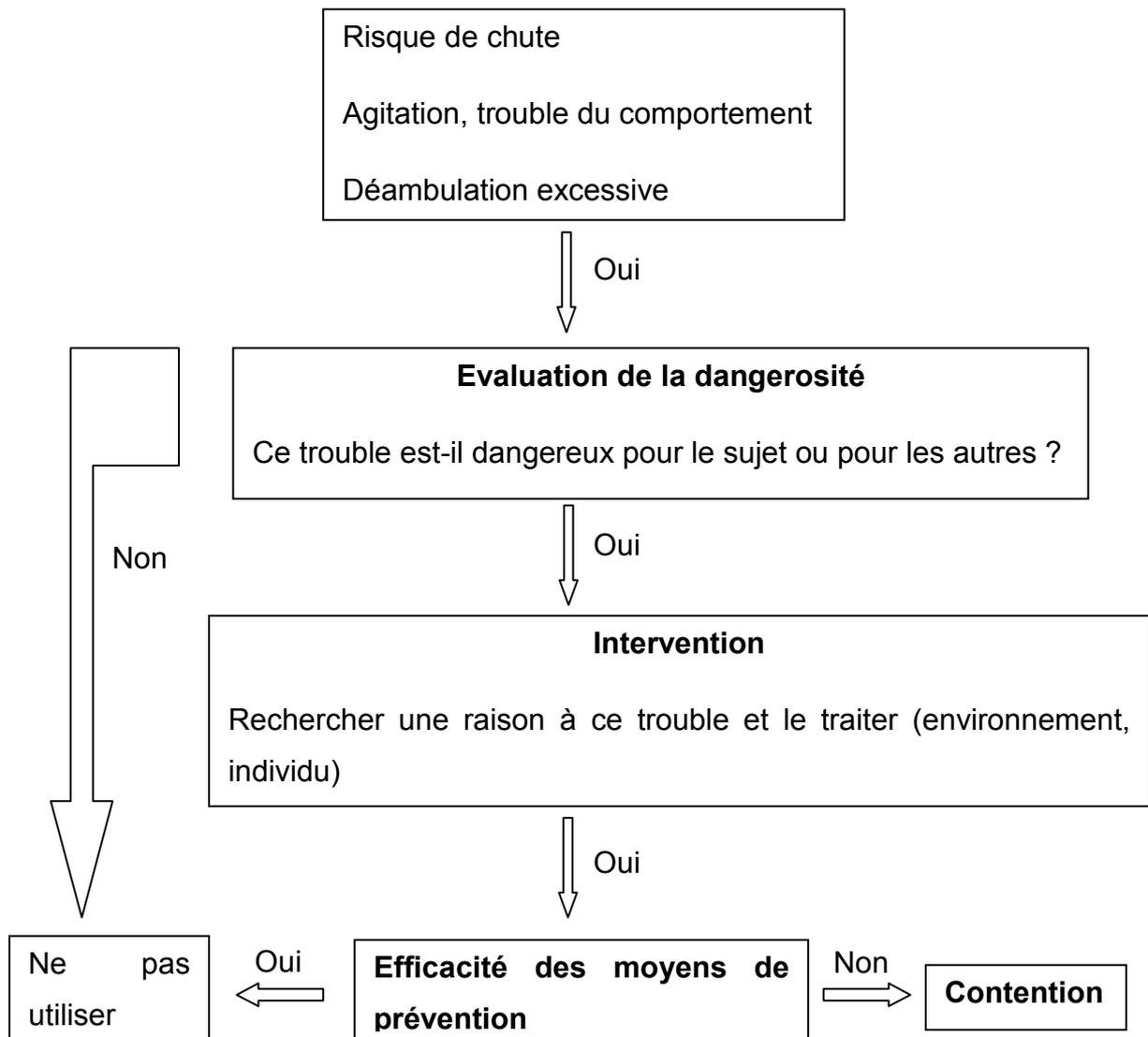


Illustration n°8 : Algorithme décisionnel sur le port d'une contention physique, selon les recommandations de la société de gériatrie et de gérontologie

III. CONTENTION ET LEGISLATION [58, 69, 80, 81, 86]

La contention est un acte illicite, mais perd cette dénomination dès lors qu'elle répond aux critères dérogatoires de la pratiques des soins, à savoir : la finalité du geste médical, le consentement de la personne.

La médicalisation du geste entraîne une déculpabilisation du soignant, d'où l'importance de notifier cet acte par une prescription médicale.

L'idée d'une contention physique pour autrui met à mal le principe de liberté individuelle et d'égalité cher aux français. Citons ainsi Rousseau : « *Renoncer à sa liberté c'est renoncer à sa qualité d'homme* ».

La France a tardé à légiférer, laissant ainsi au médecin les pleins pouvoirs. A partir des années 1990, un changement s'opère dans les relations médecins-malades, bien que toujours contractuelles, la relation paternaliste glisse vers un modèle plus équitable, un modèle autonomiste. Le patient devient un acteur à part entière dans les soins et sa prise en charge, il devient actif. Cette évolution de pensée est marquée en 1995 par la Charte du patient hospitalisé, issue d'une circulaire ministérielle, formalisant cette relation. La reprise de cette Charte par la Loi Kouchner du 4 mars 2002, formalise ses droits, les réaffirme, et appuie légalement ce courant de pensée, donnant un début de cadre législatif à la pratique médicale moderne.

1. La notion de responsabilité

La responsabilité représente l'obligation, morale ou juridique, de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences.

En discutant avec les soignants, la crainte d'une plainte judiciaire, secondaire à un acte de soin, s'avère importante. Cette crainte est présente en cas de mise en place de contention physique passive. Et pourtant beaucoup de soignants mettent des contentions sans trop se poser de questions...aux urgences par exemple, en cas d'agitation aiguë.

Cette question se pose d'une part car le système juridique français apparaît souvent comme opaque pour la population et d'autre part l'absence de textes de loi, encadrant la pratique de la contention médicale. De plus, il s'agit d'une prescription médicale, mais le médecin n'agit pas directement, la réalisation de la contention contraignante sera effectuée par le soignant, qu'il soit en accord ou en désaccord.

En réfléchissant sur le sens de cette question, ce qui interroge le soignant, c'est sa responsabilité engagée dans cette action. Mais de quelle responsabilité parle-t-on, d'une responsabilité sanction (pénale ou disciplinaire) ou indemnitaire (civile ou administrative)? Dans le premier cas, il s'agit de sanctionner l'action ou le comportement d'un individu vis-à-vis de la société, en ayant une fonction de répression. Dans le second cas, il s'agit de dédommager pécuniairement une victime d'un dommage occasionné par un tiers.

1. Responsabilité civile

En cas de responsabilité civile, on parle soit d'une responsabilité délictuelle, entre deux individus lambda, soit contractuelle, lorsqu'il existe un engagement mutuel, synallagmatique, que celui-ci soit tacite ou écrit. La responsabilité médicale civile rentre alors dans une responsabilité contractuelle.

En général, entre un patient et un médecin, il s'établit une relation de soin, une relation contractuelle. Pour qu'une responsabilité soit engagée envers un médecin, il faut qu'une faute soit commise, qu'il en résulte un dommage et qu'il existe un lien de causalité direct et certain. Sur ce principe, la responsabilité contractuelle civile du médecin libéral peut être engagée. Il appartient à la victime se sentant lésée et ayant subi un dommage, ou par le biais de ses ayants-droits, d'apporter la preuve de la faute. Pour être recevable, cette faute résultante doit être directe et certaine.

Le Code civil aborde dans son article 16-3 le principe de l'inviolabilité et du respect du corps humain : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain sauf nécessité médicale pour la personne* ».

2. Responsabilité administrative

Dans certains cas, la relation entre un médecin et son patient est extracontractuelle, c'est le cas notamment lorsqu'un patient est hospitalisé dans un hôpital, le patient passe un contrat tacite avec l'établissement et non avec le médecin directement. La responsabilité du soignant est substituée par celle de son employeur, l'établissement pouvant être qualifié de personne morale. L'hôpital est responsable indemnitaires de ses agents, sous la gouvernance d'une responsabilité administrative.

La responsabilité administrative est autonome et n'est pas dépendante du code civil. D'un point de vue indemnitaires, une faute d'un personnel médical engage la responsabilité de l'administration hospitalière. L'administration ne peut quant à elle se retourner contre l'agent qu'en cas de faute détachable du service (cas exceptionnels, notamment une ivresse au moment de la réalisation d'actes de soins, réalisation d'actes illicites...).

Les obligations du médecin selon la loi hospitalière existent néanmoins. L'exercice médical se doit d'être conforme aux règles de bonnes pratiques médicales et aux règles de déontologie.

- Le médecin a l'obligation de donner des soins attentifs, conformes aux données actuelles de la science.
- Il a devoir d'humanisme, le respect du consentement, de secret médical et une information claire, loyale et appropriée.

Une distinction est faite entre les actes médicaux découlant d'actes réalisés par le médecin, ceux prescrits et réalisés par un soignant paramédical sous l'ordre d'un médecin et les actes de soins ou d'organisation du service correspondant à tous les actes hors diagnostic ou traitement (patient qui tombe de son fauteuil, patient qui fugue...). Sur le même principe que pour la responsabilité civile, la victime a apporté la preuve de la faute, mais pour certains cas, une présomption de faute existe, évitant au patient d'apporter la charge de la preuve, mais ces applications sont limitées (infections nosocomiales, complications post-vaccinations obligatoires...). Toute plainte secondaire à des contentions ne rentrerait pas dans cette catégorie de présomption de faute.

3. Responsabilité disciplinaire

La responsabilité disciplinaire est le reflet de tout manquement au Code de déontologie, illustrant les règles de l'art de la pratique médicale. Ce Code est le reflet des principes moraux et des usages régissant la profession médicale et donne certaines directives. Il s'agit d'un droit continu, c'est-à-dire que tout ce qui n'est pas conforme à la règle est une faute pour la déontologie.

Le Code de déontologie est intégré au Code de santé publique depuis la loi du 04 mars 2002. **Article 36 du Code de déontologie médicale** : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.* »

Article 382 du Code de Santé Publique : « *L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensable à l'exercice de la médecine, et à l'observation par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie* ».

4. Responsabilité pénale

Même si la responsabilité pénale ne représente qu'une petite proportion des plaintes engagées envers les soignants, de par la publicité occasionnée et les sanctions potentielles attribuables, elle n'en reste pas moins inquiétante.

Si l'on observe les données des assurances en 2007 extraites d'une présentation du Dr C. MANAOUIL ^[77], pour les 63 dossiers étudiés au pénal par la SHAM (Société hospitalière d'assurances mutuelles), 38 dossiers ont donné lieu à un non lieu, 14 à une relaxe et 9 (14% des plaintes) à une condamnation. Pour la MACSF, les plaintes ont concerné 9 médecins hospitaliers (dont 5 condamnations) et 12 médecins libéraux sur 21 mis en cause.

Code pénal

La responsabilité médicale pénale en cas de contention physique passive ne pourrait être évoquée qu'en cas d'atteinte volontaires à la vie ou à l'intégrité de la personne.

Article 121-3 du code pénal, concernant l'atteinte à l'intégrité physique : « *une violation manifestement délibérée à une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement.* »

Article 122-7 du code pénal : « *n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger qui menace elle-même ou autrui accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne.* » Dans notre sujet des contentions, cet article pourrait s'appliquer ainsi : en protégeant le médecin et les soignants agissant dans le but de contenir un patient violent pour autrui, avec passage hétéro-agressif...

2. Le cadre législatif ^[50]

La loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation protège le patient avec l'introduction ou la réaffirmation des notions de liberté individuelle, un consentement et information.

La Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale précise dans son **Article L 311.3** : « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toutes personnes pris en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives qui lui sont assurés : Le respect de la dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.* »

La Loi du 4 mars 2002 renforce les droits du patient.

Art L.1111-4 : « *aucun acte ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ».

Art 1110-2 : « *la personne malade a droit au respect de sa dignité.* »

Art 1110-5 : « *les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ».

En novembre 2002, un arrêt imposant la création d'un comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées est créé initialement pour 3 ans. Le but de la mission était d'aider à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

En mars 2007, le Ministre de la Santé P. BAS a rédigé une instruction ministérielle : un plan en dix mesures pour agir contre la maltraitance des personnes âgées.

Les règles professionnelles s'appliquant spécifiquement aux infirmiers, selon les **décrets de mars 93**, puis **février 2002**, décrivent leurs **responsabilités et leurs obligations**. Certains articles peuvent se rapporter à la problématique de la contention.

Article 2 : « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.* »

Article 6 : « *L'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants, soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé d'un médecin.* »

Article 14 : « *L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.* »

3. Les autres textes

La Charte de la personne âgée dépendante, mise en circulation en mars 2006, marque l'appui de l'autonomisation dans les démarches de soins et la participation active, adhésion à la prise en charge médicale. Elle appuie le fait qu'une personne âgée ou en situation d'handicap a les mêmes besoins et droits qu'un autre individu, reflet de la devise française « *Liberté, Egalité, Fraternité.* »

Article 1 : « *Choix de vie : toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.* »

Article 2 : « *Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.* »

Certains textes à visée européenne et mondiale affirment le caractère de liberté individuelle indispensable, en contradiction avec l'usage de la contention physique passive.

Article 18 du **Traité instituant la Communauté Européenne de mars 1957**, évoque le principe d'aller et venir, « *toute limitation de liberté devant être strictement motivée.* »

Article 3 de la **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme** indique que « *tout individu a droit à la vie, la liberté et la sûreté de sa personne.* »

Il est inscrit dans **la Charte européenne du malade, usager de l'hôpital** que « *le malade usager de l'hôpital a le droit d'être informé de ce qui concerne son état.* »

4. Ethique

Après l'étude des responsabilités engagées, des chartes et des textes de loi se rapportant à ce sujet, la place de l'éthique se pose. Dans bien des cas, nous observons que le fait de discuter de la situation permet souvent d'apaiser des tensions interprofessionnelles, ainsi qu'entre les familles et les professionnels de santé.

Depuis quelques années, des formations, des groupes de paroles ^[72] se forment, permettant d'aborder les difficultés rencontrées par cette pratique. Parfois niée et cachée, par un sentiment de honte, elle reste encore trop souvent taboue. Possiblement car la contention physique de la personne âgée nous renvoie à une notion d'échec thérapeutique, utilisée lorsque les autres alternatives n'ont pas montré d'efficacité, révélant ainsi les limites de la science et du progrès médical. Lorsqu'elle est réalisée en raison du simple manque de personnel ou par manque de temps, la contention renvoie une image négative au soignant.

IV. L'INTERET DE CE TYPE D'ETUDE

1. Intérêt d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles

L'amélioration de la qualité des soins est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la garantie que « *chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat, conformément à l'état actuel des connaissances de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur d'un système de soins.* »

L'interne est par sa qualification un médecin en devenir, en formation continue, qui après plusieurs années de théorie, passe à la pratique. Il semble intéressant d'évaluer sa pratique professionnelle, au même titre que celle des médecins. D'autant plus que si les chutes sont un item à connaître pour l'examen national classant, aucun sujet n'aborde cette question. Si les soignants travaillant en gériatrie, confrontés au quotidien à ce sujet, ont les moyens de répondre à certaines questions, les internes, ne connaissant pas toujours tous les référentiels existants sur chaque pathologie, peuvent se sentir démunis.

Cette étude prouve l'intérêt d'une sensibilisation, d'autant plus que ce sujet pratique n'est pas abordé au cours de l'externat ou de l'internat.

Depuis la loi du 13 août 2004, « *tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, sont soumis à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Cette obligation n'est pas, à ce jour, étendue aux autres professionnels de santé exerçant une profession médicale ou paramédicale, mais ceux-ci sont impliqués dans la mise en place de l'Evaluation Professionnelle des Pratiques (EPP) à travers leur obligation de formation continue (loi du 9 août 2004) selon laquelle « l'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles ».*

Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles mentionne que l'EPP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste à mesurer ce qui est fait dans la pratique professionnelle, pour le comparer à la pratique attendue par les recommandations professionnelles. Ces recommandations peuvent être issues des études cliniques, de la réglementation, des conférences de consensus, etc. ; elles sont élaborées avec une méthode explicite par les sociétés savantes.

Pour cette évaluation des pratiques, elle n'a pas été enregistrée par un organisme agréé indépendant. Néanmoins, elle pourrait être évaluée secondairement.

2. Le développement professionnel continu (DPC)

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, indique que « *le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins* ».

Le journal officiel de la République Française a publié en mars 2013, la liste des orientations nationales dans les plans de développement professionnel continu pour l'année 2013. Parmi les orientations existantes, voici quelques orientations qui pourraient intéresser le thème d'une évaluation des pratiques, concernant la contention physique passive :

- L'orientation n° 1 consiste à contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients, dont un objectif s'y rapportant aborde les programmes d'études cliniques et épidémiologiques visant à évaluer des pratiques et à actualiser et/ou compléter des recommandations de bonnes pratiques.
- L'orientation n°2 consiste à contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients. Deux de ses objectifs se rapportent à l'amélioration de la qualité de vie du patient et la prise en charge des personnes fragiles et/ou handicapées, et de leur entourage ; à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.
- L'orientation n°3 consiste à contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la gestion des risques. Un de ses objectifs évoque la connaissance par les professionnels des responsabilités juridiques des différents corps de métier.

Ainsi, la méthode d'observation, les critères analysés, la phase de sensibilisation, d'auto-évaluation et de rétro-analyse des pratiques professionnelles sont le reflet de ses différentes méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles.

3. Les objectifs

1. L'objectif primaire

Afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement de la personne âgée, il est important de réaliser un état des lieux régulier des pratiques de contentions physiques.

L'objectif principal de notre étude a été de relever **l'amélioration de la traçabilité de la prescription de la contention physique passive dans les services de gériatrie du CHU de POITIERS en juillet et août 2013, par une étude « avant et après » de sensibilisation des internes du service sur les recommandations éditées par l'HAS.**

2. Les objectifs secondaires

Les objectifs secondaires, étaient :

- 1) Analyse descriptive des contentions physiques passives appliquées en gériatrie.
- 2) Etude du profil des patients contentionnés.
- 3) Analyse des modifications des traitements psychotropes en association avec la contention physique passive.
- 4) Comparaison des données recueillies par rapport aux recommandations de l'HAS.

PARTIE 2 : METHODE

I. TYPE D'ENQUETE

Il s'agit d'une évaluation des pratiques professionnelles, sous forme d'un audit clinique ciblé, dont le principe a été de recueillir des informations concernant la prescription de toutes les contentions physiques observées.

1. L'audit clinique ciblé

L'audit clinique ciblé (ACC) ^[42] est une méthode d'évaluation des pratiques, de première intention, permettant, à l'aide d'un nombre limité de critères, de comparer ses pratiques à des références admises, en vue de les améliorer.

Plus généralement, l'ACC s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING développé dans les années 1960.

Ce modèle, souvent appelé roue de DEMING ^[42] ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui s'enchaînent : Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais plan, do, check et act, d'où le modèle PDCA).

Ces quatre étapes constituant la base d'une démarche qualité, sont figurées ci-contre :

- **Planifier** (ou Programmer) : c'est l'étape de définition de la démarche d'évaluation (traduite dans le référentiel), puis d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes successives de l'étude.
- **Faire** : c'est l'étape de mesure de la pratique au regard du référentiel.
- **Analyser** : c'est l'étape où la pratique des soins dispensés pendant la période d'étude est analysée. Cette analyse implique la comparaison entre les données recueillies et les référentiels traduisant la "pratique idéale" et la constatation d'écart entre les deux.

- **Améliorer** : c'est l'étape essentielle, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à réduire les écarts observés à l'étape précédente. La phase de sensibilisation des internes, au cours de laquelle un état des lieux des prescriptions a été donné, a permis une réflexion sur leurs pratiques de prescription.

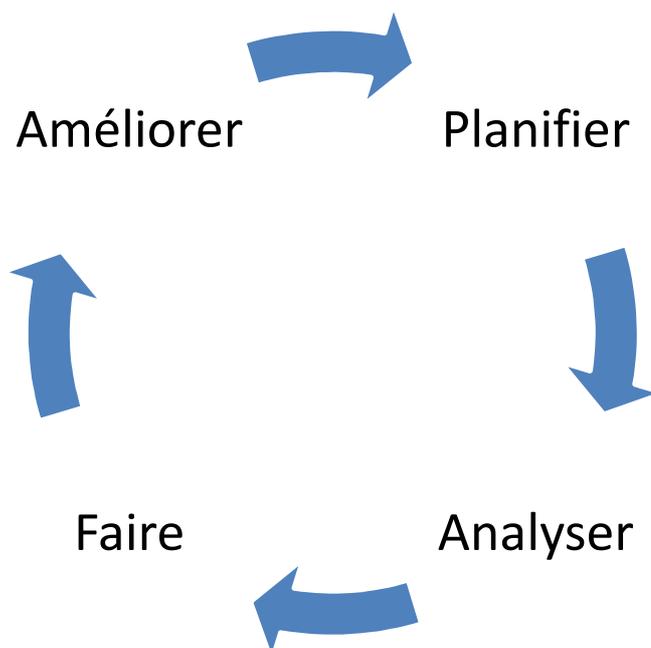


Illustration n° 9 : La roue de qualité, de DEMING.

2. Une étude « avant-après »

L'évaluation d'un programme de santé publique peut se réaliser sous forme d'une étude « avant-après », en comparant une population avant la mise en place d'une intervention et après. La situation initiale, avant, appelée phase 1 dans notre étude, a permis de servir de référence pour évaluer l'efficacité de la sensibilisation. La phase 2 de notre étude a correspondu à une analyse des pratiques à distance de la formation des internes, par rapport à la traçabilité de la contention physique passive retrouvée dans les dossiers de soins, selon les recommandations établies par l'HAS.

II. ETUDE PROSPECTIVE

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle et descriptive. Cette étude descriptive a eu pour objectif de rendre compte d'un phénomène de santé, la contention physique passive, de sa fréquence et de son évolution dans le temps au sein des différentes unités de gériatrie du CHU de POITIERS (court séjour, soins de suite, soins de longue durée), soit un total de 270 lits. L'étude a consisté en une observation directe des différents moyens de contentions sur deux périodes d'une semaine, réalisées en juillet 2013 (du 14 au 21 juillet) et août 2013 (du 11 au 18 août), à deux moments de la journée : entre 7h30 et 10h00 et entre 22h et minuit.

Entre les deux périodes, une réunion a été programmée pour diffuser les résultats de la première période et sensibiliser les internes sur les recommandations de l'HAS. Les internes n'étaient pas tenus au courant de la seconde période d'évaluation.

1. Population étudiée

Critère d'inclusion : toute personne hospitalisée ou institutionnalisée dans le pôle de gériatrie, contentionnée, observée lors d'un passage, sans critère d'âge.

Capacité totale d'accueil en nombre de lits de plus de 24 heures			
	Soins aigus	Soins de Suite et Réadaptation	Total
Unité A	20	15	35
Unité B	20	15	35
Unité C	12	17	29
Unité D	20	15	35
Unité E	0	27	27
UCC	0	12	12
EHPAD	0	97	97
Total	72	198	270

Tableau n°1 : La capacité totale d'accueil concernant l'ensemble des lits de gériatrie de l'étude.

Critères d'exclusions : aucune exclusion n'a été réalisée.

2. Taille de l'échantillon

Il correspond au nombre de situations de contentions observées durant les deux phases d'études, dans toutes les unités.

3. Méthode de recueil des données dans les services

J'ai été le seul investigateur de l'étude et me suis donc rendue dans toutes les unités de Gériatrie selon la fréquence précitée. Je faisais le tour des unités et relevais les patients avec contention. Je consultais ensuite le dossier de prescription pour chercher la traçabilité de la prescription de la contention. Le Pr Paccalin avait prévenu les cadres des unités que je serai amenée à y venir pour mon travail de Thèse sans préciser le sujet.

Lorsqu'un patient avait une contention, différents critères étaient relevés dans le dossier médical et infirmier :

- Données administratives ou sociodémographiques
 - Date, l'heure et l'unité observée.
 - Identité du patient (nom, sexe, âge).
 - Date d'entrée en hospitalisation.
 - Mode de vie habituel et mode de vie envisagé au décours de l'hospitalisation.
- Données médicales concernant le patient
 - Classification GIR.

L'état de dépendance a été évalué dans cette étude par l'indice du groupe iso-ressource GIR (score de 0 à 6), déterminant l'autonomie de la personne (classification donnée en annexe).

- Motif initial d'hospitalisation.
- Principales pathologies.

Il n'existe aucune définition précise de ce terme, nous avons défini la polypathologie^[89], à partir de l'association d'au moins deux pathologies.

- Connaissance d'un antécédent de chute préalable notifiée.
- Données sur la/les contentions :
 - Le type de contention :

- Au lit avec un gilet, des barrières de lit, des attache-poignets et/ou chevilles.
 - Au fauteuil avec tablette, attache-poignets et/ou chevilles, ceinture pelvienne.
- Tout accident en lien avec une contention.
- Données recueillies sur la/les prescription(s) en rapport :
 - Existe-il une fiche spécifique ?
 - La contention est-elle prescrite ? Par qui, à quelle date, pour quel motif est-elle appliquée?
 - Quel type de contention est spécifié ?
 - L'observation de la prescription est-elle conforme à la prescription ?
 - Quel est le motif spécifié dans le dossier par les soignants pour l'installation de la contention : démence, agressivité, risque d'autolyse, risque hétéro-agressif, déambulation, prévention de chute, préservation du matériel de soins (sondes vésicales, perfusions...) ?
- Données recueillies sur une notification des risques prévisibles de la contention et de la surveillance à effectuer.
- Données concernant la thérapeutique du patient :
 - Recueil du nombre de traitements pris au moment de l'observation.
 - Présence d'un traitement et ses modifications au cours de l'hospitalisation, en regroupant les traitements par classes étudiées, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les benzodiazépines et les antalgiques.

III. PHASE DE SENSIBILISATION

La séance de sensibilisation s'est déroulée lors d'un staff, au sein de pôle de gériatrie, le lundi 22 juillet 2013. Elle s'est effectuée en présence du chef de clinique, du chef de service de gériatrie et de 13 internes (9 internes et 4 faisant fonctions d'internes, travaillant dans les différentes unités de gériatrie), après la première phase de recueil des données.

Ils ont disposé de 10 minutes de réflexion pour remplir un questionnaire distribué (cf. annexe n°1). La consigne étant de réaliser un travail réflexif personnel autour de la contention physique passive.

Il s'en est suivi une présentation orale avec un support présentant les résultats de la première phase de l'étude, en abordant les différentes observations réalisées. Il a été fait état des résultats bruts sur la prévalence de la contention, et les prescriptions, en décrivant les données secteur par secteur afin permettre une visualisation directe de leur propre pratique.

La séance s'est clôturée par une description des différentes recommandations éditées par l'HAS sur ce sujet.

IV. ANALYSE DU CRITERE PRINCIPAL

La recherche de l'efficacité de la phase de sensibilisation concernant le critère principal a été menée en réalisant un test Khi^2 , en comparant la présence d'une prescription d'une part et de sa conformité d'autre part.

PARTIE 3 : RESULTATS

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION

27 patients différents ont été inclus dans la première phase et 29 patients différents ont été inclus dans la deuxième phase. Une même personne s'est retrouvée contentionnée lors de la phase 1 et de la phase 2.

Par ailleurs, chaque contention à chaque étape de recueil était relevée comme une entité indépendante, même si elle survenait sur un même patient. Ainsi, un même patient contentionné à 8h par une ceinture pelvienne, puis à 22h par un gilet et le lendemain à 8h à nouveau par un gilet représentent ainsi trois entités. Lors de la phase 1, la totalité des passages (matin et soir) a donc permis d'observer 87 contentions. Dans la phase 2, la totalité des passages (matin et soir) a permis d'observer 131 contentions.

	Femme	Homme	Femme	Homme
	Phase 1	Phase 1	Phase 2	Phase 2
Age moyen	85	86,2	85,4	83,4
Age minimum et maximum	[63-99]		[64-101]	
Score GIR moyen	2	1	2	2
Nombre d'individu différents contentionnés	18 (66,7%)	9 (33,3%)	9 (31%)	20 (69 %)

Tableau n°2 : Description de la population sur les critères de l'âge, du sexe et de l'état de dépendance. Score GIR : score d'autonomie à partir de la grille AGGIR

1. Concernant le sexe et l'âge

Il a été observé 18 femmes contentionnées lors de la phase 1, contre 9 lors de la phase 2. La proportion d'homme et de femme s'est inversée entre les phases 1 et 2.

La moyenne d'âge était proche au cours des 2 périodes de l'étude.

L'âge médian était de 86 ans pour les femmes dans la phase 1, 87 ans dans la phase 2. L'âge médian des hommes était de 85 ans dans la phase 1 et de 82 ans dans la phase 2.

Nous avons observé que le nombre de patients contentionnés était stable (une vingtaine) durant les deux semaines d'observation, avec une disparité selon les différents services (cf. p68).

2. Concernant l'état de dépendance

Sur l'ensemble des 56 patients contentionnés, on recense :

- 0 patient classé GIR 5 ou 6 (patients autonomes ou ne nécessitant qu'une petite aide partielle momentanée).
- 2 patients classés GIR 4 (dépendance légère).
- 5 patients classés GIR 3 (dépendance corporelle partielle).
- 19 patients classés GIR 2 (grande dépendance).
- 14 patients classés GIR 1 (dépendants pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne, mentale et corporelle).
- Seize dossiers ne mentionnant pas le statut GIR au moment de l'étude (lié à une arrivée récente dans le service).

3. Concernant le lieu de vie habituel

Nous avons constaté que plus de la moitié des patients habitait au domicile avant leur hospitalisation (52%), 34% des patients résidaient en EHPAD.

Lieu de vie habituel	Phase 1		Phase 2		Total général
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	
Domicile	10	2	3	14	29
EHPAD	4	5	6	4	19
Maison de retraite, Foyer logement	2	1	0	2	5
Sphère familiale	2	1	0	0	3
Total général	18	9	9	20	56

Tableau n°3 : Représentation du lieu de vie habituel des patients contentionnés.

4. Concernant le devenir envisagé au moment de l'étude

Devenir	Phase 1		Phase 2		Total général
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME	
Domicile	2	1	1	1	5
EHPAD	10	6	5	9	30
Sphère familiale	4	1	0	0	5
Maison de retraite, Foyer logement	1	0	1	1	3
Non connue	1	1	2	9	13
Total général	18	9	9	20	56

Tableau n°4 : Représentation du lieu de vie envisagé par les patients contentionnés au décours de l'hospitalisation.

Le devenir a été en corrélation avec l'analyse du groupe iso-ressource : 53% des patients avaient une orientation envisagée en EHPAD. Seulement 17% des patients vivant au domicile conserveront cette orientation.

5. Concernant les motifs d'entrées

Motifs d'entrée	Phase 1	Phase 2	Total général
Syndrome confusionnel, SPCD	7	11	18
Chute, fracture hanche	8	5	13
Handicap	2	4	6
Syndrome infectieux	4	2	6
Décompensation cardiaque	3	2	5
Trouble ionique	0	4	4
Malaise	2	1	3
Fugue	1	0	1
Total général	27	29	56

Tableau n°5 : Représentation des motifs d'entrée des patients contentionnés.
SPCD : symptôme psycho-comportemental associé à la démence.

Les motifs principaux déclarés pour les entrées des patients inclus dans l'étude ont été : les troubles cognitifs et comportementaux à 32% et, en second lieu, le motif de chute et la prise en charge des conséquences secondaires à une chute dans 23% des cas.

Il n'est pas noté de différence notable entre les motifs d'entrées de la phase 1 et de la phase 2.

6. Concernant les antécédents de chute

Chute	Phase 1		Phase 2	
oui	16/27	59%	16/29	55%
non	11/27	41%	13/29	45%

Tableau n°6 : Représentation des chutes notifiées avant l'hospitalisation des patients contentionnés.

Lors de l'hospitalisation, plus de 50% des patients étaient connus comme « *chuteurs* » et ayant eu au moins une chute conséquente, notifiée dans le dossier médical et paramédical.

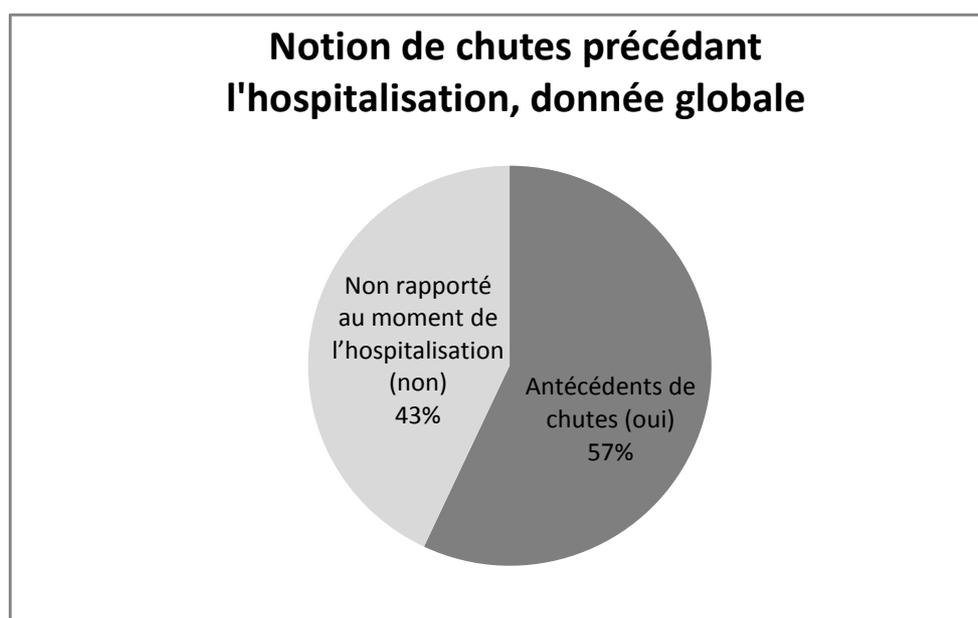


Figure n°2 : Schématisation des patients contentionnés ayant déjà présenté un antécédent de chute avant l'hospitalisation.

7. Représentation des patients contentionnés par unité de gériatrie

Unités	Phase 1	Phase 2	Nombre individus contentionnés	Effectif total sur 2 semaines	Incidence
A	2	8	10	98	10,2 %
B	5	3	8	100	8 %
C	8	6	14	77	18,2 %
D	2	5	7	97	7,2 %
E	8	4	12	68	17,6 %
UCC	2	3	5	31	16,1 %
EHPAD	0	0	0	100	0
Total	27	29	56	571	

Tableau n°7 : Localisation des personnes contentionnées

L'effectif total correspondait à l'ensemble des patients ayant séjourné dans l'unité correspondante, au cours des deux semaines d'observation.

L'incidence reflétait le nombre de patients contentionnés dans chaque service par rapport au nombre d'individus ayant séjourné dans ces mêmes services au cours des deux semaines d'observation.

Nous pouvons observer une disparité entre les unités, notamment :

- En EHPAD, aucun cas de contention observé pendant ces deux semaines.
- Le risque d'avoir été contentionné au cours de ces deux semaines par rapport à l'ensemble de la population admise sur cette même période est en dessous de 10% pour les unités B et D, proche de 10 % pour l'unité A et supérieur à 15 % pour les unités C, E et UCC.

II. LES MOTIFS DE CONTENTION

1. Les motifs

	Motif(s) contention(s) évoqué(s) pour chaque patient contentonné observé (n=56)													
Phase	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	Démence		Agitation		Risque suicidaire		Hétéro-agressivité		Déambulation excessive		Prévention des chutes		Prévention du matériel	
Nombre de réponse oui	15	13	5	12	3	1	6	5	8	3	18	16	3	5
%	56%	45%	19%	41%	11%	3%	22%	17%	30%	10%	67%	55%	11%	17%

Tableau n°8 : Représentations des motifs de contentonnés donnés

Le **pourcentage de réponse « oui »** correspondait au pourcentage d'apparition d'un de ces motifs dans les dossiers de soins pour justifier l'usage de la contention. Notons que pour une même personne, plusieurs motifs pouvaient être cités.

Les deux motifs de contentions les plus cités dans les dossiers (dans plus d'un dossier sur deux) sont le risque de chute et les syndromes démentiels/troubles cognitifs. Dans plus de 85 % des cas, l'explication de la contention par l'équipe soignante est justifiée par au moins deux motifs.

Nous constatons que l'hétéro-agressivité est dirigée à plus de 80% contre les équipes soignantes.

Nous n'observons qu'une faible différence (une fréquence de citation oscillant à environ 10% d'écart) dans les données entre la première phase et la deuxième phase de l'étude, en ce qui concerne les syndromes démentiels, la prévention du risque de chutes et la prévention du matériel de soins (perfusion dans 55% des cas, sondes vésicales dans 35% des cas).

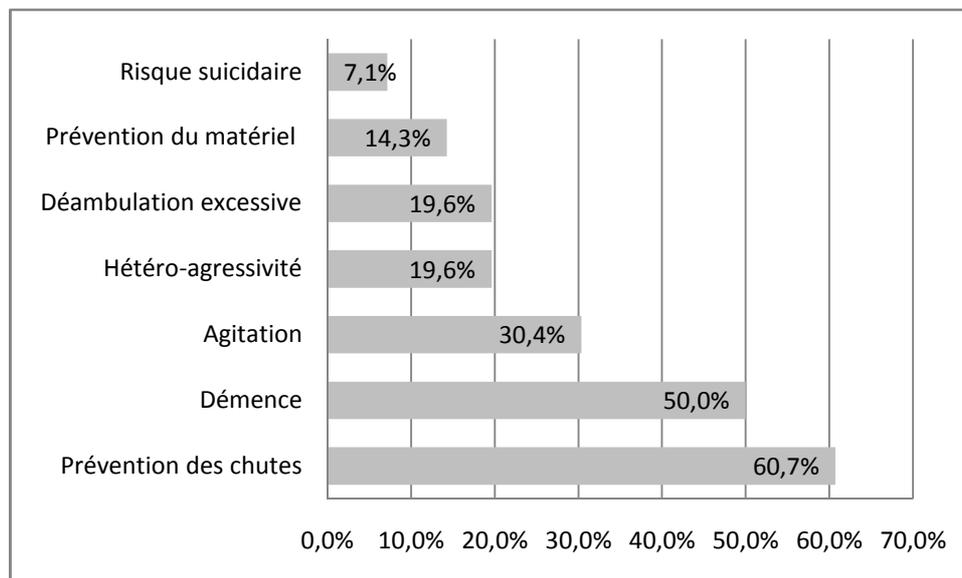


Figure n° 3 : Schématisation de la représentation des motifs de contention pour l'ensemble des 56 dossiers exploités.

2. Concernant la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour est de 20 jours (minimum de 2 jours et maximum de 107 jours).

III. LES PRESCRIPTIONS

Effectifs

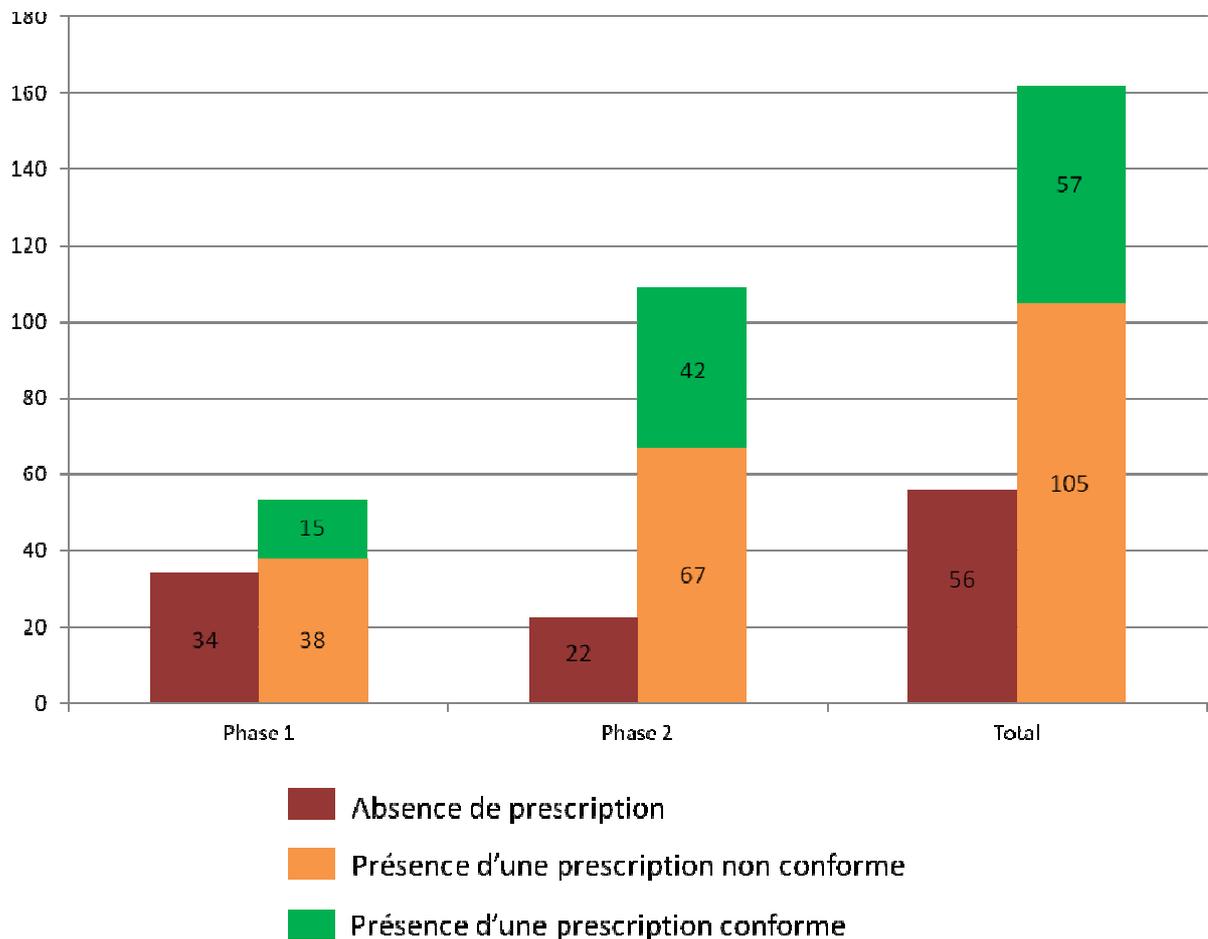


Figure n°4 : Représentation de la traçabilité des contentions et de leurs conformités

La conformité de la prescription était définie comme étant une prescription existante, pour une personne contentionnée, et en accord avec le type de contention observé pour cette personne à un instant t. **La non-conformité** correspondait alors à une prescription existante, mais non en accord avec le type de contention observé pour cette même personne à un instant t.

Lors des deux passages journaliers, sur les deux semaines d'observations, 218 contentions ont été relevées, représentant 56 patients différents, qui ont eux même été contentionnés par différents types de contentions lors des passages effectués.

1. Phase 1 de l'étude

Lors de la première semaine d'étude, 27 patients différents ont été contentionnés, représentant, sur l'ensemble des deux passages journaliers (matin et soir), 87 contentions.

- 12 patients sur les 27 contentionnés (représentant 34 contentions observées), n'ont jamais eu de contention prescrite.
- Sur les 87 contentions relevées, 53 contentions étaient prescrites (60,9%).

Concernant la conformité des prescriptions, pour les 53 prescriptions de contentions retranscrites dans le dossier médical, seuls 15 (39 % des contentions totales) étaient appliquées dans les mêmes conditions que les contentions prescrites dans le dossier.

Après analyse des dossiers médicaux et paramédicaux, 19 patients (soit 70% des 27 patients), n'ont eu aucune prescription conforme, comparativement à la contention observée, au cours de la semaine.

2. Phase de sensibilisation des internes

Analyse des données

Sur les 14 prescripteurs des différentes unités, seuls deux déclarent ne jamais avoir prescrit de contention physique à un patient.

Une question posée portait sur le ou les motifs concernant leur dernière prescription de contention physique. Les motifs cités ont été principalement le risque de chute, l'agitation, puis le risque hétéro-agressif.

Le motif était unique pour 4 prescripteurs sur les 12 ayant déjà prescrits des contentions. Le motif unique cité était le risque de chute.

Les autres réponses indiquaient au moins deux motifs de contentions.

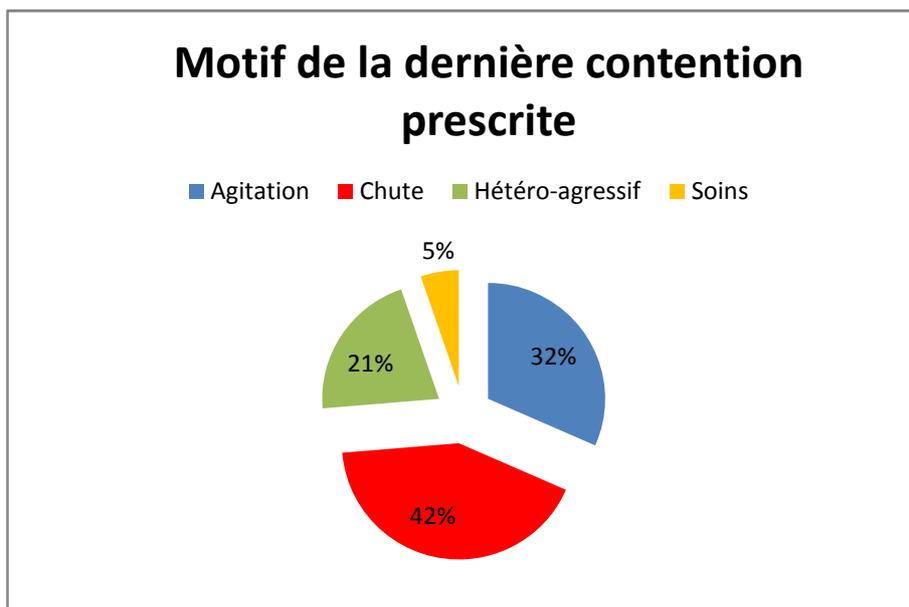


Figure n° 5 : Illustration des motifs donnés par les internes, pour justifier leur dernière prescription de contention.

Pour plus de la moitié des prescriptions réalisées, il s'agissait de prescrire une contention de jour au fauteuil, par une ceinture pelvienne. Aucun n'a cité le gilet de contention, qui est pourtant le principal usage de contention pour les patients présentant des antécédents de chute et/ou de contention la nuit. Il n'avait pas été mis délibérément dans le questionnaire pour ne pas les influencer.

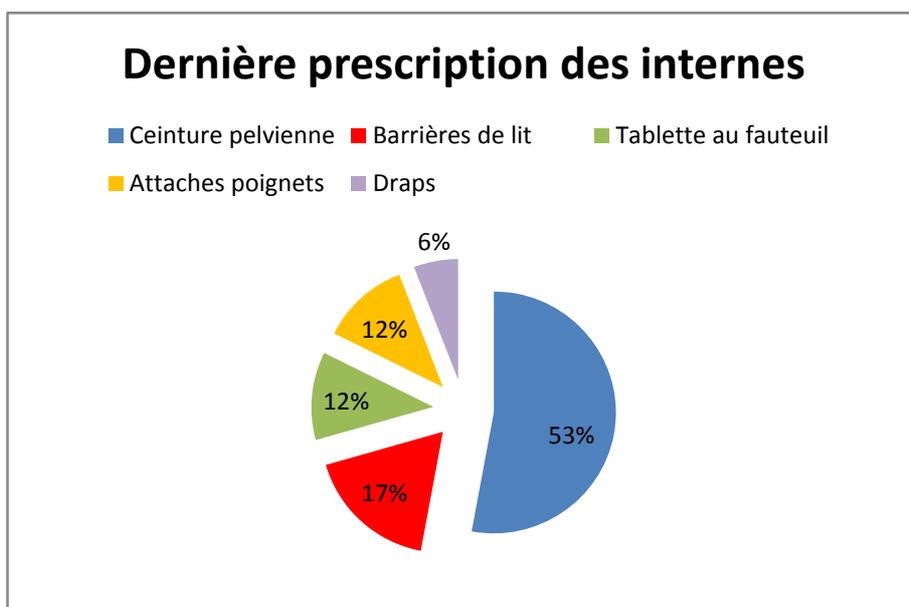


Figure n°6 : Illustration du type de contentions prescrites lors de leur dernière prescription.

Les difficultés citées, en lien avec une prescription de contention la nuit, ont été :

- « *Demande intense de prescription de contention par les équipes* ».
- « *Discussion sur l'intérêt réel et le manque de retour de cette prescription* ».
- « *Manque de connaissance du patient, manque de recul* ».
- « *Absence de présence des prescripteurs sur place la nuit* ».
- « *Absence de présence, une surveillance des prescriptions de contention impossible* ».
- « *L'utilisation de bat-flancs en cas de démence* ».

Ce qui semble ressortir du ressenti sur la prescription de contention, du point de vue des internes est le manque de discussion sur le sujet et une connaissance approximative des pratiques et recommandations.

91 % des prescripteurs ont discuté de cette prescription avec l'équipe soignante, 73% avec un sénior, pourtant seulement 27 % d'entre eux déclarent ne pas avoir de difficultés à prescrire la nuit.

Aucun prescripteur n'avait connaissance des recommandations de l'HAS.

3. Phase 2 de l'étude

Lors de la deuxième phase d'étude, réalisée un mois après la sensibilisation sur les recommandations de bonnes pratiques auprès des internes, le nombre de patients contentionnés est sensiblement identique, soit 29 patients différents. Ces 29 personnes ont représenté sur l'ensemble des deux passages journaliers (matin et soir), 131 contentions.

La traçabilité de la contention était trouvée 109 fois (83,2%), dont 67 (61% des contentions totales) appliquées dans les mêmes conditions que la prescription, soit une augmentation de 22 points entre la phase 1 et la phase 2.

Après une analyse des dossiers médicaux et paramédicaux, 22 des observations (soit 18 % des cas) n'ont pas eu de prescription dans le dossier de soin. Ces 22 observations représentaient 10 individus différents (34 % de l'effectif total). L'absence totale de prescription a diminué entre la phase 1 et la phase 2 de 36 points.

4. Analyse d'une amélioration de la traçabilité d'une contention entre la phase 1 et 2 après la sensibilisation, objectif principal.

Si nous comparons les données des phases 1 et 2 à la recherche d'une amélioration des pratiques après la phase de sensibilisation, nous pouvons faire ressortir deux éléments.

- Nous observons une différence significative concernant la traçabilité de la prescription d'une contention, entre la phase 1 et la phase 2 ($p \leq 0,008$). Un mois après la phase de sensibilisation des internes, les internes et/ou médecins ont plus prescrit de contentions dans les dossiers de soins.

	Phase 1	Phase 2	Total
Pas de prescription	34 (39%)	22 (17%)	56
Prescription	53 (61%)	109 (83%)	162
Total	87	131	218
Test KHIDEUX	0,00867661		

Tableau n °9 : Tableau de contingence pour la présence d'une prescription.

- Il ne ressort pas de différence significative entre la phase 1 et la phase 2 concernant le critère de conformité de la prescription par rapport à la contention observées.

	Phase 1	Phase 2	Total
Prescription conforme	15 (28%)	42 (38%)	57
Prescription non conforme	38 (72%)	67 (62%)	105
Total	53	109	162
Test KHIDEUX	0,802212446		

Tableau n °10 : Tableau de contingence pour la conformité des prescriptions.

IV. DESCRIPTIONS DES CONTENTIONS APPLIQUEES DANS LES DIFFERENTES UNITES DE GERIATRIE

1. Contention par barrière de lit

Le relevé de ce mode de contention est séparé dans notre étude des autres types de contentions. Lors de la phase 1 et de la phase 2, le taux de contention par barrières de lit est stable. Il oscille entre 5 et 10 % en journée, dans les différentes unités (0 % néanmoins dans le service des 15 lits de l'unité cognitivo-comportementale, sur les deux semaines d'étude). Ce taux de barrières de lits atteint 70 à 90 % la nuit, dans les différentes unités.

2. Contention nocturne et diurne

Type de contention		Effectif	Fréquence d'usage
Fauteuil	Ceinture pelvienne	83	38,1%
	Tablette	21	9,6%
	Attache poignet et/ou cheville	11	5,0%
Lit	Gilet	109	50,0%
	Attache poignet et/ou cheville	38	17,4%

Tableau n° 11 : Représentation des types de contentions et de leurs prévalences.

En période Nuit, sur l'ensemble de l'effectif lors des phases 1 et 2, 25 patients différents ont été contentonnés et 13 patients ont eu à la fois un gilet de contention et des attache-poignets. L'ensemble des patients contentonnés avec des attache-poignets la nuit portait aussi un gilet.

Sur l'ensemble de l'effectif lors des phases 1 et 2, le jour, 34 patients différents ont porté une ceinture pelvienne (soit 48% des patients contentonnés). Sur ces personnes, 8 patients ont porté au moins une fois en association une ou plusieurs attaches du poignet. 16 patients différents ont eu une contention au fauteuil par une tablette, immobilisant la personne au fauteuil. 65% de ces patients associait une ceinture pelvienne et une tablette comme type de contention.

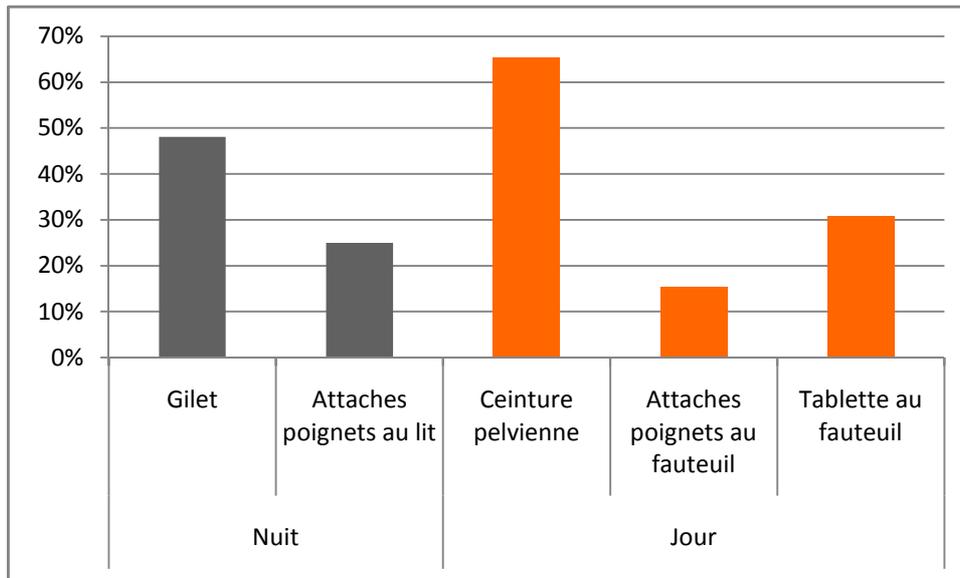


Figure n°7 : Représentation graphique du pourcentage de types de contention de jour et de nuit.

3. Etude des contentions physiques réalisées en fonction des pathologies médicales

L'ensemble des patients contentonnés est polypathologique.

90% des patients contentonnés présentaient une pathologie cardiaque regroupant, insuffisance cardiaque ou une hypertension artérielle ou des troubles du rythme.

La majorité des patients contentonnés présentait des troubles cognitifs, dont 18% étaient étiquetés maladie d'Alzheimer.

	TOTAL		JOUR							NUIT				
	Nb patient	Nb de contentions observé	Nb patient	Nb de contentions observé	GILET	ATTACHE POIGNET LIT	CEINTURE PELVIENNE	ATTACHE POIGNET FAUTEUIL	TABLETTE	Nb patient	Nb de contentions observé	GILET	ATTACHE POIGNET LIT	CEINTURE PELVIENNE
Ethylisme	3	4	3	1	0	0	1	0	0	2	3	2	1	0
Cancer	6	13	4	6	1	0	4	0	1	5	7	4	3	0
M. Alzeihmer	10	24	10	16	2	2	6	3	3	5	8	5	3	0
Sd dépressif	3	4	3	4	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0
AVC	3	7	3	5	0	0	3	1	1	2	3	1	1	1
Sd dépressif	4	9	4	5	0	0	4	0	1	3	4	3	1	0
Troubles cognitifs	23	50	21	35	4	2	16	5	8	16	15	11	4	0
troubles vasculaires	9	13	8	10	0	1	6	1	2	3	3	2	1	0
Troubles urologiques	5	11	4	9	1	2	2	1	3	5	2	2	0	0
Troubles ostéo-articulaires	5	7	5	7	0	0	4	0	3	0	0	0	0	0
Troubles endocriniens	14	27	12	21	2	0	10	4	5	9	6	5	1	0

Tableau n°12 : Représentation de la proportion de chaque type de contentions en fonction des pathologies des patients contentionnés.

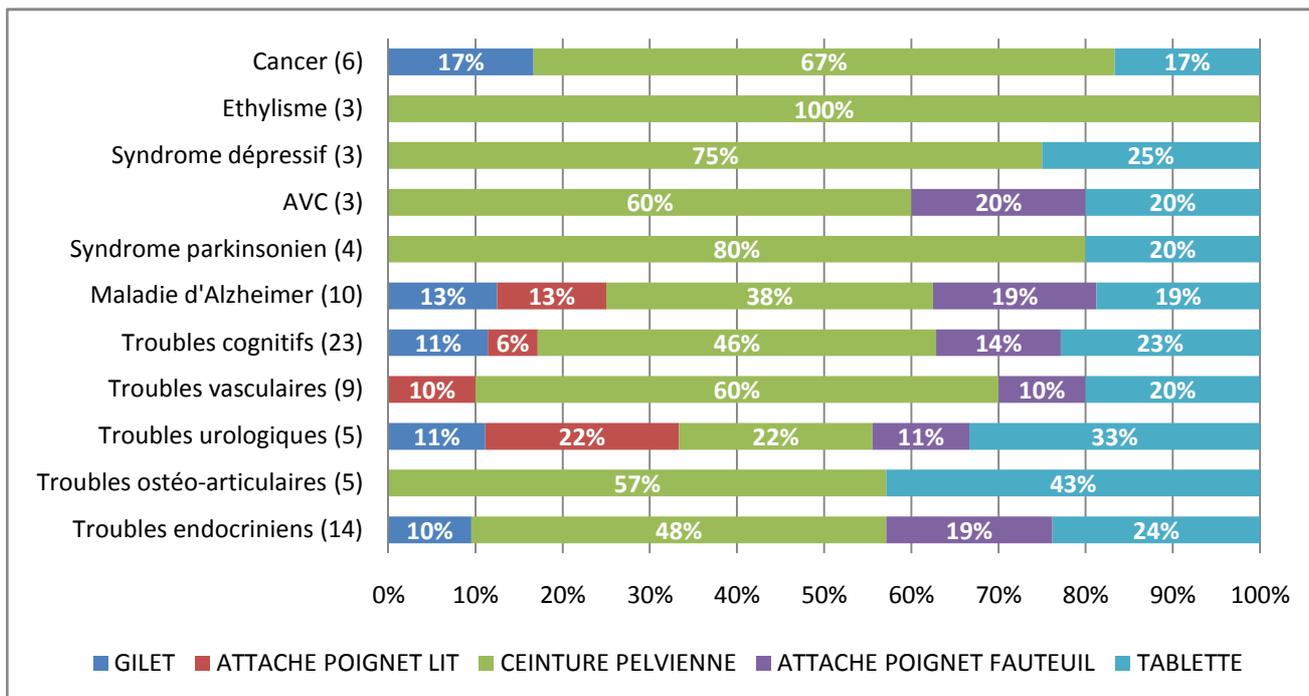


Figure n° 8: Représentation de la proportion des différents modes de contention réalisés le jour, par rapport aux pathologies citées

Le chiffre entre parenthèse sur l'ordonnée indique le nombre de patients présentant cette pathologie.

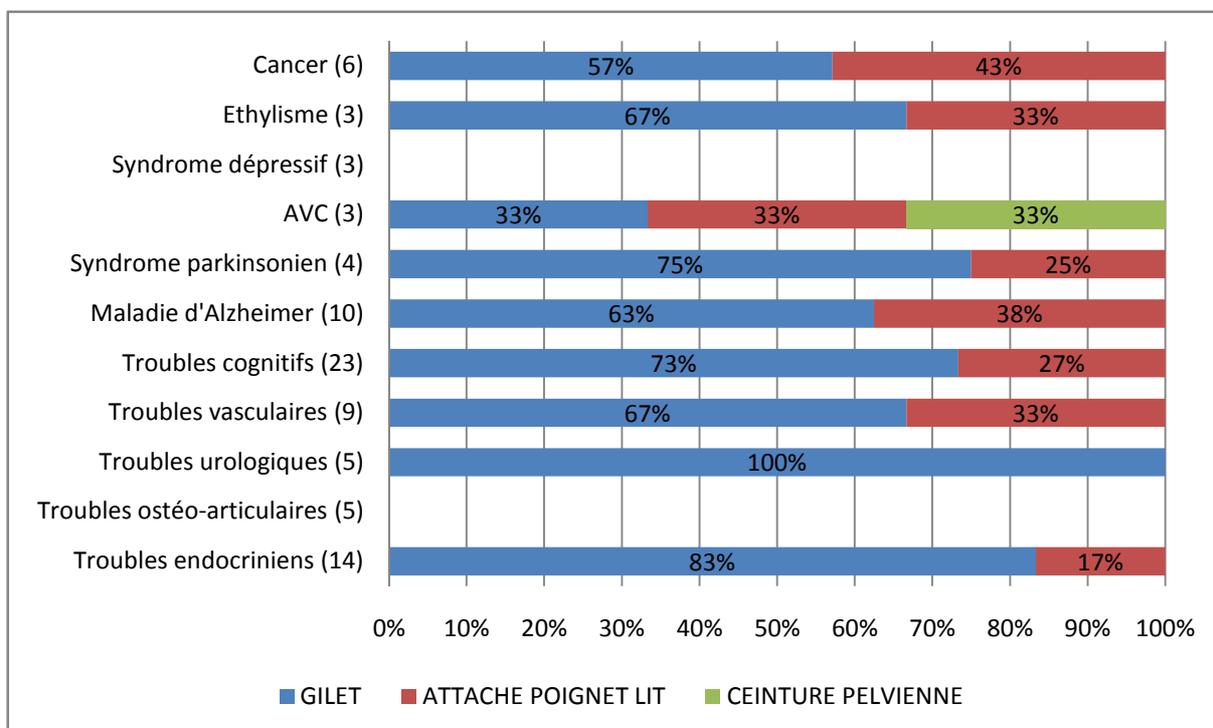


Figure n° 9: Représentation de la proportion des différents modes de contention réalisées la nuit, par rapport aux pathologies citées

4. Résultats concernant les autres critères des recommandations édités par l'HAS

Parmi les 10 critères recommandés pour la pratique de la contention physique par la Haute Autorité de Santé, le critère n°6 (qualité de la pose, pudeur), le n°5 (spécificité du matériel) et le n°8 (la continuité des activités) n'ont pas été étudiés au cours de notre enquête.

A propos de la surveillance globale : association de la surveillance programmée (critère 3) et celle retranscrite (critère 9), nous avons constaté l'absence de preuve objective de la transmission de cette donnée.

Aucune surveillance spécifique à ces contentions n'a été constatée ni lors de la phase 1, ni lors de la phase 2. Après la phase de sensibilisation, nous observons dans les dossiers des réévaluations marquées par une nouvelle prescription, en moyenne à une semaine de la première. Lors de la phase 2, sur les 29 patients contentonnés, 8 réévaluations concernant le motif et/ou type de contention à prescrire pour le patient ont été notifiées dans les dossiers de soins (28 % des cas).

En ce qui concerne l'information (critère 4) du patient et de la famille au sujet de la prise en charge, les différents services affichent des résultats proches de zéro, d'un point de vue objectif et extérieur au service. La trace d'une information au patient et/ou à la famille n'est jamais constatée lors de la phase 1 et se retrouve notée seulement dans deux services lors de la phase 2. Une information a été réalisée et notifiée à la famille pour seulement trois personnes (5% des cas), dont la trace de l'information se retrouve dans le dossier de soin du patient.

- Réflexion sur un cas observé dans un service de long séjour lors de la phase d'étude, évoquant la problématique de l'information vis-à-vis du patient et de la famille.

M. J, âgé de 80 ans est hospitalisé en unité de soins longs séjours le 01.08.2013, à la suite d'une prise en charge d'un syndrome confusionnel après un état de mal épileptique. Devant une infection urinaire, du Bactrim est instauré à dose thérapeutique. Les suites de l'hospitalisation se compliquent, le patient présente des troubles du comportement à type de désinhibition, d'agitation, d'insomnies et de mise en danger, avec un risque de chute ressenti par l'équipe soignante. M. J se déperfuse régulièrement, une contention le jour, au fauteuil par une ceinture pelvienne, est décidée le 03.08.2013, avec une réévaluation demandée à 48h, mais dont les suites ne seront pas précisées. Le 09.08.2013, M. J porte la nuit un gilet de contention avec les deux barrières de lit levées. Le gilet de contention nocturne est prescrit le lendemain avec le motif précisé dans le dossier médical (risque de chute et auto agressivité). L'état d'agitation persiste, une intolérance au Bactrim est suspectée, une suspension thérapeutique est décidée le 10.08.2013. Dans la journée du 12.08.2013, la famille constate que leur parent est contentonné au fauteuil. N'étant pas au courant de la situation, une altercation débute entre la famille et les soignants, la famille déclarant « ne pas supporter de le voir prisonnier sans bouger ».

Malgré les explications données par l'équipe paramédicale, puis par l'interne, la famille ne décolère pas. Les contentions sont enlevées par la famille, qui prend en charge M. J. en l'accompagnant dans tous les gestes, jusqu'à leur départ en début de soirée. M. J. sera encore contentonné le lendemain matin au fauteuil, le temps que l'équipe finisse les soins matinaux des autres patients et puisse le surveiller. Plus aucune contention ne sera observée par la suite, aucune chute ou accident n'a été déclaré. L'état d'agitation diminue progressivement les jours suivants, après l'arrêt de l'antibiotique et le changement de neuroleptiques. Le patient redevient calme, les troubles du comportement s'atténuent.

En conclusion, il s'agissait d'un état d'agitation aigu iatrogène. Aucun accident n'a été observé au cours de son hospitalisation, néanmoins, la famille et l'équipe soignante se sont retrouvées en conflit, ce dernier étant probablement dû à un

manque de communication et de clarté sur le sujet. La famille, venant régulièrement voir M. J, n'a été tenue au courant de la contention que plusieurs jours après le début de celle-ci. Une opposition s'opère souvent entre une famille refusant de voir la dégradation physique et/ou cognitive d'un être cher et un personnel soignant soucieux de réaliser au mieux son travail, avec en arrière pensée un risque de chute qui pourrait leur être reproché.

Il existe toujours des oppositions de pensées ^[42] concernant l'usage de la contention physique. En effet, il y a une opposition entre le principe de précaution ou le droit au risque, le principe d'autonomie et celui de non-malfaisance. Les prises de décisions multidisciplinaires, sur un patient, rapporté à une situation et un contexte médical précis est indispensable. Puis une discussion avec la famille et le patient permet de s'expliquer sur le cheminement et les raisons thérapeutiques de cette situation de perte d'autonomie nécessitant une contention temporaire, qui sera toujours à réévaluer en fonction de l'évolution cognitive et physique de l'individu. Ce moyen d'échange permet d'apaiser des tensions, d'anticiper un questionnement des proches et d'amorcer un dialogue, toujours dans le but d'une meilleure alliance thérapeutique. Cette démarche a, de plus, un effet valorisant pour les équipes soignantes, qui expliquent leurs choix raisonnés.

V. LES TRAITEMENTS

Quatre patients ont été retirés de l'analyse devant des données manquantes sur leurs traitements antérieurs. L'analyse des résultats se fera donc sur une base de **52 personnes**.

1. Concernant la prise d'antidépresseur

17 patients bénéficiaient de traitements par antidépresseurs dans leur traitement habituel (33%). 2 patients ont eu un arrêt du traitement antidépresseur. 6 patients n'ayant pas d'antidépresseur dans leur traitement habituel, ont eu un antidépresseur au cours de l'hospitalisation (soit une augmentation de 10 %).

Au cours de l'hospitalisation, 21 personnes contentionnées avaient un traitement par antidépresseur, soit 40 % de la population contentionnée.

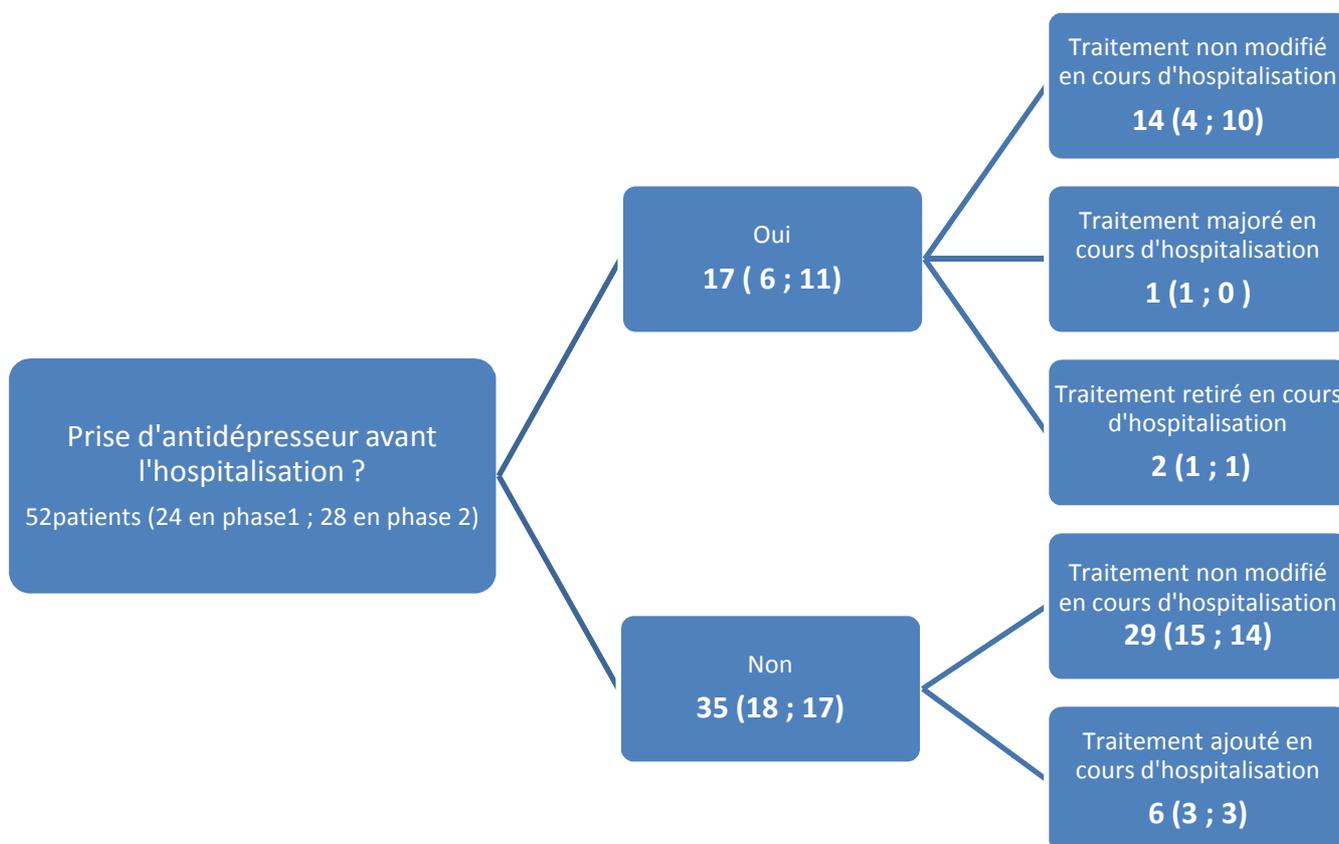


Tableau n°13: Représentation de l'évolution de la prise d'antidépresseurs pour l'ensemble des patients contentionnés.

2. Concernant la prise de neuroleptiques

19 patients avaient un traitement neuroleptique avant leur hospitalisation (36%). 11 personnes supplémentaires ont reçu un neuroleptique (soit une augmentation de 16 points). Par ailleurs, seulement 3 patients contentonnés (16%) possédant un neuroleptique avant leur hospitalisation ont eu une diminution de posologie ou un arrêt du neuroleptique.

Au cours de l'hospitalisation, 27 patients contentonnés recevaient un traitement neuroleptique, soit 52% de la population contentonnée.

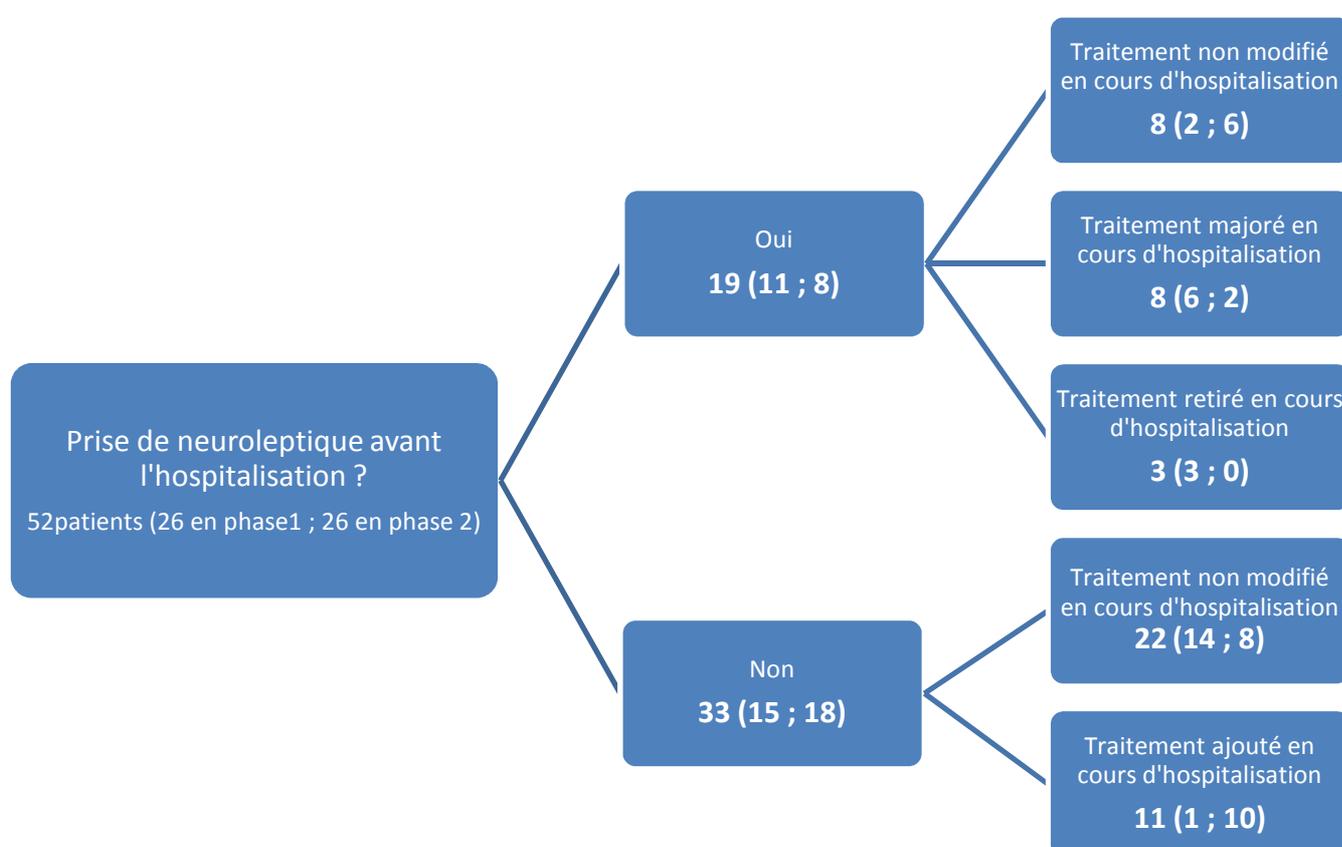


Tableau n°14 : Représentation de l'évolution de la prise de neuroleptiques pour l'ensemble des patients contentonnés.

3. Concernant la prise d'anxiolytique (avec en chef de file les Benzodiazépines)

30 patients bénéficiaient d'un anxiolytique avant leur hospitalisation (58 %). 10 patients ont eu un ajout d'anxiolytique (soit une augmentation de 19 points). En outre, notons que 15 patients ont eu leur anxiolytique diminué ou retiré, soit 50 % de la population possédant un traitement anxiolytique initialement.

Au cours de l'hospitalisation, 25 patients disposent d'un traitement par anxiolytique, soit 48 % de la population contentionnée.

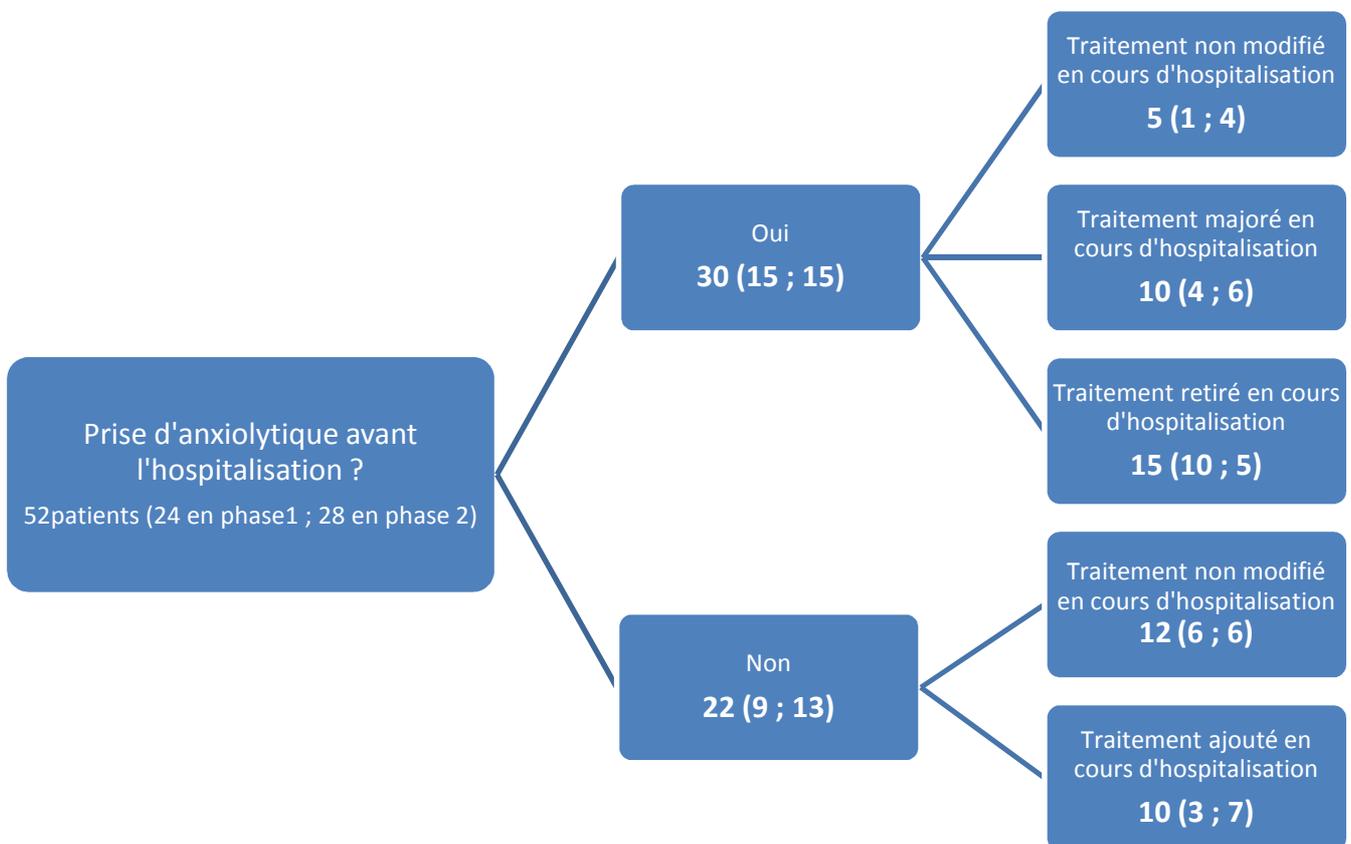


Tableau n°15: Représentation de l'évolution de la prise d'anxiolytiques pour l'ensemble des patients contentionnés.

4. Concernant la prise en charge médicamenteuse

Sur les 52 patients contentonnés étudiés d'un point de vue thérapeutique, seulement un patient avait dans son traitement moins de 3 médicaments différents au moment de l'étude. En moyenne, cette population a pris au cours de l'étude entre 6 et 7 traitements différents.

Sur ces 52 patients inclus, 16 ont eu une contention instaurée pour la première fois au cours d'une des deux semaines de l'étude, permettant une observation en parallèle de la thérapie utilisée.

Nous remarquons, en étudiant les différents dossiers, que quand une contention est instaurée, un changement thérapeutique par psychotrope est réalisé en parallèle dans 56 % des cas (9 patients), c'est-à-dire dans les 24 heures qui ont suivi la prescription d'une contention. Pour 8 d'entre eux, il s'agissait de benzodiazépines.

Un autre résultat conséquent est le fait que pour les 52 dossiers étudiés, un seul n'a pas eu de psychotrope prescrit en parallèle de la contention physique.

VI. ACCIDENTS ET CONTENTIONS NON CONFORMES

1. Accidents mettant en cause les barrières de lit

Trois accidents liés aux barrières de lits lors des passages nocturnes, mais n'ayant pas nécessité de soins particuliers hormis une surveillance au décours de l'accident, ont été observés. Tous les patients présentaient un syndrome démentiel. Ces accidents ont eu lieu la nuit, dans deux cas, le patient dément a glissé entre les barrières et s'est retrouvé bloqué : pour une personne le blocage a été réalisé au niveau du bassin, pour l'autre personne, la jambe seulement. Dans un cas, le patient est passé par-dessus les barrières et est tombé au sol. Dans les trois cas, les patients ont été découverts au moment de leur tour de garde, vers minuit.

2. Un usage de contentions-isolements non conformes

Il a été observé plusieurs situations d'isolement des patients en chambre (par fermetures des portes), devant des patients présentant des troubles du comportement avec des déambulations excessives. Six situations nocturnes ont donc été constatées, notamment par blocage avec du matériel à disposition (slip filet, tablette mobile, chariot alimentaire). Ces situations se sont reproduites trois soirs de suite dans un cas et deux soirs de suite pour deux autres cas. Aucune modification thérapeutique au décours n'a été constatée. Les soignants ont relaté les épisodes de déambulation, sans préciser leur méthode utilisée pour gérer la situation. Cette situation, vécue comme un mal-être pour la plupart des soignants interrogés, évoque la nécessité d'instaurer un dialogue posé sur des difficultés rencontrées notamment la nuit, lorsque les effectifs sont plus restreints.

PARTIE 4 : DISCUSSION

L'âge avancé, les troubles cognitifs, la perte d'autonomie sont les facteurs justifiant la prescription d'une contention au regard de la littérature^[12,13].

Pour de nombreux soignants, la remise en question des pratiques est une contrainte supplémentaire et une perte de temps, il est difficile à envisager pour des équipes, souvent en sous-effectif et débordées par une charge de travail toujours plus lourde. Il apparaît nécessaire de proposer des solutions ou alternatives aux difficultés rencontrées en lien avec la prescription des contentions physiques passives pour la population de personnes âgées, en respectant les personnes et sans gêner les activités quotidiennes professionnelles.

I. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

1. Concernant l'objectif principal

Notre objectif principal était d'évaluer **la traçabilité de la prescription de la contention physique passive en gériatrie dans le service de gériatrie du CHU de POITIERS en juillet et août 2013**. Il était le reflet du premier critère des recommandations éditées par l'HAS.

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

Nous constatons entre la phase 1 et la phase 2 de l'étude une incidence oscillant entre 7 et 18 % en fonctions des unités. Les soins aigus ont moins fréquemment contentionnés que les unités de longs séjours sur cette même période. Au regard de la littérature^[42,52], la prévalence de l'usage des contentions dans un service de gériatrie, oscille entre 6 et 15 % des cas.

Il est observé une différence significative ($p = 0,008$) entre la première et la deuxième phase concernant la présence d'une contention physique prescrite dans le dossier de soin.

Cette donnée est comparable aux données de la littérature reflétant un faible taux de traçabilité de la prescription d'une contention physique passive en première intention, avant toute sensibilisation ou action de prévention. Le taux de prescription de contention est similaire aux autres études contemporaines françaises [13,52,60]. Néanmoins, le respect de la conformité de la prescription par rapport à l'observation à un instant t des patients contentionnés, abaisse cette performance. Un nombre conséquent de prescriptions dans notre étude étaient très vagues, en phase 1 comme en phase 2, (ex : « *contention au lit* », « *contention au fauteuil* ») sans apporter plus de précision. Cette analyse plus fine n'est pas comparable avec les autres études qui ne précisent pas si les chiffres sont le reflet d'une prescription quelconque d'une contention ou d'une prescription détaillée conforme à la contention réalisée au même moment par les soignants.

2. Concernant les objectifs secondaires

Etude descriptive des contentions physiques passives appliquées en gériatrie.

1. Prescriptions des barrières de lit

Lors de la phase 1, aucun des 27 patients ne possédait de prescriptions de barrières de lit. Et seulement 10 % des prescriptions de contentions comprenait des barrières de lit (cela représente un effectif de 3/29 patients) lors de la phase 2.

Les internes, comme les soignants, n'entendent pas l'usage des barrières de contention comme une contention par elle-même. Le questionnement de la mise en place des barrières la nuit n'est pas vraiment envisagé lors de la prise en charge thérapeutique, les barrières étant installées par automatisme, comme un réflexe plus ou moins conscient. Les soignants, par habitude ou à la demande des patients, mettent en place des barrières de lit la nuit^[87]. Cette pratique a abouti dans notre étude à une prévalence de 90% certaines nuits.

Comparaison avec les données des autres études

La thèse réalisée au CHU de Rennes par A. BEAUMANOIR-LAMOTTE ^[13] démontre une baisse du taux de prescriptions des contentions de jour comme de nuit après une phase de sensibilisation. Avant la formation des soignants, le taux de prescription de contention par barrières de lit était de 70 % contre 29% après la formation. Au fauteuil, l'usage de la contention physique passe de 13% à 6 % après une formation (soit une baisse de 50 % des cas).

Le taux de barrières de lit visualisé lors des phases 1 et 2 la nuit est similaire aux données des autres études réalisées. Les données montrent une diminution globale de la prévalence de la contention physique par barrières de lit, après des sensibilisations et formations des soignants. Au regard des différentes études, la formation d'un binôme référent dans chaque unité de gériatrie dédié à la surveillance des contentions physiques permet de faire diminuer le taux de prévalence ^[62,93].

Perception

Cette pratique est loin d'être anodine. Elle est un frein à la liberté de mouvement. Contraignante, elle a des répercussions psychologiques non négligeables sur la population de personnes âgées, souvent en perte de repères en cas d'hospitalisation aiguë (anxiété, perte des repères spatio-temporels), pouvant être vécu par certains comme un emprisonnement. ^[99]

2. Profil des patients contentonnés

Un des objectifs secondaires était de faire ressortir un profil de patients contentonnés.

Aucun élément nouveau ne ressort clairement. Les patients contentonnés sont généralement des patients présentant des polyopathologies, dans plus de la moitié des cas, ces patients ont déjà chuté avant leur hospitalisation. Les patients contentonnés apparaissent plus dépendants physiquement et psychologiquement, ce qui était prévisible.

Il semblerait néanmoins intéressant de réaliser une étude complémentaire, afin de les comparer à une population témoin non contentonnée.

3. Etude des modifications thérapeutiques observées chez les patients contentonnés

Pourquoi analyser l'usage des psychotropes en parallèle des pratiques de la contention physique ? Les deux principaux motifs de prescription de la contention, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, sont le risque de chute et les cas d'agitation. Les psychotropes sont des classes de traitement couramment utilisées en gériatrie afin de gérer les troubles du comportement, l'agitation, les troubles du sommeil et l'anxiété. Or, nous savons que la polymédication est un facteur de risque de chute supplémentaire pour la personne âgée. Ainsi, qu'importe la classe des psychotropes considérée, le risque de chute augmente lorsque le nombre de traitements pris^[12,28] s'accroît, et notamment si :

- Demi-vie longue (imprégnation dans l'organisme important).
- Association de psychotropes.

Les psychotropes sont les plus fréquemment mis en cause dans les mécanismes de chute, notamment par leurs effets sur le système nerveux central.

Dans notre étude, nous observons qu'en moyenne un patient contentonné dans les services de gériatrie prend plus de 6 traitements.

Nous notons une forte instauration de neuroleptiques en cours d'hospitalisation chez les patients contentonnés, comparativement aux benzodiazépines et aux antidépresseurs. Une donnée ressort de l'étude : la moitié des personnes contentonnées consomme au cours de l'hospitalisation des benzodiazépines et/ou des neuroleptiques et 40 % d'entre eux des antidépresseurs.

Ces données évoquent le couplage d'une contention physique et chimique^[39,47] par des psychotropes. Dans cette étude, tous les patients contentonnés ont eu au moins un psychotrope prescrit en parallèle de la contention physique. Néanmoins, cette donnée, extraite des dossiers ne permet pas de définir si le ou les psychotropes prescrits sont utilisés en tant que traitements médicamenteux ou s'ils sont prescrits dans un but de contention chimique, ou les deux à la fois.

4. Motifs des prescriptions de contentions

Les motifs de prescriptions des contentions sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature ^[9,30,42,87]. Les principaux motifs retrouvés dans l'étude et lors de la fiche déclarative remplie par les internes, ont été : la prévention du risque de chute, l'agitation et l'hétéro-agressivité.

5. Chutes

La prévention du risque de chute est le motif le plus fréquemment cité par les médecins et les soignants pour affirmer le caractère indispensable de la contention physique. Dans la littérature ^[46,63], il est admis que dans une population âgée (âge supérieur à 65 ans), vivant au domicile, la prévalence du risque de chute est variable, avec un taux oscillant en fonction des études entre 20 et 85 %. Dès lors qu'un antécédent de chute est noté, cette prévalence augmente de 10 %, ainsi toute personne qui chute présente un risque de « rechute » supérieure à une personne n'ayant jamais chuté. Ce taux est encore plus élevé pour une personne institutionnalisée et encore plus important en cas d'hospitalisation (changement de lieu de vie et perte des repères, iatrogénie, maladie(s) en décompensation).

La chute et ses conséquences est un souci quotidien du soignant. Parfois banalisée, parfois anxiogène, elle n'en reste pas moins une question d'actualité dans la prise en charge globale de la personne âgée, d'autant plus que le retentissement économique dans les suites d'une chute (fracture, hématome compressif, rhabdomyolyse...) n'est pas négligeable ^[15].

Le relevé des chutes déclaré par les soignants, met en évidence que certains accidents ne sont pas comptabilisés dans ce recueil de données (certainement par manque de temps ou de l'absence de lésions consécutives à cet accident). Cependant une donnée ressort de ce tableau : le fait que la grande majorité de ces patients ayant présenté une chute a été contentionnée au moins lors d'un des passages. De plus, la moitié des chutes déclarées impliquait l'usage d'une contention physique.

La contention est très souvent posée pour limiter le risque de chute. Néanmoins, nous observons que le fait de contentionner une personne ne supprime pas ce risque qu'il majore les conséquences en cas de chute. Il est démontré dans la

littérature ^[19,55,88], que les conséquences d'une chute des patients contentionnés est plus lourde de conséquence que lorsque la personne n'est pas contentionnée.

Mais, nous, les soignants en général, sommes nous prêts à accepter la part de risque existant et à ne pas contentionner ? Pour certains soignants, le fait de ne pas contentionner pourrait être perçu comme un manque d'action, un refus d'agir...Ceci est difficile à entendre et à accepter pour notre société qui souhaite maîtriser et contrôler l'ensemble des risques.

➤ **Chutes déclarées lors des passages journaliers par les équipes soignantes**

Plusieurs chutes ont été recensées par les équipes soignantes au cours de la deuxième phase, comptabilisant 7 patients au total.

Deux chutes sont survenues le jour, au fauteuil, les autres ont été nocturnes, avec une chute par-dessus les barrières de lit. Tous ces patients présentaient un état d'agitation.

Dans quatre cas, les chutes n'ont pas entraîné de lourdes conséquences, dans les jours qui ont suivi, hormis une surveillance clinique pendant 24 heures et une limitation thérapeutique marquée par arrêt des anticoagulants pour deux patients. Dans un cas, la chute a entraîné un hématome du psoas, à l'origine d'un alitement temporaire et de complications cutanées et cognitives. Pour un patient atteint 'un cancer métastatique, les conséquences ont été plus importantes avec fracture vertébrale déplacée responsable d'une paraplégie non récupérable. Dans un cas, les chutes répétées ont été à l'origine d'une plaie au coude nécessitant la mise en place d'une antibiothérapie, associée à une contention physique permanente.

➤ **Comparaison entre le relevé des déclarations de chutes par les soignants sur le logiciel intranet et les chutes constatées lors de l'étude.**

Le logiciel est accessible par tous les soignants, via intranet, dans la rubrique « Fiche d'événement indésirable », dans l'onglet « risques et usagers ».

Sur les 22 chutes recensées (concernant 14 patients différents) par l'équipe soignante au cours des deux phases de l'évaluation : 6 étaient en lien avec une contention, toutes concernaient le port d'une ceinture pelvienne.

Les 6 personnes présentant des plaies ou contusions, n'étaient pas déclarées contentionnées par les équipes au moment de la chute.

En comparaison avec notre étude, sur les 22 chutes recensées, 11 de ces personnes ont eu une contention posée lors d'un de nos passages (soit 5 contentions supplémentaires par rapport aux données déclaratives). Cette différence tient sans doute au fait que les contentions ont été posées au décours de la chute.

Il doit être précisé que des chutes ou accidents liés à un moyen de contention (essentiellement les barrières de lit), observés directement lors des phases d'étude, n'ont pas été prises en compte dans ces comptabilisations et n'apparaissent pas dans ce tableau de recensement. Enfin, il peut exister une sous-déclaration des chutes malgré la sensibilisation récurrente et la vigilance accrue en Gériatrie.

Chutes déclarées par les soignants via le logiciel intranet				Contentions observées en parallèle lors de l'étude		
Unité	Date de chute	Contention	Conséquences	Présence d'une contention pour cette personne lors d'un passage de l'étude	Une contention a-t-elle été observée, lors de notre étude, sur cette personne, le jour de la chute ?	Type de contention observée
D	15 juillet	non	plaie/contusion	non	non	
C	15 juillet	non	aucune	oui	oui	2 barrières de lit
UCC	15 juillet	non	plaie/contusion	non	non	
D	16 juillet	non	aucune	non	non	
D	17 juillet	oui	aucune	oui	oui	fauteuil + ceinture
D	17 juillet	non	plaie/contusion	non	non	
D	17 juillet	non	aucune	non	non	
D	18 juillet	non	aucune	non	non	
C	19 juillet	non	plaie/contusion	oui	oui	fauteuil + ceinture
D	11 août	oui	aucune	oui	oui	fauteuil + ceinture
E	11 août	non	aucune	non	non	
D	11 août	oui	aucune	oui	oui	fauteuil + ceinture
D	13 août	oui	aucune	oui	oui	fauteuil + ceinture
D	13 août	oui	aucune	oui	oui	fauteuil + ceinture
C	13 août	non	aucune	oui	oui	fauteuil + tablette
E	14 août	non	plaie/contusion	non	non	
D	14 août	non	aucune	non	non	
D	16 août	non	aucune	oui	oui	fauteuil + ceinture
D	17 août	non	plaie/contusion	oui	oui	lit + 2 barrières de lit + gilet
D	17 août	oui	aucune	oui	oui	ceinture
D	17 août	non	aucune	non	non	
D	18 août	non	aucune	non	non	

Tableau n°16 : Recensement des chutes survenues au cours des périodes observationnelles

II. COMPARAISON DES DONNEES RECUEILLIES PAR RAPPORT AUX RECOMMANDATIONS DE L'HAS ^[13,42, 49]

Nous avons établi une comparaison avec les dix critères souhaités par l'HAS concernant la pratique de la contention physique passive. Le critère 1 (notre objectif principal) a déjà été discuté précédemment. Le deuxième critère à valider est le fait qu'une décision de contention soit prise collégalement. La retranscription dans le dossier paramédical ne permet pas de recueillir précisément cette donnée. Les discussions ont probablement été effectuées au préalable de la contention (comme l'indique l'auto-évaluation des internes, dans laquelle plus de 90 % des internes avaient discuté de leur prescription avec l'équipe soignante), mais rien n'indique dans le dossier l'évaluation des bénéfices-risques et les méthodes alternatives utilisées. Le format actuel dans lequel la prescription de contention est effectuée ne permet pas de préciser par écrit ces données. De plus, l'inscription manuscrite de ces dossiers, sans repenser la place de cette prescription, serait à la fois chronophage pour le prescripteur et alourdirait probablement le dossier de soin, déjà bien conséquent. L'appréciation pluridisciplinaire de cette prescription pourrait s'entrevoir lors d'un staff hebdomadaire de transmissions médecins-soignants.

Concernant le troisième critère, évoquant l'obligation d'une surveillance programmée et retranscrite dans le dossier, cette donnée n'a jamais été observée. Les équipes soignantes réalisent et notifient déjà leurs surveillances habituelles, parfois plus attentivement en ce qui concerne la nutrition et l'hydratation.

Le quatrième critère concerne la notion de consentement du patient et d'information au patient et à la famille. Ce critère n'a été constaté que lors de la phase 2, et ce uniquement pour trois patients. L'information à la famille est indispensable, il a été même le motif d'une discorde et de désagrément avec un patient suivi lors de la phase 2. Dans beaucoup de situations, expliquer la démarche de soins permet de lever les interrogations et les sous-entendus. Sur ce principe, l'adhésion du patient et de la famille contribue à l'amélioration de l'ensemble de la prise en charge de l'individu. Pour le notifier et donner des explications sereinement et clairement aux proches, il faut pouvoir les voir ou les joindre par téléphone.

Le cinquième critère concernant les garanties de sécurité et de confort n'avait pas été établi dans le protocole initial de l'étude. Néanmoins, quelques situations d'isolement ou de contention à risque ont été relevées. Cependant, ces situations extrêmes ne reflètent pas la grande majorité des modes et types de contentions observés et effectués par l'ensemble de ces équipes.

De même les critères 6 et 8, prônant l'intimité du patient, la dignité et la poursuite de ses activités de façon à assurer son confort psychologique n'ont pas été étudiés volontairement dans cette étude.

Le critère 7 rappelle la nécessité de lever la contention le plus souvent possible. Cette donnée semble réalisée par les équipes soignantes, mais ce critère n'a pas été relevé, car aucune traçabilité de cette donnée n'est retrouvée. Les données sont essentiellement déclaratives.

Les critères 9 et 10 sont relatifs à l'évaluation de l'état de santé de façon quotidienne. La retranscription dans le dossier de soin et la réévaluation de cette pratique étaient recherchées dans notre étude. Cependant elle n'a jamais été observée correctement, ni lors de la phase 1, ni lors de la phase 2. Lors de la phase 2, plusieurs réévaluations apparaissaient notifiées, mais à distance de la prescription médicale et ce, dans moins de 30 % des cas observés. Aucune prescription ne retraçait une évaluation de l'état de santé à un instant t. La localisation de la prescription dans le dossier semble peu propice à développer cet élément aux dires des internes. L'aspect chronophage de la partie administrative pour les soignants effraye beaucoup. Un moyen de contourner cette difficulté serait d'envisager une surveillance déterminée au moment de la prescription, avec des cases à cocher par les soignants de façon à ne pas perdre de temps dans la transcription des données et à permettre une meilleure visualisation des consignes et de l'évolution du patient par rapport à ses contentions.

Concernant l'observation des cas d'isolement et de contention observés au sein de l'établissement, une enquête réalisée en 2002 par l'INSEE et la DRESS relatait que 120 000 personnes hébergées dans des établissements sanitaires et/ou médico-sociaux se disaient enfermées à double tour, attachées à leurs lits ou leurs fauteuils, remettant ainsi en cause le principe de la liberté d'aller et venir. Il ne s'agit ni de banaliser ni de pointer du doigt cet état des lieux, mais d'en comprendre les raisons.

La conférence de consensus de 2004 sur la liberté d'aller et venir aborde cette notion, incitant les professionnels à une réflexion éthique collégiale et bienveillante.

III. GENERALISATION DES RESULTATS

1. La formation du personnel soignant en gériatrie

1. Le personnel soignant paramédical et les gériatres

Depuis 2003, 45 personnes (infirmier, aide-soignant, cadre de santé, agent de service) appartenant au CHU, dans les unités de gériatrie, ont participé aux formations continues sur les thématiques de la bientraitance ou de la prévention des risques de maltraitance. La dernière formation au CHU s'est déroulée en 2010. Ainsi, le personnel est sensibilisé à l'adaptation des soins en fonction de l'état cognitif, des troubles du comportement et de la nécessité de soins médicaux. Néanmoins, lors des différents passages, le personnel de nuit nous a semblé plus en difficulté pour gérer les cas d'agitation et de déambulation dans les unités de courts ou longs séjours. A l'inverse, le personnel des unités cognitivo-comportementales et de l'EHPAD, dans lesquels les patients peuvent circuler nuit et jour, semblait moins éprouver de difficulté pour ces situations. Ces deux dernières unités permettent aux patients de déambuler grâce à l'agencement des services et des moyens de sécurisation (pour certains secteurs, les portes sont fermées avec un code digital, il existe une possibilité de sortir d'une chambre, mais pas d'y rentrer seul, évitant de déranger les autres résidents/patients).

Une étude sur l'usage de la contention physique passive a déjà été menée en gériatrie en 2009^[54], au CHU de POITIERS, à l'initiative du Dr MERLET-CHICOINE, lors de l'ouverture de l'unité cognitivo-comportementale, concernant 15 lits dédiés à des problématiques de démences et/ou de troubles du comportement. L'objectif était de recenser et d'analyser les prescriptions de contention après une formation du personnel entre octobre et décembre 2008. Sur les 50 patients inclus, seuls 7 ont eu une contention diurne. Les raisons explicitées par l'équipe soignante pour la contention étaient : un état d'agitation (6/7), une déambulation (4/7), fugue (3/7), acte de violence (3/7). Pour les 7 patients, la prescription de la contention était notée et conforme à la réalisation. Concernant le critère de la surveillance selon la grille (Charles Foix) ^[2], un seul cas était répertorié. Dans cette étude, la surveillance n'avait pas été bien tracée.

En discutant avec les soignants, les situations peuvent s'avérer plus complexes à gérer la nuit. Le jour, les équipes sont plus étoffées, elles peuvent s'appuyer les unes sur les autres et un médecin est disponible en cas de difficulté médicale aigue ou chronique. Il s'agit donc d'une prise en charge plus sereine.

La nuit, il n'y a qu'un infirmier et un aide soignant pour 35 lits. Le médecin et l'interne d'astreinte ne connaissent souvent pas le patient s'il ne fait pas partie de leur service. Il est donc plus difficile de discuter de la thérapeutique ou de la prise en charge. Et si, dans d'autres services, dans la plupart des cas, les patients dorment ou reçoivent des soins ponctuels la nuit, pour la gériatrie, l'aspect temporel des événements diffère un peu plus, notamment pour les patients souffrant de démences.

Un article relate le phénomène connu, contemporain et d'actualité qu'est le burnout des soignants ^[90]. Chaque soignant est susceptible de développer un burnout au cours de sa carrière. Si 40 % des suicides en France sont liés au travail ^[91] exercé par les individus, les soignants (médecins et paramédicaux) sont plus exposés à cette problématique. Les médecins se suicident cinq fois ^[68] plus que la moyenne de la population française. Les soignants travaillant dans les services de soins chroniques ou de gériatrie sont exposés aussi au risque de burnout du fait d'un système de soins devenu rigide, des obligations financières et administratives, des consignes de soins, de la dépendance des soignés et de l'augmentation de la charge de travail. L'absence de références écrites majore cette problématique. Cet article relate le fait que des discussions pluridisciplinaires des dossiers posant des interrogations dans la prise en charge, permettent d'apaiser toute une équipe. Et la contribution de chaque point de vue, d'une part valorise personnellement le travail accompli par chacun et, d'autre part, permet un enrichissement de la pratique collective, avec des solutions adaptées pour tous. Le principal frein à cette situation idéale est le manque de temps. Il semble ainsi nécessaire de cibler des dossiers particuliers, contraignants, qui nécessitent une « interdisciplinarité ». Ceci permet de rompre ce sentiment de solitude, ce poids décisionnel porté par un soignant. Plus les regards sont variés, plus les analyses sont croisées, pertinentes et correspondent au patient.

2. Les internes et l'intérêt d'une formation sur ce sujet

Auto-évaluation des internes

Ce questionnaire réflexif avait pour but de sensibiliser les internes sur une pratique courante, qu'ils ont à prendre en charge au quotidien, mais dont l'apprentissage se fait sur le terrain. Aucune formation théorique n'est dispensée sur ce sujet au cours de notre cursus.

Si nous nous référons aux compétences à acquérir en tant que médecin généraliste selon le DMG, plusieurs items sont abordés :

- En premier lieu, l'apprentissage du travail en équipe et/ou en réseau, ce qui est bien souvent le cas dans les situations complexes et globales abordées en gériatrie. Chaque corps de métier travaillant auprès de la personne âgée contribue à la gestion de sa santé au quotidien.
- Prendre une décision adaptée en situation d'urgence et/ou en situation d'incertitude correspond tout à fait à l'évaluation du rapport bénéfice-risque d'une contention en cas de risque de chute ressenti et/ou en cas d'agitation aiguë.
- En réfléchissant sur notre pratique en collaboration avec tous les intervenants du soin, cette démarche s'intègre dans des cas de préventions individuelles et collectives, enrichissant notre pratique sur le long terme.
- Comme nous avons pu le voir, la communication au sein de l'équipe et avec la famille est indispensable pour développer un travail de collaboration et d'adhésion aux soins.

La principale difficulté ressentie pour la prescription des contentions par les internes a été le manque de décision collégiale et raisonnée. 83% des internes prescripteurs interrogés se sentaient en difficulté lors de la prescription de contention la nuit. Pourtant, les trois quart d'entre eux déclaraient avoir pris cette décision en association avec le médecin ou un soignant paramédical. Ceci s'explique par des attentes sans doute incomprises, une analyse des enjeux partiels.

Cette donnée doit s'intégrer au fait qu'aucun des prescripteurs n'avait eu la connaissance des recommandations et référentiels existants sur lesquels ils pourraient s'appuyer dans leurs pratiques.

Une discussion pluridisciplinaire permet un échange constructif sur l'état du patient de plusieurs points de vue (autonomie physique, psychique, capacité d'évolution, état médical) et d'aborder le projet de soin personnel le concernant. L'instauration ou non d'une contention physique n'étant pas dénuée de conséquences physiques et psychologiques doit impérativement s'inscrire aussi dans cette démarche.

Le ressenti des internes ayant participé à cette étude est positif. La sensibilisation des internes a favorisé la prescription de contention dans les semaines qui ont suivi l'étude. On observe une augmentation significative de la traçabilité des prescriptions, une augmentation des motifs de prescriptions, ainsi qu'une réévaluation effectuée dans moins de 30 % des cas. Le faible taux d'amélioration de la conformité, la non-prescription des surveillances et le fait que les réévaluations lorsqu'elles sont réalisées sont effectuées à distance, s'explique par le format dans lequel cette information est notée. La localisation de cette prescription se situe sur la fiche de surveillance, dans la catégorie « autres prescriptions », sur le même plan que les bains de bouche ou les protocoles de soins. En l'état actuel des choses, la prescription d'une contention selon les recommandations de l'HAS ne peut être réalisée.

2. Comparaison avec les données de la littérature sur l'amélioration des pratiques

Plusieurs études similaires ont été réalisées en France. L'équipe du Dr VEDEL, en 2007^[93,95], a cherché à évaluer l'impact d'interventions multiples (formations, diffusion de matériels éducatifs, création d'une fiche de prescription spécifique) sur l'application de recommandations nationales. Comme dans notre étude, les taux de prescription en gériatrie concernant la prescription de contention était bas (inférieur à 10 % pour la plupart des critères de l'HAS). Dans leur étude, le taux de prescription passe de 8,7 % à 57,4 %, l'indication du motif précisé et noté dans le dossier de soin passe de 3,5 % à 35,3%. Cependant, aucune indication à propos de l'évaluation du

rapport bénéfice-risque et de la surveillance n'a été mentionnée dans les dossiers, pour les deux phases.

Ce qui ressort de cette comparaison est que lors de la phase 1, nous pouvons constater la même incidence de contention et cette stabilité de prévalence avant et après l'intervention, ainsi qu'une similitude dans la fréquence des prescriptions et leurs évolutions au cours du temps. L'étude du Dr VEDEL apporte par contre une franche amélioration dans la prescription concernant certains critères inexistants avant la phase de sensibilisation (comme dans notre étude), ce qui n'est pas le cas dans notre étude en phase 2. La principale différence réside dans le fait qu'après la phase 1 de leur étude, les équipes soignantes se référaient à une fiche dédiée uniquement à cette action, permettant une meilleure traçabilité des actions. Ainsi, la création d'une fiche spécifique à cette utilisation serait susceptible d'améliorer ces critères.

IV. LIMITES METHODOLOGIQUES ET BIAIS ^[89]

Nous pouvons envisager certains biais et limites dans notre étude.

1. Les biais

- Il est envisageable qu'une partie du personnel soignant employé l'été (remplacements, « jobs d'été »), ne soit pas habituée à la prise en charge des personnes âgées. Les pathologies et dépendances qui en découlent sont spécifiques à la gériatrie et nécessitent des connaissances précises.
- La nature de l'étude a pu entraîner un biais. En effet, dans ce type d'étude observationnelle « avant-après », des modifications spontanées et/ou du fait de notre intervention peuvent intervenir, concernant le type de patients contentionnés, les actes des internes et/ou des soignants.
- Nous pouvons évoquer un biais de classement, de type biais de comportement. Ces biais sont dus à des modifications du comportement du groupe observé, simplement par le fait que certains sujets peuvent être influencés par l'observation. Notamment dans notre étude, les internes habitués à ma présence, ont pu modifier légèrement leurs prescriptions lors de la phase 2, lorsqu'ils m'ont à nouveau aperçue dans les unités. Nous avons tenté de limiter ce biais, en ne déclarant que partiellement le motif du suivi journalier en phase 1 : il a été déclaré aux soignants qu'une étude sur les cas d'agitation était menée, sans apporter plus de précision. Notre intervention ne pouvant et ne cherchant pas à être cachée, a potentiellement influencé les prescripteurs.

2. Les limites

L'ensemble des critères des recommandations de l'HAS n'a pu être évalué dans cette étude. Une deuxième étude complémentaire pourrait être envisagée, en couplant notre recueil avec un recueil des données d'une population témoin, de façon à affirmer les profils de patients contentionnés, qui se dessinent dans cette étude observationnelle.

V. ACTIONS D'AMELIORATION

L'EPP réalisée démontre que l'action réalisée a permis une amélioration de la traçabilité de la prescription, notre objectif principal. La sensibilisation des internes est une nécessité et a semblé porter ces fruits. Néanmoins, beaucoup d'autres critères n'ont pas été améliorés. Il faut étendre cette dynamique, en proposant des aides techniques au quotidien, non chronophages et permettant une bonne retranscription de la décision pluridisciplinaire en fonction de l'individu. Ceci permettra peut-être de mieux faire coïncider les pratiques avec les recommandations souhaitées par la Haute Autorité de Santé.

1. Proposition d'une fiche de traçabilité de la contention physique

Cette fiche de traçabilité de la contention physique pourrait être proposée et s'insérer dans le dossier de soin, afin de ne pas déborder sur le travail administratif du personnel soignant et pour être en adéquation avec les recommandations de l'HAS en matière de multidisciplinarité de cette décision. Il pourrait être envisagé de remplir cette fiche, pour certains patients le nécessitant, en staff (réalisé de façon hebdomadaire pour les six unités de gériatrie du CHU).

Il sera nécessaire dans un premier temps de réaliser des réunions de façon à présenter le projet. L'intégration des internes des services dans cette démarche semblerait une bonne initiative, de façon à les faire adhérer pleinement à ce projet.

Des études ^[52,56] ont démontré qu'un des freins à l'amélioration de la surveillance et la traçabilité des prescriptions de contention en général était lié à l'absence de fiche spécifique, dédié à cet usage. Pour l'étude de MONTROY ^[60], le diagramme de soin a permis une amélioration de la traçabilité des surveillances des contentions, en passant de zéro prescription à plus de 85% de prescription.

Une fois cette fiche utilisée, son évaluation secondaire sur les bénéfices apportés en termes de traçabilité semblerait intéressante.

FICHE DE TRACABILITE ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTENTION PHYSIQUE

Prescripteur :

Information famille et/ou représentant légal : Oui Non

Consentement patient : Oui Non

Motif(s) contention :

Type de contention : **Jour :** **Fauteuil :** Oui Non **Tablette :** Oui Non **Ceinture Pelvienne :** Oui Non

Lit / Fauteuil : **Poignet :** Non Une Deux **Cheville :** Non Une Deux

Barrière de lit : Non Une Deux **Autre :**

Nuit : **Barrière de lit :** Non Une Deux **Gilet contention :** Oui Non

Autre :

Discussion pluridisciplinaire :

Contention		Date :	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Jour	Horaire :								
Nuit	Horaire :								
Surveillance	Fréquence								
	Etat cutané								
	Tolérance psychologique								
	Fonction respiratoire								
	Hydratation								
	Continence								
Réévaluation médicale									

Complications :

2. Sensibilisation à reproduire

Cette phase de sensibilisation et d'analyse de la pratique des prescriptions semble avoir été favorable pour les internes. Ainsi, il pourrait être envisagé de reproduire cette sensibilisation, sous cette forme ou sous une autre, en début de semestre pour les nouveaux internes en gériatrie. Et ce en s'appuyant toujours sur une proposition d'amélioration de nos pratiques par rapport à un référentiel connu et indiscutable. D'autre part, cette sensibilisation s'inscrirait dans une démarche de formation professionnelle continue. Ce staff pourrait être global, en portant sur la traçabilité des prescriptions de contention comme sur la traçabilité des prescriptions des antibiotiques.

3. Améliorer la collégialité de cette décision

Comme nous l'avons présenté précédemment, une possibilité de réaliser cette prise de décision collégiale serait de l'aborder lors des réunions de service hebdomadaires. Comme nous l'avons déjà vu précédemment, cela pourrait s'effectuer à l'aide de la grille ci-dessus.

Des études ont prouvé que ces actions étaient améliorées dans leurs pratiques lorsque ces situations difficiles, conflictuelles étaient discutées en équipes pluridisciplinaires. Il semblerait ainsi intéressant d'entreprendre pendant ces staffs l'instauration de ces discussions, en associant plus ou moins des binômes référents sur ce sujet^[67,95]. Nous sommes néanmoins conscients du manque de temps...

CONCLUSION

La contention physique passive est, depuis plusieurs siècles, une pratique répandue. Depuis quelques décennies des réflexions sont initiées pour encadrer cette pratique d'un point de vue médical, éthique et législatif. Même si beaucoup de pays l'utilisent, on observe des variations de la prévalence de la contention : 10 % pour la Grande Bretagne, contre 40 % pour les Etats-Unis (pourtant initiateurs des études de réflexions sur les dangers et les conséquences physiques et psychologiques de ces pratiques, dans les années 1990) ^[41,91].

Pour Poitiers, cette évaluation de la pratique de la contention physique passive a permis d'étudier à la fois l'usage et la traçabilité de la contention physique passive et l'étude d'une série de cas de sujets contentionnés.

Ce type d'étude « avant-après » a eu pour but de créer une dynamique de réflexion et d'enclencher un travail de groupe sur le long terme. Nous avons pu observer une amélioration sensible pour certains critères de l'HAS. Il reste à prolonger l'effort effectué en apportant de nouveaux outils facilitant le recueil des données et la discussion pluridisciplinaire pour la prise de décision, sans que cela ne soit chronophage.

De plus, le patient et sa famille ne doivent pas être exclus de cette décision. Le patient étant un acteur indispensable dans la prise en charge médicale. Aux Etats-Unis, en 1987, la NHRA (Nursing Home Reform Act) ou OBRA reconnaissait déjà le droit aux personnes âgées de refuser l'utilisation des contentions physiques ou chimiques pour des raisons de commodités, en dehors des nécessités imposées par des soins médicaux. Il semble, de nos jours, impossible de ne pas informer et rechercher le consentement de la personne (son représentant légal, sa personne de confiance). Le discours facilite la prise de décision la plus appropriée et apaise des situations potentiellement conflictuelles.

Ainsi, pour conclure, la contention physique passive ne doit ni être bannie ni être proposée systématiquement. Il s'agit d'une décision pouvant être lourde de conséquences, à utiliser au cas par cas, après un échec des différentes alternatives

et une discussion pluridisciplinaire. La réévaluation se fera régulièrement et ce en fonction de l'évolution du patient.

LES ANNEXES

<u>Annexe n°1</u> : Questionnaire pour la phase de sensibilisation des internes	p111
<u>Annexe n°2</u> : Sécuridrap	p115
<u>Annexe n°3</u> : Accidents liés aux barrières de lit	p116
<u>Annexe n°4</u> : Alternatives à la contention.....	p118
<u>Annexe n°5</u> : Définition des Groupes Iso-Ressources	p119
<u>Annexe n°6</u> : Indicateurs de maltraitements des personnes âgées selon l'OMS..	p121

Annexe n°1 : Questionnaire pour la phase de sensibilisation des internes

Etes-vous?

- Un homme
- Une femme

En quel semestre êtes-vous?

- 1^{er}
- 2^{ème}
- 3^{ème}
- 4^{ème}
- 5^{ème}
- 6^{ème}

Dans quel service exercez-vous ce semestre ?

- Gériatrie
 - Soins aigus
 - Soins de longs séjours/ soins de suite
 - Unité cognitivo-comportementale

Avez-vous déjà prescrit l'usage de contention physique pour une personne âgée (plus de 65 ans) ?

- Oui
- Non

CONCERNANT VOTRE DERNIERE PRESCRIPTION DE CONTENTION EN GERIATRIE. Une ou plusieurs réponses sont possibles.

Quel était le motif d'installation de la contention ?

- Agitation (sur un état délirant aigu, une démence...)
- Risque de chute
- Nécessité de soins (perfusion, plâtre...)
- Risque hétéro-agressif

- Risque auto-agressif (scarifications, tentative autolyse...)
- Suite à un passage à l'acte
- Autres

Préciser :

Connaissiez-vous le patient avant d'avoir réalisé la prescription ?

- Oui
- Non

Avez-vous été voir/examiner cette personne avant de le lui en prescrire?

- Oui
- Non

Quel type de contention avez-vous prescrit ?

- Tablette au fauteuil
- Barriere de lit
- Ceinture pelvienne
- Attache-poignets
- Attaches chevilles
- Usage de draps
- Autre

Avez-vous modifié le traitement psychotrope de cette personne à la suite de la prescription ?

- Oui**
 - Ajout traitement
 - Retrait traitement
 - Diminution posologie
 - Augmentation de posologie
- Non**

Avez-vous consulté l'équipe paramédicale sur la nécessité de la contention ?

- Oui
- Non

Pourquoi ne pas en avoir discuté ?

En avez-vous discuté avec votre sénior ?

- Oui**
 - Avant la prescription
 - Après la prescription
 - Lors d'un débriefing
 - Dans la journée
 - Le lendemain
 - Lors de la visite
 - En staff
- Non**

Avez-vous signé votre prescription ?

- Oui
- Non

Avez-vous réévalué votre prescription ?

- Oui**
 - Dans les heures qui suivent
 - Dès le lendemain
 - Plusieurs jours plus tard
- Non**

Avez-vous écrit des consignes de surveillance ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous la grille de discussion sur l'usage de la contention écrite et à disposition dans le service ?

- Oui
- Non

Vous sentez-vous plus en difficulté lors de la prescription de contention la nuit ?

- Oui
- Non

Pourquoi selon vous ?

Connaissez-vous le référentiel et les recommandations de l'HAS de 2006 ?

- Oui
- Non

Dans ces recommandations, dans le cas d'une contention au lit, la contention est fixée ?

- Au sommier
- Au matelas
- Aux barrières

Dans ces recommandations, quels sont les risques à prévenir en cas de contention en position allongée ?

Annexe n°2 : Sécuridrap

Couchage de sécurité :

Le "PYJADRAP"®, conçu en partenariat avec les services de gériatrie du Centre Hospitalier de Roubaix et des Monts de Flandre de Bailleul, testé à la fois en laboratoire textile et en établissements, a fait l'unanimité au dernier salon GERONTEXPO de Paris.

Le PYJADRAP® permet de **sécuriser la personne désorientée, qui ne peut plus tomber de son lit ou fuguer.**

Par sa conception, il apporte au patient confort et liberté de mouvements, il contribue à améliorer sa qualité de sommeil et de repos. Simple et ergonomique, le PYJADRAP® valorise le travail du personnel soignant. Il maintient une dignité de la personne appréciée des familles.

"PYJADRAP"® ensures that the mentally incompetent won't fall out of bed any more and at the same time its comfort and freedom of movement allow better sleep and prevents the patients from undressing and soiling themselves. The nursing staff would enjoy peace of mind and time savings during the placing of the patients in bed and while accessing the patients for medical care. These factors help preserve a sense of dignity appreciated by the patient's family.

Sécurité et bien-être du patient

Security and well-being of the patients



► ÊTRE EN SÉCURITÉ

Grâce au PYJADRAP®, la personne peut s'asseoir, dormir sur le dos ou sur le côté en position naturelle de sommeil (fœtale, "chien de fusil"). Elle ne peut descendre ou tomber du lit.

Security : The patients can sit up, sleep on their back or their side in a fetal position. However they can't get out or fall out of bed.

► RESTER VÊTU, PROPRE ET PROTÉGÉ

Le PYJADRAP® évite que le patient puisse se dévêtir, ou accéder à son change. Il permet de le maintenir couvert, bien au chaud, et de rester digne vis-à-vis des regards extérieurs.

Remaining dressed, clean and protected : PYJADRAP® prevents the patients from undressing or leaning up their diapers through the sheet. It makes the nursing staff's work much easier.



► SE SENTIR CALME ET LIBRE :

Le PYJADRAP® n'a pas à être enfilé. Son ouverture complète par système de zips permet de vêtir le patient sans manipulations ni mouvements douloureux.

Pour accéder aux soins, il suffit d'ouvrir partiellement le PYJADRAP® par sa partie inférieure, réduisant les manipulations, sources de douleurs et d'agitations.

Feeling calm and free : PYJADRAP® doesn't need to be pulled over the patients... It helps avoid all pain and agitation.

Thérapeutique et fonctionnel pour le personnel soignant

Therapeutic and functional for the nursing staff



► SÉCURISANT

- Prévention des risques d'accidents
 - pas de chute possible
 - moins de sources d'agitation
- Interventions de surveillances réduites
 - le patient reste calme, propre et couvert
 - le lit reste fait

Reassurance : freedom gained allows for better sleep.

► SIMPLE, RAPIDE ET ERGONOMIQUE

- Gain de temps en habillage, couchage, accès aux soins, toilette.
- Moins de manipulations, moins de douleurs.

Simple and ergonomic : time saved during dressing putting to bed, accessing for medical care, changing.

LE PYJADRAP® CONTRIBUE À AMÉLIORER LA RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ



► FACILE D'ENTRETIEN

- Lavage à 95°C, pas de repassage, facilement empilable.
- Testé en blanchisserie industrielle : résistant au chlore et aux passages en presse.

Easy maintenance : PYJADRAP® doesn't require special care and will be accepted by industrial laundries (95°C, chlorine and drying with the press)

Caractéristiques techniques :

Le pyjadrap est étudié pour que le tissu ainsi que le fil d'assemblage restent résistants même après chlorage. Dans les conditions de la norme ISO 13937-1, la résistance à la déchirure amarcée est de :

- pour un tissu en drap classique : 2.4DaN puis 1.2DaN après chlorage
- pour le tissu du pyjadrap : 6.6DaN puis 3.3DaN après chlorage

- Lavage : jusqu'à 95°C
- Poids : 142 g/m²
- Nb fils /cm : 56
- Composition : 77% polyester pour la résistance, 23% coton pour le confort

Le PYJADRAP® mode d'emploi :

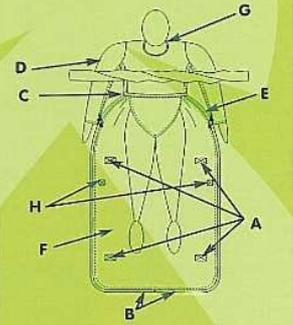
(une notice précise est jointe avec chaque couchage PYJADRAP®)

Detailed bilingual instructions are enclosed in each PYJADRAP®

1. fixer le PYJADRAP® au lit (4 sangles)
2. l'ouvrir (drap et culotte intérieure)
3. placer la personne sur le PYJADRAP® (elle ne sera plus manipulée)
4. fixer la culotte (boutons réglables)
5. rabattre le drap du dessus (col, manche), jusqu'à la taille
6. fermer le PYJADRAP® (2 boutons latéraux puis les zips)

PYJADRAP® côté technique :

- A. sangles de fixation au lit,
- B. 2 zips latéraux d'ouverture totale,
- C. 2 boutons de fixation de la culotte réglables,
- D. body permettant de passer les bras sans enfilage
- E. attaches de renfort (facultatif)
- F. partie inférieure ample pour insertion d'un tunnel
- G. col arrondi large et indéchirable
- H. ouverture pour passage de perfusion



Le PYJADRAP® c'est simple, rapide et ergonomique !

Annexe n°3 : Accidents liés aux barrières de lit



Piégeage entre les demis-barrières et le lit en cas de descente.



Piégeage à l'intérieur d'une barrière de lit, si la fixation n'est pas bloquée en position haute.



Piégeage possible si espace entre le matelas et la barrière de lit.



Piégeage possible entre le lit et le matelas.

AFSSAPS, bonne utilisation des barrières de lit, janvier 2006, reprenant les recommandations américaines de CAPUZETI.

Annexe n°4 : Alternatives à la contention ^[4]

Tableau 1 : Taux de succès des alternatives à la contention dans les maisons de retraite du Colorado (33).

	succès	échec	pas tenté	n
Modification physique				
a. Modification de l'environnement (ex. : plus de lumières, parcours de déambulation délimité, portes de sortie dissimulées...)	49,6 %	12,4 %	38,0 %	129
b. Adaptation des fauteuils roulants	90,6 %	3,9 %	5,5 %	128
c. Mise à disposition d'aides à la marche (canne, etc.)	87,5 %	8,7 %	5,6 %	126
d. Utilisation de différents types de lits	76,6 %	3,9 %	19,5 %	128
e. Suppression des roulettes des lits/chaises	37,6 %	14,4 %	48,0 %	125
f. Installation de systèmes d'alarme	85,3 %	5,4 %	9,3 %	29
g. Réduction des stimuli visuels ou auditifs inutiles (ex. : sonneries, Interphone, télévision...)	50,4 %	14,2 %	35,4 %	127
h. Personnalisation des chambres	79,1 %	9,3 %	11,6 %	129
i. Utilisation d'unités sécurisées	42,3 %	20,3 %	37,4 %	123
Approche occupationnelle				
a. Activités de groupe journalières	89,1 %	7,8 %	3,1 %	129
b. Incitation aux déambulations/promenades	84,5 %	9,3 %	6,2 %	129
c. Exercices physiques	88,4 %	10,1 %	1,6 %	129
d. Activités nocturnes	42,5 %	17,3 %	40,2 %	127
e. Activités pendant les week-ends	82,7 %	11,8 %	5,5 %	127
f. Emploi de bénévoles pour améliorer les choix de programmes	66,7 %	15,5 %	17,8 %	129
g. Établir un système de référent pour la surveillance	19,7 %	17,3 %	63,0 %	127
Approche médicale, infirmière				
a. Évaluer les problèmes physiques et sociopsychologiques latents	95,4 %	4,6 %	0 %	130
b. Déterminer les phases de sommeil	82,2 %	10,1 %	7,8 %	129
c. Soulager la douleur	93,0 %	6,2 %	0,8 %	129
d. Rechercher les chaussures appropriées	88,5 %	9,2 %	2,3 %	130
e. Lunettes, assistance auditive, dentiers	79,8 %	17,1 %	3,1 %	129
f. Accroître l'hydratation	78,5 %	13,8 %	7,7 %	130
g. Accroître assistance et contrôles	91,6 %	6,1 %	2,3 %	131
h. Promenade quotidienne	91,6 %	8,4 %	0 %	131
i. Déplacer le résidant près du poste infirmier	86,3 %	9,2 %	4,5 %	131
j. Établir un programme de mise aux toilettes	91,6 %	7,6 %	0,8 %	131
k. Mettre en œuvre des techniques de repositionnement	87,5 %	9,3 %	3,1 %	129
l. Instaurer une sieste quotidienne	75,6 %	16,8 %	7,6 %	131
m. Réévaluer les prescriptions médicamenteuses	95,4 %	4,6 %		130
n. Sorties hors de la chambre	90,1 %	6,9 %	3,1 %	131
o. Rappels fréquents pour éviter certains comportements	86,0 %	10,1 %	3,9 %	129
p. Adopter une attitude de réconfort	90,8 %	7,6 %	1,5 %	131
q. Encourager la compréhension des problèmes par famille et personnels	87,7 %	8,5 %	3,8 %	130
r. Prescrire une thérapie plus spécifique (ex. physique, médicale, psychosociale...)	93,8 %	13,4 %	0,8 %	129
s. Massages	40,2 %	14,2 %	45,7 %	127
t. Collations	83,8 %	13,1 %	3,1 %	130
u. Distractions	92,4 %	6,9 %	0,8 %	131
Approche sociopsychologique				
a. Pratiquer l'écoute active des sentiments et sensations du résidant	80,6 %	14,0 %	5,4 %	129
b. Encourager la détention d'objets personnels/de famille	85,3 %	12,4 %	2,3 %	129
c. Inciter à une plus grande autonomie du résidant	89,1 %	10,2 %	0,8 %	128
d. Utiliser des stratégies comportementales	85,8 %	10,2 %	3,9 %	127
e. Modifier les stimuli sensoriels (ex. aromathérapie, ton des papiers peints...)	52,4 %	12,7 %	34,9 %	126
f. Encourager les liens sociaux, les visites	84,4 %	12,5 %	3,1 %	128
g. Être un point de repère pour le résidant	71,9 %	25,8 %	2,3 %	128
h. Accepter la perception qu'a le résidant de sa réalité	88,3 %	11,7 %		128

Annexe n°5 : Définition des Groupes Iso-Ressources

http://www.cg57.fr/SiteCollectionDocuments/LaMoselleEtVous/solidarite/seniors/PA_GIR.pdf

Le Groupe Iso Ressources (GIR) est déterminé à domicile par l'équipe médico-sociale composée d'un travailleur social et d'un médecin du Conseil Général.

En établissement, il est déterminé par l'établissement en lien avec le médecin du Conseil Général. Les GIR sont révisés chaque année.

Les personnes les plus dépendantes : GIR I et II

Le *GIR I* : comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le *GIR II* : est composé essentiellement de deux sous-groupes :

- d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit
- d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

Les personnes relevant des Gir III et IV :

Le *GIR III* : regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

Le *GIR IV* comprend deux sous-groupes essentiels :

- d'une part, des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules.
- d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

Les personnes qui ne peuvent obtenir l'APA :

Le *GIR V* est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

Le *GIR VI* regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante.

Annexe n° 6 : Indicateurs de maltraitance des personnes âgées selon l'OMS

Physiques

- Se plaint d'agressions physiques
- Chutes et blessures inexplicables.
- Brûlures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel.
- Coupures, marques des doigts ou autres preuves de contention.
- Trop de prescription à répétition ou pas assez de médicaments.
- Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale.
- Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène.
- La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux

Comportements ou psychologiques

- Changements dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil.
- Peur, confusion ou air de résignation.
- Passivité, repli sur soi-même ou dépression de plus en plus marquée.
- Sentiment d'impuissance, de désespoir ou d'angoisse.
- Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale.
- Hésitation à parler franchement.
- Éviter les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant.
- La personne âgée est tenue isolée par d'autres.

Sexuels

- Se plaint d'agressions sexuelles.

- Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée.
- Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité, repli sur soi-même, automutilation.
- Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables.
- Infections génitales récurrentes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale.
- Sous-vêtements déchirés ou tachés, notamment de sang.

Indicateurs relatifs au soignant.

- Le soignant semble fatigué ou stressé.
- Le soignant semble trop intéressé ou pas assez.
- Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence.
- Le soignant se montre agressif.
- Le soignant traite la personne âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante.
- Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui.
- Le soignant ne veut pas que la personne ait un entretien avec quiconque seule.
- Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre hostile ou évasif.
- Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée.

OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. GENEVE 2002.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACKERMANN M. Les alternatives à la contention physique au fauteuil du sujet âgé en milieu gériatrique. Actualités ergo thérapeutiques. mars 2004. Montpellier. <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/contention.pdf>. [site consulté le 10/08/2013].
2. AFSSAPS, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mise au point sur la bonne utilisation des barrières de lit – Janvier 2006- groupe de travail d'experts, piloté par LECOINTRE H. www.agmed.sante.gouv.fr/htm/10/dm/vigilan/lit_an1.pdf. [site consulté le 20/05/2013].
3. AMYOT JJ, BRUN L, AUGERAS S, MALO PY., NICOLEAU P. Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées. DUNOD. Paris. 2012.
4. ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Guide 2000.
5. ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention de la personne âgée. ANAES, service évaluation en établissement de santé, octobre 2000.
6. ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité. [Conférence de consensus du 24 et 25 novembre 2004].

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_1ong.pdf. [Site consulté en juin 2013].
7. ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Décret de compétence n°86-1195 du 21 novembre 1986 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'ergothérapeute.

8. ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. http://ansm.sante.fr/Glossaire/%28filter%29/D#term_16195. [site consulté en mai 2013] et [http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Securite-des-lits-medicaux/Risque-de-chute-et-ou-piegeage-lie-aux-barrieres-de-lit/\(offset\)/1#paragraph_139](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Securite-des-lits-medicaux/Risque-de-chute-et-ou-piegeage-lie-aux-barrieres-de-lit/(offset)/1#paragraph_139). [Site consulté en mai 2013]
9. ANTOINE V, AUGER M, DELVIGNE A, VINCENT E, BODENAN L. Intérêt de la démarche d'audit ciblé en établissement accueillant des personnes âgées : exemple de la contention physique passive. *La revue de Gériatrie* 2006;31:759-71.
10. ASSOUS L, RALLE P. La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale. Conférence internationale en sécurité sociale. DRESS. 2000
11. BAGARAZA E, VEDEL I, CASSOU B. Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la pratique de la contention physique passive. *Gérontologie et société*. 2006;116:161-170.
12. BEAUCHET O, ANNWEILER C, HUREAUX-HUYNH R, LLEONART S, BARRE J, DUBOST V. Médicaments et chute de la personne âgée. *Ann Gérontol* 2008;1:47-52.
13. BEAUMANOIR-LAMBOTTE A. Contention physique de la personne âgée hospitalisée en soins de longue durée : actions d'améliorations professionnelles. [Thèse d'exercice]. Rennes : Faculté de médecine ; 2007-2008.
14. BERG N, MOREAU A, GIET D. La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société. *Rev Med Brux* 2005;26:344-9
15. BERRUT G. Les chutes de la personne âgée : une question d'actualité. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9:253-4.
16. BIZZINI L, RAPPIN C-H. L'âgisme. Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence, *Gérontologie et société*, 2007;123:263-278.

17. CAPUZETI E, STRUMF NE, EVANS LK, GRISSO JA, MAISLIN G. School of nursing, university of Pennsylvania. Etats-Unis. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol* 1998;53:47-52.
18. CAPUZETI E, MAISLIN NE, STRUMF NE, EVANS LK. Side rail use bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:90-6.
19. CAPUZETI E, WANER LM, BRUSH BL, RENZ S, TALERICO KA. Consequences of intervention to reduce restrictive side rail use in nursing home. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:334-341.
20. CHABOT JM, PASSADORI Y, LION A, RUAULT G, HERVY MP. Évaluation des pratiques professionnelles et santé publique : l'exemple du programme MobiQual. *La Revue de Gériatrie* 2007;12(supplB):56.
21. COLAIZZI J. Seclusion et restraint : a historical perspective, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2005;43:31-7
22. DARGENT-MOLINA P, BRART G. Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995;43:72-83
23. DE BENEDICTIS L. Les facteurs influençant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intra-hospitalier. [Mémoire] Montréal. Faculté de science biomédicale;2010
24. DELAMARE G. Dictionnaire illustré des termes médicaux. (2006). 29^{ème} édition. Maloine, p 195.
25. Direction générale de la Santé et de l'action sociale, Société française de gériatrie et de gérontologie, octobre 2007. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpah-2.pdf. [site consulté en juillet 2013].
26. DUBREUCQ J. La contrainte : un outil de soin en psychiatrie ? [thèse d'exercice] Fac Grenoble, mars 2012, 232p.

27. DUGAST C. Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital. SOINS CADRES, 2012/08 ; 83 : 14-16.
28. DUMESLIN H, SERRE B, REJI J, LEOPOLD Y, VERGER P. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé publique 2009;4:355-64.
29. ELON R, PAWLSON LG. The impact of OBRA on medical practice within nursing homes. J Am Geriatr Soc 1997;40:958-63.
30. EVANS D, FITZGERALD M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. Int J Nurs Stud 2002;39: 735–743.
31. EVRARD A. Grand âge et mauvaises pratiques : quelle liberté de parole pour les soignants ? LAENNEC 2012;4:38-52.
32. FAURE P, ZIMMERMANN N. Le lit médical : impact de la matériovigilance sur ce dispositif médical méconnu. Bulletin de l'ordre des pharmaciens;367;567-572.
33. FRANK C, HODGETTS G, PUXTY J. Safety and efficacy of physical restraint for the elderly: review of the evidence. Can Fam Physician 1996;42:2402-9
34. FROMAGE B. Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque. NPG 2003;3:30-32.
35. GABROT V, DUPORTET P. Regards croisés sur les atteintes à la sécurité des personnes âgées, La revue de Gériatrie 2012 ; 37 :129-133.
36. GELY-NARGEOT MC. Facteurs de vulnérabilité psychologiques chez les personnes âgées. [DU Victimologie, 2010]. Université Montpellier.
37. GHIRONI N, MARZAIS M, LE GOIDEC P, JONCHERY F, MARANDE D, MOULIAS R. Contention physique en gériatrie : dispositifs médicaux et vigilance. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. 2005;112:78-82.

38. GIROUX T, MAHEUX C, CHEVALIER M. Le médecin du Québec. 2005;40.
39. HAIF-THOMAS C, BARRUCHE G, THOMAS P. Appréhender le burnout des soignants. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie mai 2013 ; XX:174-183.
40. HAMERS J, GULPERS M, STRIK W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. J Adv Nurs 2004 ; 45(3):245-51.
41. HANGER HC, BALL MC, WOOD LA. An analysis of falls in the hospital: can we do without bedrails? J Am Geriatr Soc 1999;47:529-31.
42. HAS. Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf. [site consulté en juin 2013].
43. HAWES C, MOR V, PHILLIPS CD, FRIES BE, MORRIS JN. The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality. USA. J Am Geriatr Soc 1997; 45:977-985.
44. INSEE, Institut National de la Statistique et de l'Etude Economique et Statistiques de l'état civil et estimation de la population, 2012. <http://www.insee.fr>. [Site consulté le 28/06/2013].
45. JAMET V. Association des hôpitaux de Québec, révision de 2004.
46. TALERICO KA, CAPUZETI D. Myths and facts about side rails. Am J Nurs 2001;101:43-48.
47. LALOUE M. Le cadre juridique de la privation de liberté en vue d'un traitement médical. Soins cadres.2009;70:16-19.
48. LECOINTRE H. Département des vigilances – Direction de l'évaluation des dispositifs médicaux, 28.02.2011 – AFSSAPS, Sensibilisation sur le risque

d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique.

49. LE PAPE A, SEMET C, CREDES. La polypathologie des personnes âgées, quelle prise en charge à domicile ? 1997.

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1182.pdf>. [site consulté en août 2013].

50. MANAOUIL C., MONTPELLIER D. Comment se préparer à subir une expertise ou histoire d'un malade qui vous veut du mal. Amiens. 2011.

51. MARASCHIN J. La part du travail dans les suicides. Santé et travail 2012;80: 14-15.

52. MENIER C, RODRIGUEZ B, LASSAUNIERE JM, LANGLADE A, STAMBOULI A. La contention physique passive : une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire. Médecine palliative – Soins de support _ Accompagnement _ Ethique 2010 ; 9 : 232-241.

53. Mental Health Commission. Seclusion and physical restraint reduction knowledge review and draft strategy, juin 2012
http://www.mhcirl.ie/Consultations/Open_Consultations/Sec+PPR_KnowRev.pdf

54. MERLET CHICOINE I, DEBOUVERIE O, BAUDRIER A, SURY B, PACCALIN M. Expérience de l'unité cognitivo-comportementale, Pôle de gériatrie. [Mémoire]. Poitiers : Faculté de médecine, CHU Poitiers ; 2009.

55. MICHEL, BEAUMANOIR, ROQUAIS. La contention physique passive du sujet âgé : deux EPP au CHU de Rennes,
<http://www.sgoc.fr/DIU%20soignants/2008-2009/S%C3%A9minaire%20%201-2009/MF%20Courtais%20Contention%20physique%20%5BMode%20de%20compatibilit%C3%A9%5D.pdf>. [site consulté en mai 2013].

56. Mieux prescrire. Décès et accidents dus aux lits médicaux et aux barrières de lits. La revue Prescrire 2003;237;190-193.
57. MILES SH, IRVINE P. Deaths caused by physical restraints Gerontologist 1992; 32: 726-6.
58. MILLEVILLE B. Secret professionnel : les dérogations sont strictes, rappelle la Cour de cassation, Droit, Déontologie & Soins. 2011/12;11: 427-437.
59. MOHSENIAN C, VERHOFF M, RISSE M, HEINEMANN A, PUSCHEL K, Deaths due to mechanical restraint in institutions for care. Z Gerontol Geriatr 2003;36:266-73.
60. MONTROY D, MASSOT M, LOMBARD S. Evaluation des modalités de contention physique passive en unités de soins de longues durées, avant et après formations des soignants. La revue de Gériatrie 2007 ; 32 : 521-526.
61. MOULIAS R, MOULIAS S, FRANCO A, MEAUME S. Les six piliers de la maltraitance. La revue de Gériatrie 2012;5:331-337.
62. MOULIAS R., BUSBY F. Maltraitance, bientraitance, de quoi parle-on ? La revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2013;195:192-195.
63. MOUREY F, MANCKOUNDIA P, PFITZENMEYER P. La peur de tomber et ses conséquences : mise au point. Cah Année Gérontol 2009;1:102-108.
64. National institute of nursing research – problems associated with the use of physical restraint in long term care for older adults. Bethesda : NINR ; 1994.
65. O'DOWD N, GIRARD V, DAMECOUR G, BROCHU S, BOITEAU LECLERC N. Équipe de consultation sur les aides techniques, Les mesures de contrôle en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions, janvier 2005.
- <http://www.centreinterval.qc.ca/Contention%20FINAL%2005-01-15.pdf>[site consulté en juin 2013].

66. Ordre des Ergothérapeutes du Québec. Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé : Guide de l'ergothérapeute. Février 2004, p. 19.
67. PALMER L, ABRAMS F, CARTER D, SCHLUTER W. Reducing inappropriate restraint use in Colorado's long term care facilities. *Jt Comm J Qual Improv* 1999;25:78-94.
68. PAYEN C. La contention physique passive en unités de soins de longue durée dans le cadre de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles. [Thèse d'exercice] 2007. Lille 2.
69. PENNEAU M. Traité de Médecine Légale et de Droit de la Santé à l'usage des professionnels de la Justice - La responsabilité civile du médecin. Edition VUIBERT. 2010 ; 1 : 544-555.
70. PIAZZA D. Violence et vulnérabilité. Edition De boeck. Paris. 2007
71. POIRIER MF. La contention en gériatrie : quelle liberté pour nos aînés. *Laennec* 1998 ; 16-20.
72. POURHADI G, BARRY A, DELTOUR B, MIRMAND F, SINGER C. Comment respecter la dignité de la personne âgée lors de la mise en place d'une contention physique. *Association Hospitalière Sainte-Marie* 2005;19:10-11.
73. PRADINE B. Association Daniel Goutaine, Albi Gériatrie « Un drame encore tabou : les contentions », dernière mise à jour en décembre 2007. <http://www.members.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html>. [site consulté en avril 2013].
74. Problématiques éthiques liées à une organisation inadéquate du care entre infirmières et aides soignantes dans un service de gériatrie. *Ethique et Santé*. 2009;1:37-42.
75. Rapport de la mission ministérielle : « Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé ». Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé,

2011/01,53p.http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bienveillance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf. [site consulté en juin 2013]

76. Rapport « 39 77-ALMA-HABEO 2011 » 2012, site www.alma.org
77. Réseau international pour la prévention de la maltraitance aux personnes âgées. INPEA. The international journal of victimology 2006;4:1-9.
78. RéQUA, Réseau qualité des établissements de Santé. Contention physique passive en établissement de santé – Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. 2011/02.
79. RODAT O, GALOPIN S. La contention et l'isolement en institution, CHU Nantes
80. ROUGE-MAILLART C. La responsabilité médicale, <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/codedeont.pdf>. [site consulté en février 2013]
http://www.smlc.asso.fr/fileadmin/user_upload/Enseignements/responsabilite.pdf. [site consulté en février 2013]
81. ROUGE-MAILLART C, JOUSSET N. Séminaire de droit médical, Angers [DESC de Médecine légale année 2012-2013].
82. RUAULT G, DOUTRELIGNE S, FERRY M. Présentation de l'outil bienveillance. La Revue de Gériatrie. 2012;5:349-352.
83. RUAULT G. Bienveillance, Qualité de vie, Mobiqua. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012; 10:353-4.
84. RUMEAU P. Protecteurs de hanches : pour réduire le risque de fracture du col du fémur. Rev Prat Med Gen 2002;16:1195-7.
85. RUMEAU P, MARZAIS M. Attache, contention physique passive ou contention physique réfléchie. Gériatrie 2001;119:42-45.
86. SAPANET Traité de Médecine Légale et de Droit de la Santé à l'usage des professionnels de la Justice - La responsabilité pénale du médecin. Edition VUIBERT. 2010 ; 2 : 556-581.

87. SWISSMEDIC. Lits médicaux : information de l'autorité compétente à l'attention des exploitants et des utilisateurs professionnels. Swissmedic Journal 11/2002 ISSN 0026-9212. <http://www.swissmedic.ch>. site internet consulté le 05/07/2013.
88. TINETTI ME, WEN LIANG L, MAROTTOLI RA, GINTER SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992;116:369-74.
89. TOUZET S, COLIN C. Interprétation d'une enquête épidémiologique type d'enquête, notions de biais, causalité, 25p.
90. Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées. *Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail*. 2008/07 ; 20 :41-59
91. VANHOUCKE V, BULCKAEN H, LOISON-BLANCHARD C, et al. La contention physique de la personne âgée : un adit en milieu gériatrique. *La revue de Gériatrie* 2003;28:707-714.
92. VAN LERBERGHE R-M. *Vivre plus longtemps. Le cherche midi*, 272p.
93. VEDEL I, LECHOWSKI L, DE STAMPA M, et al. Evaluation d'une intervention multiple pour implanter des recommandations nationales : le cas de la contention physique passive en gériatrie. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007;55:79-86.
94. VEDEL I, LECHOWSKI L, SIMON I, LAZAROVOCI C. La contention physique passive en gériatrie une pratique non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES. *Gérontologie et Société*. 2006;116:153-159.
95. VEDEL I. Un modèle français d'intégration des services pour les personnes âgées fragiles : de l'innovation de sa conception à son implantation. [Thèse médecine]. Reims. 2008.
96. Vieillir à l'intersection des espaces politique, public et privé. *GESTIONS HOSPITALIERES*. 2011/04 ; 505 : 211-215.

97. Violence et maltraitance dans les établissements de soins : en prendre conscience pour les éviter. Prescrire, 2011/10, n° 336, 776-781.

98. WILLERY M, N'GAIDO D, CAMUS F-E, DUJARDIN S. Le SECURIDRAP® : à propos d'un système de couchage innovant pour les patients déments avec des troubles du comportement, La revue de Gériatrie 2011;36 :145-153.

99. YVAIN F, GEOFFRE C, MAGNIER G. Plaidoyer pour éviter les barrières de sécurité au lit des patients âgés. Gériatrie Pratique 2001;124:11

NB : Les références internet ont été vérifiées, mais restent susceptibles de changement.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction

La contention physique passive est une pratique d'usage courante dans les services de gériatrie, qui soulève des questions éthiques et légales. Cette pratique pouvant entraîner des lésions physiques et psychologiques est encadrée par des recommandations de bonnes pratiques, éditées par la Haute Autorité de Santé en 2005.

Méthode

Une évaluation de la prescription des mesures de contention, sous forme d'audit clinique, a été réalisée sur l'ensemble des services de gériatrie du CHU de POITIERS (72 lits de médecine, 101 lits de Soins de suite et 97 lits de soins de longue durée). L'évaluation s'est faite en deux temps sur une semaine, en juillet et en août 2013, avant et après une sensibilisation des internes à cette prescription. Le recueil des données (nombre de contentions, caractéristiques des patients et résidents, observations du dossier infirmier et médical) s'effectuait lors de venues dans les unités en période diurne et début de soirée. La sensibilisation des prescripteurs correspondait à une présentation résultats de la première semaine et à une présentation des recommandations HAS. L'objectif principal était d'évaluer la traçabilité de la prescription de la contention physique passive (ceinture pelvienne, tablette, attache(s), gilet) « avant » et « après » sensibilisation. L'objectif secondaire était d'analyser la conformité de ces prescriptions aux recommandations nationales.

Résultats

Cinquante-six personnes ont eu une contention passive constatée (27 lors de la première semaine en juillet, 29 lors de la seconde semaine en août après sensibilisation des prescripteurs). Elles étaient âgées de 63 à 101 ans, plus de 50% étaient connues « chuteur » et pour 33 d'entre elles le score GIR d'autonomie fonctionnelle était ≤ 2 . Lors de la phase 1, 87 contentions étaient recensées dont 53 (60,9%) tracées dans le dossier. Lors de la semaine d'étude, « après sensibilisation », 131 contentions étaient notées dont 109 prescrites (83,2%). Entre les deux semaines d'observations, nous notons une augmentation significative de la traçabilité de la prescription ($p=0,008$). La conformité de la prescription aux recommandations était améliorée au cours de la seconde période de recueil.

Discussion

Les résultats obtenus étaient globalement similaires aux données de la littérature, montrant une insuffisance de connaissance des recommandations HAS et un important défaut de traçabilité concernant l'information, la surveillance, la réévaluation et la pluridisciplinarité de cette décision

Conclusion

Cette étude a permis d'évaluer une pratique de prescription fréquente. Au regard des résultats, il apparaît nécessaire de sensibiliser et former les prescripteurs (notamment les internes), et d'apporter de nouveaux outils afin de faciliter la traçabilité de cette prescription dans le dossier de soin.

Mots clés : contentions physiques passives, institution, personnes âgées, audit ciblé clinique, évaluations des pratiques, maltraitance.