

**Analyse de la pratique de la contention et du rôle du
médecin traitant dans deux EHPAD de la région
bordelaise en juin 2018**

Amandine Plessi

► **To cite this version:**

Amandine Plessi. Analyse de la pratique de la contention et du rôle du médecin traitant dans deux EHPAD de la région bordelaise en juin 2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02064935

HAL Id: dumas-02064935

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02064935>

Submitted on 12 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°198

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par PLESSI Amandine

Née le 27 mai 1986 à Talence

Le 21 Décembre 2018

Titre de la Thèse

Analyse de la pratique de la contention et du rôle du médecin
traitant dans deux EHPAD de la région bordelaise en juin 2018.

Directeur de thèse

Dr SÉJOURNÉ Jean-Michel

Jury

Pr GAY Bernard (président)

Pr RAINFRAY Muriel

Dr MONTARIOL Yves

Dr FAROUDJA Jean-Marie

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°198

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par PLESSI Amandine

Née le 27 mai 1986 à Talence

Le 21 Décembre 2018

Titre de la Thèse

Analyse de la pratique de la contention et du rôle du médecin
traitant dans deux EHPAD de la région bordelaise en juin 2018.

Directeur de thèse

Dr SÉJOURNÉ Jean-Michel

Jury

Pr GAY Bernard (président)

Pr RAINFRAY Muriel

Dr MONTARIOL Yves

Dr FAROUDJA Jean-Marie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur GAY Bernard,

Qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse gratitude pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Madame le Professeur RAINFRAY Muriel,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur SÉJOURNÉ Jean-Michel,

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Je te remercie pour ton implication pendant la réalisation de ce projet qui n'aurait pas pu se concrétiser sans toi et pour m'avoir transmis ton savoir-faire de médecin généraliste.

A Monsieur le Docteur MONTARIOL Yves,

Vous me faites l'honneur de critiquer et de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur FAROUDJA Jean-Marie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre aide pendant la réalisation de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A ma famille :

A mon Chéri, pour ton amour, ta présence, pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ces longues années d'études et de m'avoir donnée le plus beau des cadeaux, notre merveilleuse petite Elia. Je t'aime.

A ma Mère, pour sa patience pendant mes heures de révision et sa présence tant dans les échecs que dans les bons moments. Merci pour tout.

A mon Père, bienveillant et qui, malgré la distance, a su être un soutien.

A ma Sœur, toujours présente quoi qu'il arrive.

A mes grands-parents, Papou, Nanou, qui rêvaient de ce jour, **Pape**, qui m'appelle Docteur depuis la première année et **Mame**, qui me regarde de là-haut.

A mes oncles et tantes, Sylvie, Loïc, Caro, Zaza et Roumi pour leur soutien.

A Josselyne, pour son merveilleux fils et son soutien.

A mes cousins et cousines, Nico et Maya, Matthieu, Tiphaine et Thomas, Fred, Thomas, Arantxa et Teddy, Hugo et Julie qui me demandent souvent quand j'aurais fini !! Eh bien voilà !! Enfin !!

A mes amis :

A Camille, pour les longues discussions et les heures passées à la BU.

A Paul et Sophie, pour les soirées bières et leurs facilités tellement déconcertantes.

A Camille, Charly, Damien, Isa, Tony, Prisca, Julay, Sabrina, Crème, Clément, Nico, Fabienne, Amélie, Pédro, Marco, Julie, Fabrice, Lionel, pour leur soutien, les nombreuses soirées qui finissaient tôt pour moi mais jamais pour Guitou !!

Je remercie l'ensemble des soignants et des médecins qui j'ai rencontré au cours de mes stages et qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis.

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SANitaire des Produits de Santé
AIT : Accident Ischémique Transitoire
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
Art. : Article
AS : Aide-Soignante
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CSP : Code de Santé Publique
CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux
Dr : Docteur
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR : Groupe Iso-Ressource
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
L. : Loi
MCI : Mise en Chambre d'Isolement
ONU : Organisation des Nations Unies
QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité
R. : disposition réglementaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

LISTE DES TABLEAUX

Illustration 1 : Risques des barrières de lit
Illustration 2 : Sangle de poignet
Illustration 3 : Sangle de cheville
Illustration 4 : Contention type COCCOON ®
Illustration 5 : Différents types de contention
Illustration 6 : Étouffement avec une ceinture abdominale pour le maintien au lit
Illustration 7 : Étouffement avec une ceinture pour le maintien au fauteuil

Tableau 1 : Types de contention
Tableau 2 : Types de contention non prescrite
Tableau 3 : Durée de la prescription
Tableau 4 : Moment de la contention
Tableau 5 : Demandeur de la contention
Tableau 6 : Mise en place de la contention
Tableau 7 : Causes des risques élevés de chute justifiant une contention

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	10
a) Définition de la contention.....	11
b) Indications des contentions physiques.....	12
c) Différents types de contention physique.....	13
d) Risques de la contention.....	17
1) Le risque d'étouffement	17
2) La chute	18
3) Le syndrome d'immobilisation	18
4) L'aggravation de l'agitation et de la confusion.....	18
5) L'augmentation de la durée d'hospitalisation.....	19
6) L'augmentation de la mortalité	19
e) Alternatives à la contention.....	19
II. MATERIEL ET METHODE.....	21
a) Recherche quantitative.....	21
1) Les EHPAD.....	21
2) Population.....	22
3) Les questionnaires	22
b) Recherche qualitative	23
1) Elaboration du guide d'entretien destiné aux IDE et AS.....	23
2) Elaboration du guide d'entretien avec les médecins coordonnateurs.....	24
3) Déroulé des entretiens	24
c) Analyse des résultats.....	25
d) Recherche bibliographique.....	25
III. RESULTATS.....	26
a) Recherche quantitative.....	26
1) Description des EHPAD.....	26
2) Population.....	27
3) Type de contention physique.....	27
4) Le secteur fermé.....	28
5) Prescription de la contention physique.....	29
6) Types de contention non prescrite.....	29
7) Durée de la prescription de la contention.....	30
8) Moment de la contention.....	31

9) Demandeur de contention.....	32
10) Mise en place de la contention.....	33
11) Causes des risques de chute justifiant une contention.....	34
12) Incidents avec la contention.....	36
13) Plaintes avec la contention.....	36
b) Entretiens semi-dirigés.....	36
1) Les équipes soignantes.....	36
2) Les médecins coordonnateurs.....	39
IV. DISCUSSION.....	42
a) Intérêt de l'étude	42
b) Limites de l'étude.....	42
c) Une prévalence stable.....	43
d) Malgré un personnel sous tension.....	43
e) Types et causes des contentions.....	44
f) Les risques.....	44
g) Une formation pour améliorer les pratiques.....	45
h) Le glissement des tâches.....	46
i) Un cadre par la prescription.....	46
j) Une absence de législation	48
k) Une absence de législation pour les secteurs fermés.....	48
l) L'état de nécessité, un fait légitime.....	49
m) Mise en place de protocoles.....	50
n) Le rôle des médecins dans la mise en place d'une contention.	50
1) Les devoirs du médecin.....	50
2) Le rôle du médecin coordonnateur	51
3) Le médecin traitant.....	51
o) Une nouvelle recommandation.....	52
V. CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES.....	59
Annexe 1 : LE RISQUE DE CHUTE ET LES PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES A LA CONTENTION PHYSIQUE.....	60
Annexe 2 : FICHE RESIDENT.....	61
Annexe 3 : FICHE STRUCTURE.....	62

Annexe 4 : FICHE SOIGNANT.....	63
Annexe 5 : FICHE MEDECIN	64
Annexe 6 : TEXTES REGISSANT LA CONTENTION	65
Annexe 7 : VERBATIMS.....	75

I. INTRODUCTION

Dès que nous sommes internes, on nous demande de faire des prescriptions de contention physique passive. La plupart du temps ce sont les infirmières ou les aides-soignantes qui sont à l'initiative de ces demandes. Il peut être difficile pour un interne, et notamment un jeune interne, de refuser la prescription d'une contention à une infirmière plus expérimentée.

Au fur et à mesure de l'internat, on se rend compte que ces demandes sont souvent excessives et surtout lors des gardes de nuit, faites non pas pour la sécurité du patient mais pour soulager les soignants lorsque les patients déambulent la nuit.

De plus, même nous les internes, nous prenons l'habitude de mettre systématiquement les barrières de lit lorsque les patients ont une mobilité réduite, qu'elles soient prescrites ou non.

En médecine générale, notre attitude face aux contentions physiques passives change peu. Les demandes des IDE ou des AS dans les EHPAD sont les mêmes. L'expérience fait que l'on est plus à même d'expliquer un refus de contention.

La recommandation de l'ANAES de 2000, nous demande de réaliser une prescription pour 24 heures uniquement, puis de réévaluer la nécessité de la contention et de faire le renouvellement si le médecin le juge nécessaire.

De plus, j'ai pu constaté pendant mon stage en médecine ambulatoire l'hébergement de résidents en secteurs fermés dans les EHPAD. Les patients qui y sont hébergés présentent des démences avec des troubles du comportement et de la déambulation.

A l'époque, j'avais demandé comment ces patients étaient choisis pour rentrer en secteur fermé. La différence avec les hospitalisations sous contrainte en établissement psychiatrique m'avait alors frappée. En effet, contrairement aux établissements psychiatriques, il n'y a aucune loi qui encadre l'hébergement de patient dément en secteur fermé. Pourtant, même les patients déments ont des droits, et notamment celui d'aller et venir comme ils le souhaitent.

C'est devant la difficulté de réaliser la recommandation lors de mon passage en stage chez le praticien et l'absence d'encadrement des secteurs fermés qu'il a été décidé de faire ce travail de thèse.

Notre but est d'évaluer la pratique quotidienne de la contention dans deux établissements de la région bordelaise, 18 ans après la publication de la recommandation de l'ANAES, tant du point de vue quantitatif, que du type de contention mise en place et des modalités de sa prescription.

a) Définition de la contention

Il existe plusieurs types de contention qui peuvent être prescrites par les médecins traitants. Il est nécessaire de les définir avant de commencer à les étudier.

La contention physique passive :

L'HAS définit la contention physique passive « *par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.* »(1)

Le Larousse 2018 parle d'un « *Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* » ou d'un « *procédé employé pour immobiliser les animaux domestiques afin d'effectuer un diagnostic, de mettre en œuvre un traitement ou de pratiquer une intervention chirurgicale.* »(2)

En 2016, un groupe d'experts internationaux constitué de 45 membres s'est mis d'accord pour proposer une nouvelle définition : « *La contention physique se définit comme n'importe quelle action ou procédure qui empêche une personne d'avoir des mouvements libres pour prendre une position de son choix et/ou l'empêche d'avoir un accès à son corps par l'utilisation d'une méthode, attachée ou contiguë au corps d'une personne qu'elle ne peut ni contrôler, ni modifier facilement* »(3)

D'autres contentions existent dans le contexte du soin qu'il nous faut mentionner :

La contention physique rééducative est pratiquée principalement par les kinésithérapeutes. Elle comprend la contention dite posturale, qui permet le maintien d'une attitude corrigée et la prévention de rétractions et d'attitudes vicieuses et la contention dite active qui prépare à la verticalisation chez un patient alité depuis longtemps.

On peut aussi citer la contention médicamenteuse réalisée par l'utilisation de psychotropes plus ou moins incisifs.

Et plus sournoise est la contention psychologique : lorsqu'une personne en persuade une autre de ne pas se déplacer, par des injonctions verbales ou des conseils insistants pouvant être vécus par le patient comme un ordre.

Au sens large du terme de contention, on peut ajouter une autre définition :

La contention par limitation de la liberté de circuler c'est-à-dire l'hébergement de certains résidents dans des secteurs clos. Il s'agit de résidents qui sont pour la plupart atteints d'une démence à un stade avancé et présentant des troubles de la mémoire et de l'orientation. Ils souffrent pour la plupart d'une déambulation très importante et de troubles de la mémoire responsables d'errements à risque d'égarement. Il peut aussi s'agir de résidents qui présentent des troubles du comportement perturbant leur voisinage de façon importante.

Un document de travail de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques définit ainsi ces unités protégées (4):

« Le terme unité protégée désigne les services d'accueil spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de troubles cognitifs apparentés. Il s'agit généralement de lieux de vie et d'hébergement clos, sécurisés et adaptés aux symptômes générés par la maladie d'Alzheimer ou apparentée.[...]. Ces unités sont présentes au sein de la plupart des EHPAD. Elles sont créées et mises en œuvre à l'initiative des établissements eux-mêmes afin de proposer un accompagnement plus adapté, tout en renforçant la maîtrise des risques associés à ces pathologies souvent perturbateurs pour la vie collective. »

L'hébergement de résidents dans les unités protégées est une forme de contention, c'est la raison pour laquelle nous étudierons les conditions de sa prescription.

Les médecins généralistes sont souvent les médecins traitants de résidents en EHPAD. En effet sur les 728.000 personnes hébergées dans des établissements sociaux (EHPAD, EHPA et logements foyers) au 31/12/2016, 585.600 l'étaient au sein de 6.900 EHPAD. Et 47% des EHPAD disposent d'une unité protégée. Ainsi 63.900 personnes étaient hébergées au 31/12/2016 dans ces unités fermées, soit environ 11% de la population accueillie en EHPAD (5).

La probabilité est grande qu'un généraliste ait un ou plusieurs résidents hébergés en unité protégée.

b) Indications des contentions physiques

Parmi les différents motifs de contention que l'on trouve dans la littérature (1,6–9), on relève :

- la prévention d'une chute d'un patient âgé afin d'éviter un traumatisme, notamment s'il présente une dépendance fonctionnelle (10,11),
- la limitation d'une déambulation excessive avec un épuisement du résident,
- la gestion de l'agitation et de l'hétéro ou auto-agressivité,
- les comportements suicidaires,
- la protection du patient dans son environnement afin d'éviter qu'il casse des objets,
- la facilitation de la prise d'un traitement ou de la réalisation d'un soin,
- le souhait du patient, notamment la nuit. Celui-ci peut demander qu'on relève les barrières de lit afin de ne pas tomber pendant qu'il dort.

- le souhait de l'aidant ou du personnel par crainte de la chute d'un patient dépendant qui se retrouve seul chez lui ou qui pourrait tomber pendant la nuit et de la responsabilité que cela peut induire pour le soignant. (12)

L'indication essentielle de la contention physique est un risque élevé de chute chez un patient qui est déjà tombé ou chez qui une évaluation des risques de chute montre un risque particulièrement élevé (13). Les autres indications sont plus rares (comportement suicidaire, auto-agressivité) ou de très courte durée (réalisation d'un soin ou prise d'un traitement).

Mais les pathologies, déficiences ou troubles du comportement susceptibles d'augmenter le risque de chute sont multiples : troubles moteurs, déficits visuels, troubles de l'équilibre, pathologies neurologiques, chaussage défectueux, confusion, errance, agitation, anosognosie, etc.

c) Différents types de contention physique

Il existe plusieurs types de contention physique passive (1,14,15). Chaque méthode est utilisée en fonction des besoins et de la position que l'on souhaite que le patient garde.

En position assise, on utilise des ceintures de maintien qu'elles soient abdominales ou pelviennes. On peut aussi limiter les mouvements du patient en se servant d'une tablette qui bloque les accoudoirs ou les cuisses du patient, l'incitant ainsi à rester assis.

Il existe aussi des fauteuils gériatriques « coquilles » qui mettent le patient en position demi assise et dont il est très difficile de s'extraire pour des personnes à mobilité réduite et même pour des valides.

Au lit, on retrouve le plus souvent les barrières. On considère qu'une seule barrière n'est pas une contention mais un soutien au mouvement de la personne sauf si le côté du lit sans barrière est contre le mur. De plus les barrières de lit ne sont pas considérées comme une contention si elles sont demandées par la personne elle-même. Elle peut se sentir rassurée si elle a peur de tomber de son lit en voulant la nuit se retourner au cours de son sommeil.

Les barrières de lit (16,17) sont mises en place pour limiter les mouvements au cours du sommeil ou d'un transport mais ne sont normalement pas faites pour empêcher une personne de sortir de son lit. En conséquence, des chutes, des piégeages ou des blessures sont décrites dans la littérature lorsqu'une personne décide de sortir de son lit alors que les barrières sont mises en place.

La personne qui risque le plus de se blesser lors de la mise en place de barrière, est celle non valide, agitée et non lucide.

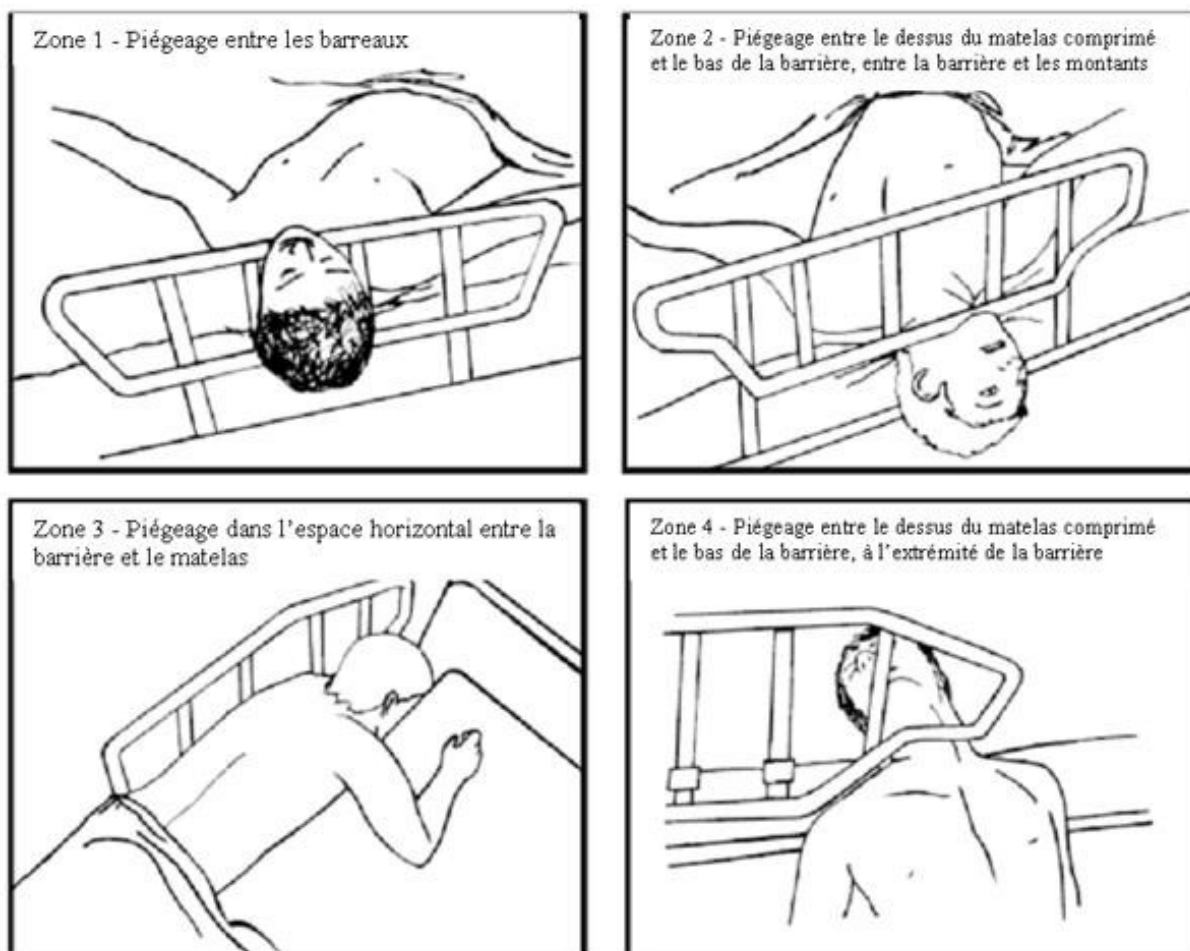


Illustration 1: Risques des barrières de lit

Les sangles sont aussi utilisées pour le maintien au lit ainsi que les attaches de cheville et de poignet.

Il existait un système de maintien au lit appelé SECURIDRAP® qui permettait d'être contenu au lit tout en gardant une certaine autonomie. Mais celui-ci a été retiré du marché par l'ANSM en juillet 2017 suite à plusieurs déclarations de pharmacovigilance (18).

Un autre moyen de contention au lit plus sécuritaire que le SECURIDRAP® est le couchage COCCOON®. C'est un moyen de maintien physique correspondant à une turbulette qui se fixe au lit et évite à la personne de passer au-dessus des barrières ou de se faufiler entre celles-ci. Il se compose d'une partie sur le matelas et d'une partie que l'on met par-dessus une fois que la personne est au lit, comme un sac de couchage. Ces deux parties sont reliées entre elles par des zips. Le maintien se fait au niveau des bras, qui sont à l'extérieur, par une fermeture réglable. Ce dispositif médical est indiqué chez les personnes désorientées mais contre-indiqué chez celles capables de s'extraire ou de se détacher par elles-mêmes. (19)

Il existe d'autres moyens de contention qui ne sont pas spécifiques de la position assise ou couchée comme les mitaines ou les gilets de contention.

Ainsi tout vêtement ou drap peut être utilisé pour maintenir quiconque.

Une porte fermée d'une chambre est aussi une forme de contention moins restrictive mais qui limite les mouvements et les déplacements dans l'établissement (20).

EXEMPLES DE CONTENTIONS PHYSIQUES PASSIVES



Illustration 2: Sangle de poignet



Illustration 3: Sangle de cheville



Illustration 4: Contention type COCCOON



Ceinture pelvienne



Ceinture abdominale



Barrières de lit



Moufle



Fauteuil coquille

Illustration 5: Différents types de contention physique

d) Risques de la contention

Si la contention a fait l'objet de différents textes, d'études, de critiques et de recommandations c'est qu'elle n'est pas sans risque. On peut en dénombrer plusieurs : l'étouffement, la chute, les complications de l'immobilisation, la confusion et l'agitation (ou leur aggravation), la perte d'autonomie et enfin l'augmentation de la durée de séjour en établissement et même l'accroissement de la mortalité.

1) Le risque d'étouffement

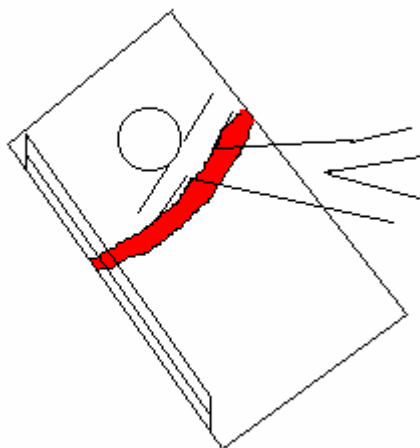
Que la personne soit contenue au fauteuil ou au lit, il existe un risque d'étouffement (14) avec les dispositifs de contention comme les sangles abdominales et les gilets. En effet, dans certains cas la personne peut glisser et ainsi faire remonter la contention au niveau du thorax ou du cou puis s'étouffer.

Entre 1999 et 2010, l'AFSSAPS a recensé 20 cas d'étouffement par les dispositifs de contention dont 14 ont entraîné un décès.

L'étude faite par l'AFSSAPS en 2010 a montré que les facteurs de survenue d'accident de type étouffement par les dispositifs de contention sont de deux ordres :

- Pour les contentions au lit, l'absence de barrière permettant au patient de glisser hors du lit, une sangle pas assez serrée ou l'absence de sangle latérale de sécurité laissant au patient une trop grande capacité de mouvement.

Illustration 6: Etouffement avec une ceinture abdominale pour le maintien au lit



- Pour les contentions au fauteuil, l'absence de maintien pelvien, un serrage insuffisant ou une sangle trop grande et l'utilisation d'un dispositif de maintien postural pour une personne agitée.

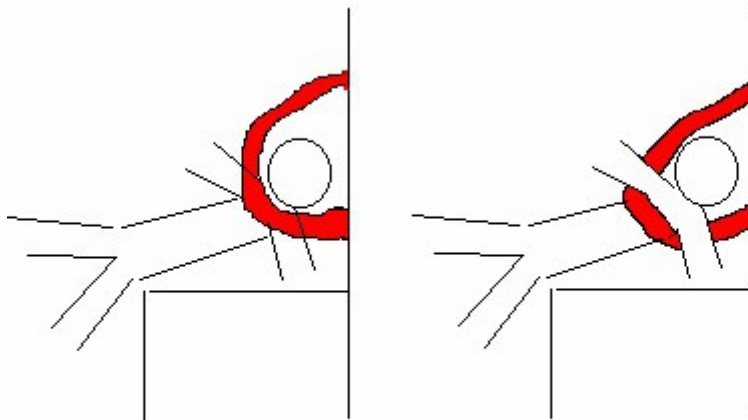


Illustration 7: Etouffement avec une ceinture pour le maintien au fauteuil

2) La chute

Les contentions physiques sont souvent prescrites pour limiter les chutes (10,11,21–23).

Pourtant, les contentions entraînent un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale qui sont à l'origine d'un risque plus élevé de chute. En effet, plusieurs études et notamment celle de Capezuti et al. en 1996 montrent que la contention est associée à une augmentation des chutes et à une augmentation du risque de chute à répétition. (22)

De plus, Tinetti et al. en 1992 ont montré que les chutes chez les patients contenus sont plus graves que chez les patients non contenus. (23)

3) Le syndrome d'immobilisation

La sévérité du syndrome d'immobilisation (24) est en lien avec toutes ses complications : rétention urinaire, trouble digestifs, troubles trophiques, sarcopénie, raideur articulaire, hypotension orthostatique, thrombose vasculaire, anxiété, dépression... Et qui par conséquent entraîne une perte d'autonomie.

Le risque d'infection nosocomiale ainsi que le risque d'escarre sont augmentés chez les personnes immobilisées contre leur gré.(1)

4) L'aggravation de l'agitation et de la confusion

Elle est quasiment constante chez les personnes dont les fonctions cognitives sont déjà altérées. Si une contention est indispensable pour procéder à un examen absolument

nécessaire en cas de confusion ou à la mise en place d'un traitement de cette confusion, on se doit donc de ne la laisser en place qu'un temps le plus réduit possible.

5) L'augmentation de la durée d'hospitalisation

Selon la recommandation de l'ANAES 2000, les personnes contenues présenteraient une augmentation de la durée de leur séjour en hospitalisation.(1)

6) L'augmentation de la mortalité

L'augmentation de la mortalité tient compte de l'ensemble des risques que l'on vient de décrire.

On retrouve des décès par strangulation, asphyxie ou traumatisme. Le rapport de l'ANAES explique qu'en France, le nombre de décès liés aux contentions est estimé à 1/1.000 en institution pour personnes âgées. Parmi ces décès dus aux contentions physiques, 78 % des personnes décédées ont plus de 70 ans. 85 % des décès surviennent en institution pour personnes âgées invalides, 58 % lors du maintien au fauteuil et 42 % lors de la contention au lit (1).

e) Alternatives à la contention

Comme nous l'avons vu, les chutes en lien avec la confusion et la déambulation sont les principales causes de mise en place de contention chez les personnes âgées. En conséquence, la prévention de ces causes est une première alternative à la contention (1).

Cette prévention passe, dans un premier temps, par la recherche d'une cause médicale à la chute (trouble de l'équilibre central, hypotension orthostatique, trouble glycémique, un effet indésirable de médicaments...).

Ensuite, il peut être proposé des mesures pour adapter l'environnement du patient afin de limiter ses chutes, qu'il y trouve des repères et que l'espace soit sécurisé (augmenter l'éclairage, mettre un matelas sur le sol près du lit, mettre le lit en position basse, mettre une horloge et un calendrier dans la chambre...).

Enfin l'accompagnement de la personne âgée dans son quotidien, dans ses déplacements peut aussi limiter la mise en place de contention.

Mais ce ne sont que des propositions. Je n'ai recensé aucune étude scientifique démontrant l'efficacité de ces propositions.

La seule étude à présenter un taux de succès dans les alternatives à la contention est une étude faite dans le Colorado en 1999 (25). Les auteurs présentent leurs alternatives selon quatre grands thèmes :

- la modification physique, correspondant à l'adaptation de l'environnement et des aides au déplacement du patient.

- l'approche occupationnelle, c'est-à-dire proposer des activités journalières voire la nuit au patient.
- l'approche médicale, en faisant en sorte d'évaluer les problèmes physiques et psychosociaux (les prescriptions médicamenteuses, la douleur, l'hydratation...)
- l'approche socio-psychologique, via l'écoute active des sentiments ou sensations du patient ou en l'encourageant à avoir des liens sociaux par exemple.

Nous pouvons retrouver ces alternatives détaillées en annexe 1.

Logiquement on pourrait penser que l'éducation et la formation du personnel soignant (et/ou de la famille) entraînent une baisse du taux de contention physique. Mais des revues systématiques de la littérature n'ont pas apporté la preuve d'une baisse de la contention lorsque le personnel est formé (26). D'où l'importance du rôle de l'encadrement médical.

II. MATERIEL ET METHODE

Cette thèse a pour objectif de réaliser une étude analysant les conditions de mise en place et du maintien éventuel de contentions tant instrumentales (ou physiques) que spatiales (dans les unités protégées) au sein de deux EHPAD de l'agglomération bordelaise ; et de relever la place du médecin traitant dans la décision de contention et dans sa prescription.

Cette étude est construite sur une logique analytique en relevant les contentions constatées et en questionnant les différents acteurs de l'équipe soignante chargés de la prise en soins des résidents de l'EHPAD, sur les différents aspects de leur pratique de la contention.

Deux types de données seront recensés : des données quantitatives sur le nombre de contentions existantes notées au cours de nos visites, sur les initiateurs de la décision, les modalités de la décision et de leur prescription ainsi que leur renouvellement.

Des données qualitatives sur le ressenti des personnels vis-à-vis de la contention et de ses difficultés éventuelles au cours de sa mise en place.

La recommandation de l'ANAES de l'an 2000 donne un certain nombre de points à respecter pour la mise en place de contentions. Elle nous servira de référence dans l'analyse de nos résultats.

L'étude a été réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, des informations ont été recueillies via un questionnaire sur l'EHPAD et les résidents contenus. Puis, dans un deuxième temps, une discussion a été engagée auprès du personnel soignant, médecin, IDE et AS, via des entretiens semi-dirigés.

a) Recherche quantitative

1) *Les EHPAD*

L'étude s'est faite dans deux EHPAD de l'agglomération bordelaise.

Nous avons envisagé de faire l'étude aussi dans des SSIAD de l'agglomération bordelaise, afin de mieux comprendre le rôle du médecin traitant dans la prescription de la contention physique chez les patients vivants à domicile. Mais ceux-ci ont refusé de nous recevoir.

De plus, lors de l'étude, j'étais enceinte. Ma grossesse ne se déroulant pas de manière conventionnelle, je n'étais pas en mesure de beaucoup me déplacer.

Enfin, il ne m'était pas possible de décaler la réalisation de ma thèse en raison d'un projet d'installation en fin d'année 2018.

Ma limitation dans le temps et l'espace m'a incitée à ne réaliser que deux EHPAD.

Le choix des EHPAD s'est fait parmi ceux dans lesquels j'avais fait des replacements. Ce sont les deux premiers à avoir répondu favorablement à notre demande de réaliser une étude dans leur établissement qui ont été sélectionnés.

L'étude s'est déroulée au mois de juin 2018. Ce mois a été choisi au hasard de la construction de la thèse.

2) Population

Les personnes vivant en EHPAD. Parmi celles-ci étaient notées celles qui étaient porteuses d'une contention quelle qu'elle soit (barrière de lit, sangle, ceinture abdominale...). Et celles qui étaient hébergées dans une unité protégée afin d'identifier les raisons de cet hébergement en milieu clos et l'origine de cette prescription.

L'âge n'est pas un critère d'exclusion.

3) Les questionnaires

Deux questionnaires ont été élaborés (cf. annexes 2 et 3). Un pour chaque résident contenu et un pour l'EHPAD dans lequel le recueil était fait.

Ils ont été soumis à l'IDE coordonnatrice de chaque EHPAD.

La fiche résident comporte plusieurs critères :

- l'âge du résident
- le sexe du résident
- le GIR du résident
- le type de contention (barrière, sangle ventrale, poignet, cheville, tablette, autres)
- l'existence d'une contention en secteur fermé

Une fois ces critères remplis, la fiche devait pouvoir répondre aux questions suivantes :

- La contention est-elle prescrite ? Si oui, est-elle renouvelée ?
- Qui demande la contention ?
- Qui la met en place et à quel moment de la journée ?
- Qui réalise la prescription, quand et pour combien de temps. ?
- Pourquoi la contention est-elle mise en place ?
- La famille et/ou le résident sont-ils informés de la mise en place d'une contention ?

La fiche structure permettait de faire un bilan rapide de l'EHPAD. En effet, on retrouve dans cette fiche, le nombre total de résident, le GIR moyen pondéré, la présence ou non d'un médecin coordonnateur, d'un secteur fermé et le nombre et la qualification du personnel soignant.

Ensuite elle permettait de faire le point sur la contention dans l'établissement. Pour cela, elle récapitule :

- la présence et le type de formation du personnel soignant,
- la mise en place de protocole adapté à la prescription des contentions physiques
- l'existence d'accident en lien avec la contention
- l'existence de plainte des familles auprès de l'établissement ou de l'Ordre des

médecins.

Le recueil des données quantitatives s'est effectué par un passage dans toutes les chambres des résidents, accompagnée de l'IDE coordonnatrice, afin de faire un relevé des contentions mises en place sur le moment pour chaque résident. Le matin a été choisi comme moment de passage car c'était la période où l'IDE coordonnatrice était la plus disponible et où les résidents étaient davantage dans leurs chambres.

Ensuite, une vérification des prescriptions pour chaque résident contenu a été effectuée, toujours en présence de l'IDE coordonnatrice.

Enfin, l'IDE coordonnatrice était interrogée pour répondre aux questions de la fiche structure.

b) Recherche qualitative

Nous avons envisagé de réaliser des focus group afin d'enregistrer les différents ressentis des soignants vis-à-vis de la contention physique et des unités protégées. Malheureusement, en raison des diminutions du personnel pendant les périodes estivales, il n'a pas été possible de les réaliser. Le personnel était trop occupé pour mettre en place une réunion de 4 à 5 soignants.

Nous avons donc dû procéder à des entretiens semi-dirigés qui ont été assez brefs en raison de leur peu de temps disponible.

Ces entretiens semi-dirigés ont été réalisés en EHPAD, chez le personnel soignant (AS et IDE) et chez les médecins coordonnateurs.

Le personnel interrogé était celui présent lors du passage pour effectuer le recensement des contentions et lors d'un deuxième passage uniquement pour les entretiens. Il leur était proposé de faire un petit entretien sur le thème de la contention. Ils pouvaient refuser s'ils ne voulaient pas ou n'avaient pas le temps de répondre au questionnaire.

Le premier entretien s'est déroulé avec deux soignants. Pour ne pas limiter les réponses de chacun ou éviter les réponses communes, les autres entretiens étaient individuels.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité. L'ensemble du verbatim est disponible en annexe 7.

Le personnel soignant et les médecins avaient chacun un entretien différent.

1) Elaboration du guide d'entretien destiné aux IDE et AS

Pour conduire les entretiens nous avons élaboré un guide d'entretien contenant peu de thèmes différents, mais en rapport avec ceux de la recommandation de l'ANAES 2000, en ajoutant quelques thèmes supplémentaires, à savoir le ressenti du personnel soignant vis-à-vis de la contention, formulation assez large pour permettre une expression de chacun.

Pour les soignants, le but était de comprendre comment chacun se positionnait sur ce thème, ce qu'ils connaissaient des recommandations, étaient-elles appliquées et si non pourquoi ; quelles étaient les difficultés rencontrées par le personnel lors de la mise en place de la contention. Quel était leur ressenti tant pour les contentions physiques que pour la prise en charge des résidents en milieu fermé.

De plus, on a cherché à savoir si les soignants connaissaient les risques des contentions pour les patients et s'il leur était difficile de recevoir l'accord de la famille ou du patient avant la mise en place de la contention.

Des questions ouvertes permettaient aux soignants de s'exprimer facilement.

6 IDE et 7 AS ont été interrogés pour obtenir une saturation des données.

2) *Elaboration du guide d'entretien avec les médecins coordonnateurs*

Les thèmes étaient différents pour les médecins coordonnateurs mais toujours en lien avec la recommandation de l'ANAES

Les médecins coordonnateurs ont aussi été interrogés de façon à savoir ce qu'ils pensaient de la recommandation actuelle, à connaître leurs difficultés sur l'application de celle-ci concernant la prescription de la contention physique passive et leurs suggestions et leurs attentes si une nouvelle recommandation devait être écrite.

Lorsqu'il y avait un secteur fermé, le médecin a été interrogé sur son fonctionnement et les difficultés qu'il pouvait y rencontrer.

Ces questionnaires et guides d'entretien ont été exposés au directeur de thèse et validés par lui.

3) *Déroulé des entretiens*

La difficulté de réaliser des entretiens en nombre important est venue du fait que le personnel soignant n'est pas très disponible en raison de leur faible nombre. Il a donc été nécessaire de prendre rendez-vous à plusieurs reprises car il était impossible d'avoir un nombre important de soignants en une seule fois dans chaque EHPAD

Les entretiens ont donc été individuels et anonymes. Au début de chaque entretien je me présentais de la façon suivante : *« Merci d'avoir accepté l'entretien. Je suis étudiante à la faculté de médecine de Bordeaux. Le but de cette étude est de connaître les modalités de mise en œuvre de contention dans cet EHPAD et le ressenti des soignants à cet égard. Les entretiens sont anonymes et enregistrés avec votre accord. »*

L'accord verbal permettait de démarrer l'enregistrement.

L'entretien était terminé après avoir demandé si le soignant souhaitait ajouter quelque chose.

Les entretiens des personnels soignants ont été retranscrits intégralement par l'enquêteur en omettant volontairement toute information susceptible de les identifier. Les entretiens étaient enregistrés sur un traitement de texte (Open Office). Le nombre d'entretien nécessaire a été déterminé par l'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire quand les nouveaux entretiens n'apportent plus d'idées complémentaires, par rapport aux idées déjà formulées.

Il est à noter que seuls deux médecins coordonnateurs ont été interviewés du fait que l'étude ne porte que sur deux EHPAD.

c) Analyse des résultats

L'analyse des résultats de la recherche quantitative a été faite sous forme de graphique via l'application Excel ®.

Concernant la recherche qualitative, un codage axial a été réalisé puis une synthèse par catégorie.

d) Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée sur les sites de bibliographie médicale comme :

- Pubmed
- Cochrane
- Cismef
- HAS
- Sudoc

Pour la recherche des données démographiques en EHPAD sur le site du ministère des solidarités et de la santé (solidarite-sante.gouv.fr) et sur le site de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (cnsa.fr).

Et pour la partie juridique, sur Légifrance, le site du Conseil de l'Ordre des Médecins ainsi que sur le Code de Santé Publique.

III. RESULTATS

a) Recherche quantitative

1) Description des EHPAD

L'étude a été réalisée dans deux EHPAD de l'agglomération bordelaise, un à Cestas et l'autre à Talence.

L'EHPAD de Cestas avait une capacité d'accueil de 43 résidents et celui de Talence de 80. Chacun d'entre eux dispose d'un médecin coordonnateur.

Seul l'EHPAD de Talence avait un secteur fermé qui sera décrit plus bas.

Leur GIR moyen pondéré était de 774 pour l'EHPAD de Cestas et de 743 pour l'EHPAD de Talence.

Le personnel des deux structures avait reçu des formations sur la contention physique passive. Ces formations comprenaient plusieurs thèmes : la loi, les risques, les alternatives et la prévention.

Dans l'EHPAD de Cestas, une formation externe a eu lieu en 2008. D'après l'IDE coordonnatrice, cette formation avait permis une meilleure approche de la contention chez les soignants et même la modification de la fiche de prescription.

Dans l'EHPAD de Talence, des petites formations internes ont lieu toutes les semaines, le thème de la contention revient régulièrement mais à une fréquence variable selon les cas traités.

Chacun des EHPAD avait son propre protocole d'évaluation et de prescription de la contention physique passive.

L'EHPAD de Cestas évaluait en équipe (cadre, IDE, AS et médecin coordonnateur) la nécessité de la mise en place d'une contention. Si l'équipe le jugeait nécessaire ou si le résident était demandeur, alors l'accord du médecin traitant était demandé. Celui-ci réalisait une prescription pour un mois qu'il devait renouveler tous les mois. L'équipe soignante réévaluait la contention plus régulièrement si cela était nécessaire.

La famille et le résident, s'il en avait les capacités, étaient informés de la mise en place de la contention mais aucun accord oral ou écrit n'était demandé.

Dans l'EHPAD de Talence, la prescription de la contention était réalisée par le médecin traitant pour une durée de six mois à un an au choix de ce dernier. La plupart du temps, la prescription était réalisée pour un an. Une évaluation quotidienne était faite par les IDE et mensuelle par le médecin coordonnateur.

L'accord de la famille et/ou du résident était demandé par écrit.

2) Population

L'étude a permis d'inclure 123 résidents.

Parmi ceux-ci 34 résidents avaient une contention physique, 28 étaient des femmes, soit 82,4 % et 6 des hommes, soit 17,6 %. Ils avaient entre 65 et 105 ans. La moyenne d'âge était de 87,7 ans.

En moyenne, les résidents avaient un GIR 1 ou 2, seul un résident était GIR 3 et deux résidents GIR 4.

On retrouve une prévalence de cette contention de 27,6 % sur l'ensemble des résidents de l'étude. Si on détaille par EHPAD, celui de Cestas présente une prévalence de la contention à 39,5 % et celui de Talence à 21,25 %.

3) Type de contention physique

Parmi les 34 résidents contenus, on a noté 50 contentions. En effet certains résidents avaient plusieurs contentions en fonction du moment de la journée.

Une majorité de barrières, soit 30, a été répertoriée dans ce recensement. Les autres moyens de contention sont plus hétéroclites :

- 5 ceintures abdominales,
- 4 maintiens pelviens,
- 3 fauteuils coquilles,
- 5 fauteuils gériatriques en position décline,
- 1 tablette,
- 1 grenouillère,
- 1 harnais.

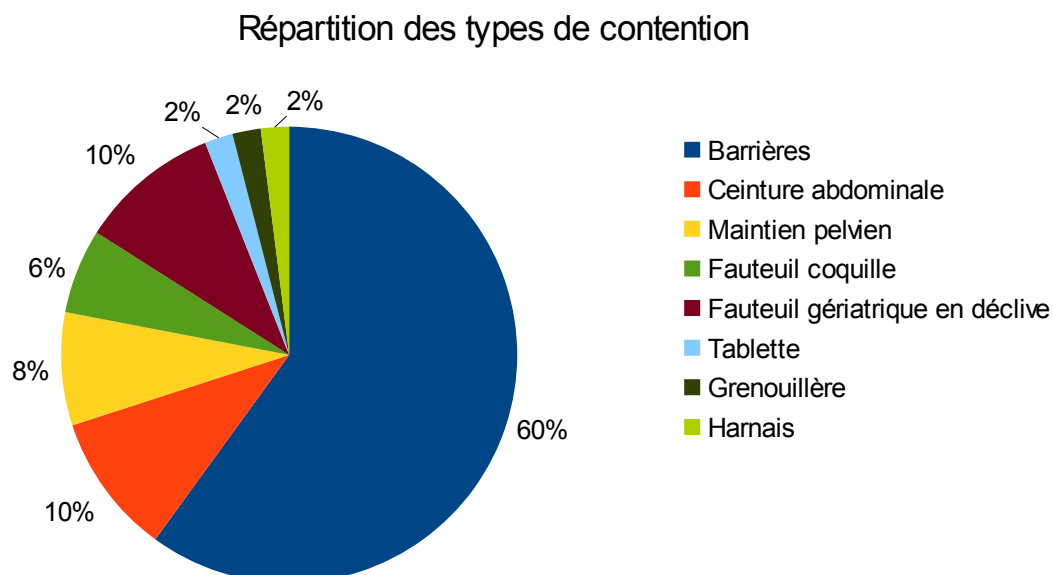


Tableau 1: Types de contention

La ceinture abdominale ainsi que le maintien pelvien sont des mesures de contention qui sont mises en place en journée chez des patients au fauteuil. Il n'a pas été constaté

de résident contenu au lit avec d'autre matériel que les barrières. La tablette était utilisée comme barrière d'un côté du lit.

4) *Le secteur fermé*

Le secteur fermé regroupe 14 résidents.

Il est organisé en cercle centré par la salle commune et le bureau des soignants.

Une porte à code marque l'entrée du secteur. Il n'y a pas d'accès libre aux extérieurs.

Les résidents sont libres de circuler dans ce secteur uniquement. Il leur est impossible de se promener seul dans les autres secteurs de l'EHPAD ou en extérieur.

Les critères d'hébergement en secteur fermé étaient :

- Le résident agressif ou qui présente des troubles du comportement aberrant.
- Le résident dément déambulant qui peut se mettre en danger.

Pour les nouveaux résidents la décision d'entrée en secteur fermé se faisait sur dossier, ce qui correspond à 11 résidents actuellement hébergés.

Pour les résidents de l'EHPAD, le changement de secteur se faisait sur demande des soignants, après discussion avec le médecin coordonnateur et validation par le médecin traitant. 3 patients actuellement en secteur protégé sont dans ce cas.

L'accord oral de la famille ou du tuteur était demandé mais pas l'accord écrit. L'ensemble des résidents étant déments, leur propre accord n'était pas recherché.

La sortie du secteur fermé s'effectuait quand ces critères n'existaient plus. Aucun résident grabataire n'était gardé dans ce secteur.

5) Prescription de la contention physique

Lors de l'étude, 40 contentions étaient prescrites et 10 ne l'étaient pas, soit 20 % de prescriptions non faites.

Par contre aucune prescription n'était renouvelée dans les 24 heures.

Pour toutes les contentions prescrites, l'information de la famille était recherchée. Selon l'EHPAD, l'information était orale ou écrite.

6) Types de contention non prescrite

Parmi les 20 % de contentions non prescrites, on retrouve différents types de matériel.

Le matériel le plus représenté en l'absence de prescription est le fauteuil en position décliné. Aucun fauteuil mis en position décliné n'était prescrit, ce qui représente 50 % des contentions non prescrites.

Ensuite on trouve en proportion égale, les barrières de lit et les fauteuils coquilles, 20% chacun. Et enfin la tablette, qui représente 10 % des contentions non prescrites de l'étude.

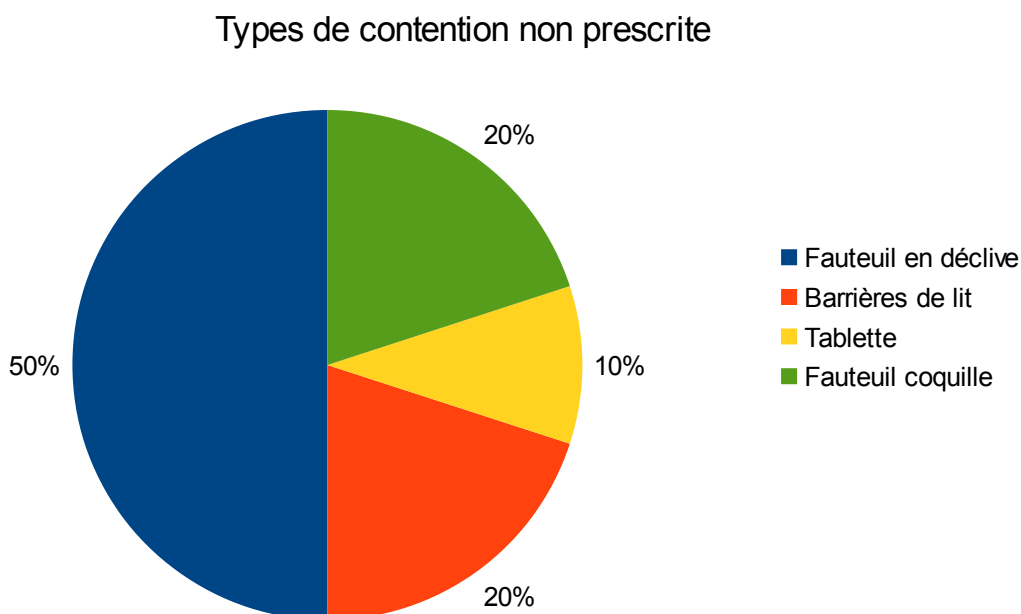


Tableau 2: Type de contention non prescrite

7) *Durée de la prescription de la contention*

Les prescriptions étaient réalisées pour une durée allant d'un mois à un an en fonction du protocole de l'EHPAD et du médecin traitant. 16 prescriptions étaient établies pour un mois, soit 40 %, 3 pour six mois, soit 7,5 % et 21 pour un an soit 52,5 %.

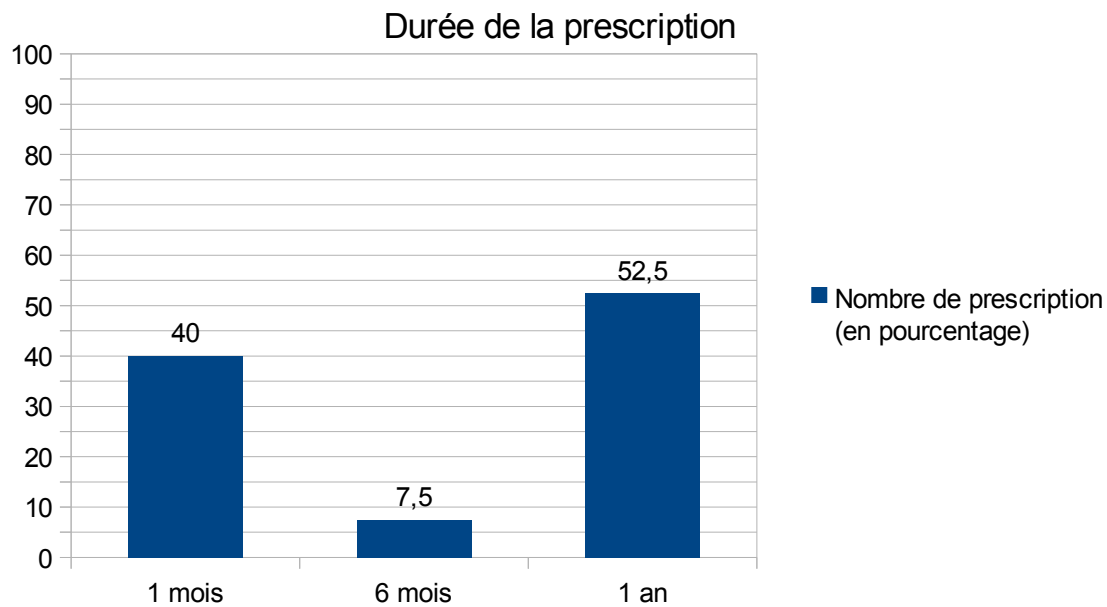


Tableau 3: *Durée de la prescription*

8) Moment de la contention

Parmi toutes les contentions prescrites, 30 sont prescrites pour le jour et la nuit, soit 75 %. Cela correspond à toutes les barrières prescrites.

Les contentions prescrites uniquement pour le jour sont au nombre de 9, soit 22,5 %. Cela correspond aux contentions qui sont mises en place au fauteuil, c'est-à-dire les ceintures abdominales, les maintiens pelviens, le harnais et les fauteuils coquilles.

Une seule contention est prescrite uniquement pour la nuit, la grenouillère, soit 2,5 %.

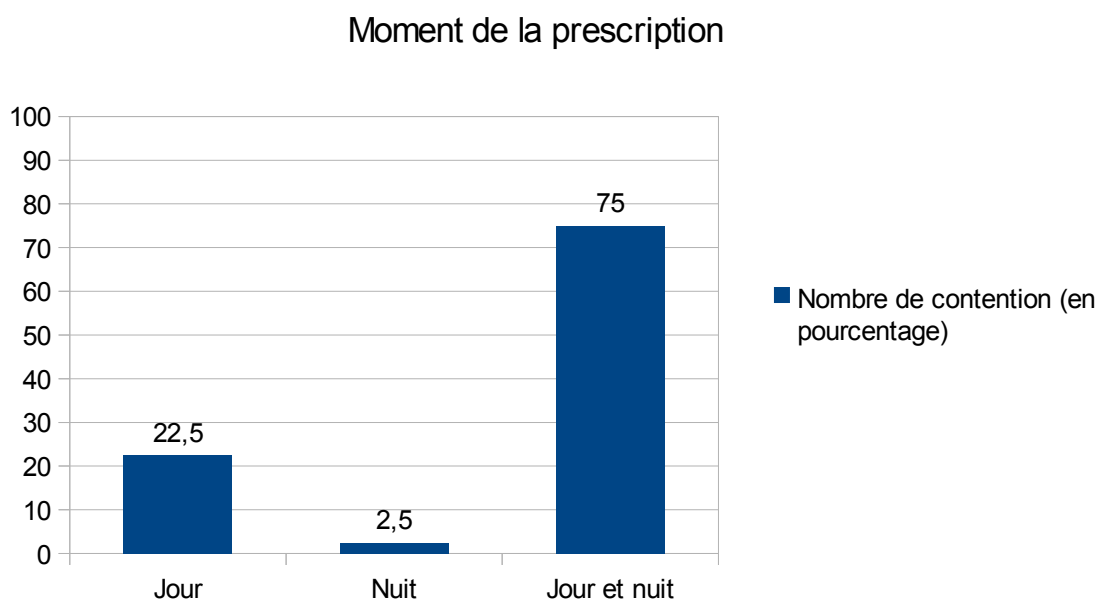


Tableau 4: Moment de la contention

9) Demandeur de contention

Dans la presque totalité des cas c'est l'équipe soignante, l'IDE ou l'aide-soignante qui demande la contention. Pour 17 résidents, soit 34 % de résidents, c'est l'équipe soignante qui a fait la demande ; pour 11 résidents, soit 22 %, ce sont les IDE ; et pour 12 résidents, soit 24 %, ce sont les aides-soignantes.

Certaines fois, l'ergothérapeute demande la mise en contention notamment sur la position du fauteuil en décline (6 patients, soit 12 %).

On trouve aussi 4 cas, soit 8 %, où c'est le résident qui est demandeur, notamment de la mise en place des barrières la nuit ou lors des siestes par crainte de chute.

A aucun moment, il n'a été recensé de demande de contention directement par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur. Il en est de même pour la famille.

Demander de la contention

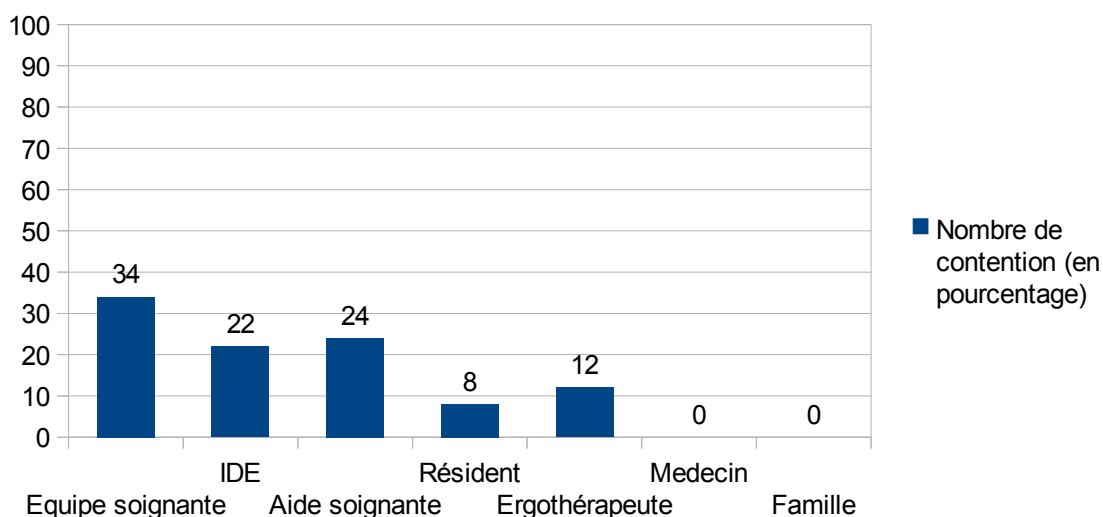


Tableau 5: Demander de la contention

10) Mise en place de la contention

Les contentions sont mises en place le plus souvent par l'équipe soignante (23 résidents, soit 46 % des résidents) ou les IDE seules (20 résidents, soit 40 % des résidents). Cela dépend des protocoles de chaque EHPAD.

Il n'est retrouvé qu'un seul cas où c'est l'aide-soignante qui met la contention en place, soit 2 % des cas.

En général l'ergothérapeute met en place la contention qu'il demande, soit dans 12 % des cas de l'étude.

Il n'est pas retrouvé de cas où le médecin met en place la contention.

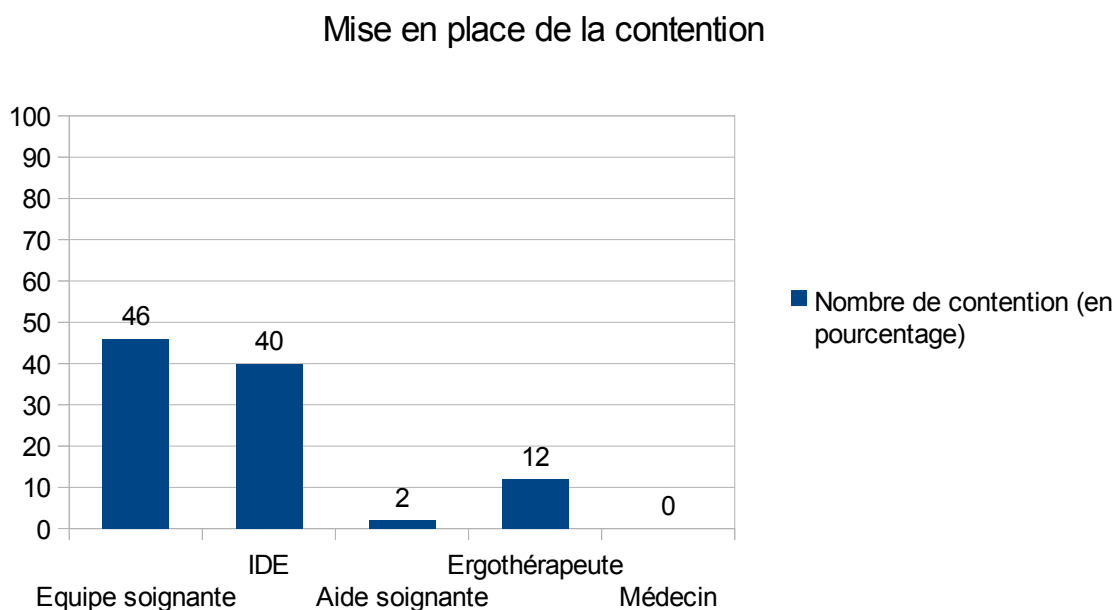


Tableau 6: Mise en place de la contention

11) *Causes des risques de chute justifiant une contention*

L'indication de la contention est toujours la prévention de la chute. En effet, tous les résidents ont une contention à cause d'un risque élevé de chute.

Les causes du risque de chute variaient selon les résidents. Certains regroupaient plusieurs pathologies pouvant majorer le risque de chute.

La cause la plus retrouvée est la pathologie cérébrale entraînant des troubles de la mobilité et de l'équilibre, 20 résidents sont dans ce cas. Cette catégorie regroupe plusieurs causes neurologiques :

- maladie de Parkinson
- AVC
- AIT
- Hématome sous dural
- Hématome extra-dural
- Crise comitiale
- Maladie de Charcot
- Cécité ou troubles visuels

Ensuite, on note la démence avec troubles du comportement, avec des résidents qui peuvent déambuler, essayer de passer au-dessus des barrières la nuit... 18 résidents parmi le panel présentent une démence. On trouve tous types de démence : maladie d'Alzheimer, démence à corps de Lewy, démence vasculaire, dégénérative et mixte.

Une autre cause de mise en place des contentions est l'agitation soit pour préserver les voisins des troubles générés par l'agitation, soit en raison de l'augmentation du risque de chute chez un résident présentant des petits troubles moteurs ou de l'équilibre. 12 résidents sont dans ce cas.

Les deux groupes suivants sont plutôt anecdotiques. On trouve 3 résidents présentant des fractures sur chute plus ou moins anciennes et 1 résident avec troubles psychiatriques à type de dépression et de trouble du comportement et de la personnalité.

Enfin, un résident avait des barrières surtout lors des soins à cause du risque de chute.

Causes des risques de chute (en pourcentage)

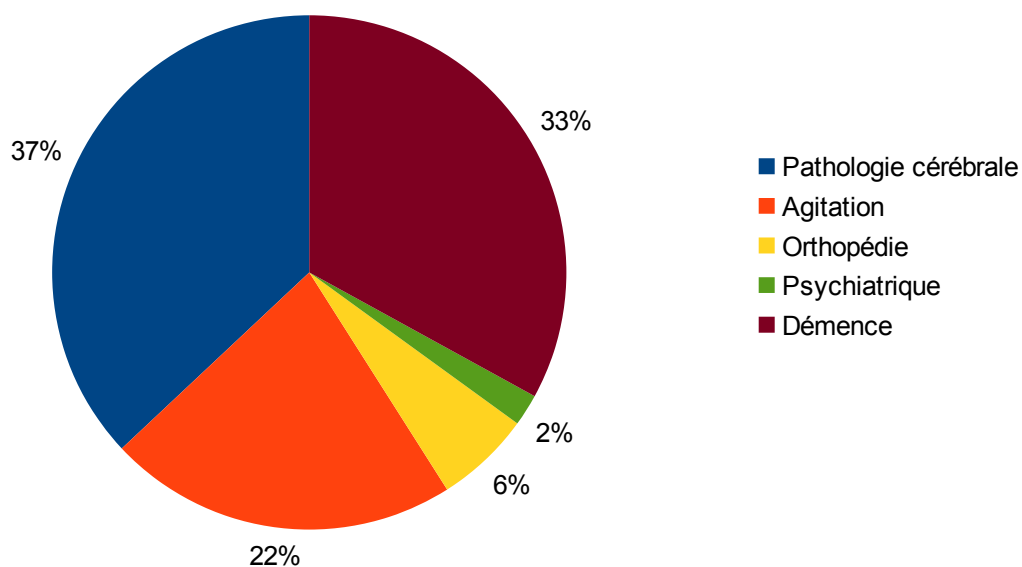


Illustration 8: Causes des risques élevés de chute justifiant une contention

On constate que les pathologies cérébrales et la démence sont les causes de mise en place de la contention physique passive les plus représentées avec respectivement 37 % et 33 % des cas.

12) *Incidents avec la contention*

Dans chacun des EHPAD, il y a eu une chute avec fracture du fémur de résident contenu par des barrières.

Dans l'EHPAD de Talence, une fugue du secteur fermé a été recensée.

Aucun autre incident n'a été signalé chez des patients ayant une contention physique passive.

13) *Plaintes avec la contention*

Les deux EHPAD n'ont reçu aucune plainte des patients et/ou de la famille pour des contentions jugées abusives.

b) Entretiens semi-dirigés

Les retranscriptions des interrogatoires réalisés ont été mises en annexe. Ici, ne figurent que les résumés des entretiens semi-dirigés faits avec les équipes soignantes et avec les médecins coordonnateurs.

1) *Les équipes soignantes*

La discussion avec les équipes soignantes de chaque EHPAD a permis de mieux comprendre le comportement de celles-ci vis-à-vis des contentions physiques passives et des contentions par hébergement en milieu fermé.

6 IDE et 7 AS ont été interrogées au total, voici ce qu'il en est ressorti.

La connaissance de la recommandation de l'ANAES

Sur l'ensemble, seules trois IDE connaissaient la recommandation. Elles étaient capable de me citer plusieurs critères de la recommandation : la prescription médicale, la réévaluation tous les jours, la surveillance des risques avec la balance bénéfice-risque et l'avis de la famille et du patient.

Les autres infirmières savaient ce qu'était une recommandation mais ne pouvaient pas me citer certains critères de cette dernière.

Par contre les aides-soignantes ne connaissaient pas l'existence d'une recommandation pour encadrer la mise en place de la contention.

AS 2 : « *Les recommandations ? Je ne vois pas de quoi vous me parlez.* »

Mais tout le personnel savait qu'une prescription médicale était nécessaire pour mettre en place une contention.

AS 4 : « *Je sais juste qu'il faut que ce soit sur prescription médicale.* »

Les difficultés de mise en place d'une contention

La mise en place de barrière de lit ne pose pas de problème aux soignants. Lors de certains entretiens il a fallu que je demande explicitement s'il y avait des difficultés avec les barrières de lit. Certains agents donnaient l'impression que les barrières n'étaient pas une contention.

IDE 3 : « *On a l'habitude de mettre des barrières car on le fait souvent et en plus les patients sont rassurés et nous aussi.* »

Les principales difficultés retrouvées sont pour la mise en place de contention au fauteuil. Les soignants peuvent avoir l'impression de faire de la maltraitance lorsqu'un résident tolère mal une contention au fauteuil. En plus cela génère une douleur morale du soignant qui est conscient de la privation de liberté du patient. Les réponses sont pondérées par le bien-fondé de la contention pour le résident et sa sécurité.

IDE 3 : « *On a l'impression de faire de la maltraitance même si on savait que c'était pour son bien.* »

AS 5 : « *qu'elle ne soit pas libre de ses gestes. Bien qu'on sache que c'était mieux pour elle, pour éviter qu'elle ne se fasse mal en tombant.* »

Une infirmière m'informe que parfois elle a du mal à juger le risque que peut entraîner la contention au fauteuil pour le patient. En conséquence, elle ne sait pas si elle doit la mettre en place ou non.

A l'inverse, une aide-soignante trouve qu'il lui est difficile de mettre une contention de type sangle pelvienne chez un patient calme.

AS 6 : « *Quand ils sont calmes, je me dis que c'est pas le moment de leur mettre car ils sont calmes ce jour là. Mais comme elle est prescrite je suis dans l'obligation de la mettre.* »

L'initiative de la contention physique et sa prescription

La demande de la contention vient très souvent des soignants. Ils savent qu'ils ont besoin de l'aval et de la prescription du médecin. En conséquence, lorsqu'ils sont devant un résident qui nécessite une contention, ils transmettent l'information à leurs collègues afin qu'il y ait une discussion et une décision collégiale (soignant et médecin coordonnateur), puis une validation par le médecin traitant.

IDE 6 : « *Je suis le protocole, je transmets à mes collègues pour qu'elles puissent informer le médecin.* »

IDE 3 : « *La décision est prise en équipe pluridisciplinaire.* »

L'initiative de la contention, dans notre étude, n'a jamais été le fait du médecin traitant ou du médecin coordonnateur.

IDE 5 : « *En général ils prescrivent la contention sur notre demande. Ce n'est jamais eux qui initient la demande de contention.* »

Dans certains cas, le soignant ne pouvait pas attendre la prescription du médecin. Dans ce cas, la balance bénéfique risque était recherchée. Si elle était positive alors la contention était mise en place même sans prescription. Cette dernière était demandée

rapidement au médecin traitant ou en son absence au médecin coordonnateur.

IDE 3 : « Pour un patient qui décompense et qui n'est pas assez éveillé à ce moment-là pour passer au-dessus des barrières. Dans ce cas, je prends sur moi, j'engage ma responsabilité. Ça reste un cas très rare. »

Ce délai entre la mise en place de la contention et la prescription posait un problème aux agents mais aucun ne savait réellement à quelles sanctions il s'exposait s'il devait y avoir un problème dans l'intervalle.

IDE 1 : « Cela arrive souvent avec les entrées. Ils n'ont pas encore été évalués par le médecin mais nous constatons que les barrières de lit sont indispensables. »

Les risques de la contention

Les risques pour le résident étaient connus de l'ensemble du personnel. Toutes les personnes interrogées ont pu au moins me citer deux risques des contentions chez les personnes âgées. Revenait le plus souvent le risque de chute, puis le risque psychologique et enfin la strangulation. Les troubles trophiques ont aussi été cités ainsi que la dénutrition.

Malgré la connaissance des risques, certains agents pouvaient mettre en place une contention sans s'en rendre vraiment compte.

AS 6 : « Si une personne est en fauteuil et qu'on ne peut pas rester à côté d'elle parce qu'on va voir un autre résident alors on met le fauteuil en position allongée pour éviter la chute. »

AS 7 : « Des fois elles ne sont pas prescrites mais elles sont juste mises en cas pour la sécurité. »

Des alternatives en absence de prescription

Les IDE et les AS sont sensibilisés aux risques de la contention. Ils essaient donc de limiter cette pratique surtout en l'absence de prescription médicale. Pour cela, chacun trouve des alternatives afin d'éviter de mettre en place une contention physique.

Les aides-soignants vont chercher à mettre le lit au plus bas avec un matelas par terre. Puis ils transmettent à leurs collègues.

AS 4 : « Il vaut mieux mettre le lit au plus bas avec un matelas par terre. »

AS 7 : « transmettre aux IDE pour mise en place de la contention. »

Les IDE auront tendance à demander aux aides-soignantes de majorer la surveillance.

IDE 5 : « On demande une surveillance supplémentaire aux soignants. »

D'autres alternatives sont ressorties des entretiens : divertir le résident, le calmer et le rassurer.

L'initiative de l'hébergement en secteur protégé

Le placement d'un résident de l'EHPAD au secteur protégé s'effectue suite à la demande des soignants qui constatent le changement de comportement d'un résident. Cela peut-être une déambulation excessive chez un résident dont la démence s'aggrave

ou une aggravation de l'agitation. Ils font la demande au médecin coordonnateur et en discutent avec l'équipe. Une fois la décision prise, elle est validée par le médecin traitant.

IDE 5 : « *Quand le patient est en EHPAD, il nous arrive de demander sa mise en secteur protégé. On en discute avec le médecin coordonnateur puis le médecin traitant valide.* »

L'accord de la famille

L'explication aux familles de la nécessité de mettre en place une contention ne pose pas de problème particulier. Il en est de même pour le placement de leur parent en secteur protégé.

IDE 3 : « *Ce n'est pas difficile de faire accepter à la famille, en général ils nous font confiance car on en a discuté tous ensemble, ils entendent et comprennent nos arguments.* »

Ce sont les infirmières qui réalise l'explication aux familles. Les aides-soignantes sont en deuxième ligne lorsque les familles ont d'autres questions. Mais cela n'arrive quasiment jamais.

AS 3 : « *C'est l'infirmière qui discute avec les familles. Parfois les familles reviennent vers nous quand elles n'ont pas compris. Mais ça ne m'est jamais arrivé.* »

AS 6 : « *Je n'ai pas de difficulté car l'explication faite par les infirmières est correcte.* »

Dans les rares cas de refus de la famille, les infirmières les orientent vers le médecin coordonnateur ou le médecin traitant.

IDE 6 : « *Dans ce cas on demande à la famille de se mettre en lien avec le MT puisque c'est lui qui prescrit.* »

IDE 5 : « *Si la famille est en désaccord, on demande qu'elle s'entretienne avec le médecin coordonnateur et le psy pour savoir pourquoi ils sont contre et expliquer le bénéfice risque.* »

2) Les médecins coordonnateurs

Les médecins des deux EHPAD ont été interrogés sur ce qu'ils pensaient de la recommandation et son application. Voici les résultats de notre entretien.

La recommandation de l'ANAES

Les médecins coordonnateurs sont d'accord pour dire que la recommandation n'est pas applicable en l'état mais leur justification varie.

L'un pense que c'est un moyen de réflexion et qu'elle a permis malgré tout de cadrer la pratique de la contention physique.

L'autre précise que la recommandation n'est pas en adéquation avec les pratiques d'un EHPAD, en citant des exemples de mise en place de barrière la nuit chez des patients qui chez eux avaient des lits plus grands dans lesquels ils pouvaient se retourner sans risque de tomber, ce qui n'est pas le cas dans les lits plus étroits d'un EHPAD ; ou de lit « Alzheimer » systématiquement utilisés chez des résidents agités et à côté desquels on

place un matelas.

Les formations du personnel

Dans chacun des EHPAD, les médecins pensent que les formations externes sont intéressantes mais que le plus important ce sont les discussions régulières avec le personnel soignant. Que ces discussions portent sur le résident ou sur les risques ou les modalités de la mise en place de la contention, l'important est que cela soit fait régulièrement afin que les équipes, qui peuvent se renouveler plus ou moins souvent, soient toujours sensibilisées sur la mise en place d'une contention et puisse mettre en place si besoin une alternative.

Les difficultés de l'application de la recommandation

La plus grande difficulté retrouvée est le renouvellement de la prescription toutes les 24 heures. Chacun des médecins précise que cela est impossible à effectuer. Notamment parce que les médecins, coordonnateurs et traitants, ne sont pas assez disponibles.

Mais des alternatives ont été trouvées afin de diminuer au mieux le temps de prescription :

- mise en place de fiche de contentions,
- informatisation de la prescription,
- renouvellement régulier par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur,
- diminution des prescriptions par la mise en place de méthodes alternatives à la contention (kinésithérapie, accompagnement du personnel...)

L'hébergement en secteur fermé

Dans l'EHPAD de l'étude, les patients qui résidaient en secteur fermé sont des patients agressifs ou présentant des troubles du comportement aberrant.

L'avis du médecin traitant est obligatoire. Le médecin coordonnateur accepte de mettre un résident en secteur fermé sans l'avis du médecin uniquement lors d'urgence, c'est-à-dire quand le résident se met en danger. Dans ce cas, l'accord du médecin traitant est demandé après le placement du résident.

L'accord du patient n'est pas demandé. L'accord de la famille est demandé mais il n'y a pas de prescription. Les familles n'opposent pas de résistance à la mise en secteur fermé. C'est la sortie de ce dernier qui est difficile car les résidents sont dans un cocon avec plus de soignants par résident que dans le secteur ouvert de l'EHPAD.

Les soignants sont formés et volontaires pour travailler en secteur fermé.

Les suggestions pour une nouvelle recommandation

L'un des médecins pense qu'il n'y a pas de modification à faire mais qu'il faut augmenter les formations tant chez les médecins que chez le personnel soignant. De plus, il pense que le dixième critère concernant le renouvellement de la prescription toutes les 24 heures se fait par tacite reconduction via la réévaluation du personnel soignant.

L'autre médecin précise que la prescription devrait être faite par les médecins coordonnateurs car ce sont eux qui sont présents auprès des équipes et qui peuvent discuter avec celles-ci alors que les médecins traitants n'en ont pas le temps. De plus, il suggère une durée de prescription en fonction du motif.

Et enfin, il aimerait une plus grande autonomie des équipes, en l'absence d'un médecin, afin qu'elles puissent mettre en place une contention dans le cadre des critères habituels connus des équipes soignantes et définies dans le projet d'établissement. Il précise que la prescription devrait ensuite être réalisée rapidement.

Bien que chaque médecin ait un avis différent sur la modification de la recommandation, on se rend compte qu'ils ont mis en place des protocoles de contention dans leur établissement qui sortent du cadre de la recommandation afin de répondre au mieux aux attentes des résidents et du personnel.

IV. DISCUSSION

a) Intérêt de l'étude

Les études concernant la prévalence de la contention en EHPAD ne cessent de montrer une diminution de celle-ci depuis la publication de la recommandation de l'ANAES d'octobre 2000 (24). Ce qui montre son efficacité.

Pour autant il existe toujours des maltraitances révélées par les médias (27) souvent dont l'origine est un manque de personnel. Cette tension de personnel dans les EHPAD a entraîné deux grèves les 30 janvier et le 15 mars 2018. Il était intéressant d'analyser le ressenti des soignants dans un moment de tension du personnel et de vérifier qu'il n'y avait pas d'incidence sur la pratique de la contention.

L'étude est une analyse de pratique dans deux EHPAD avec le relevé de données quantitatives et de données qualitatives et qui a pour but de relever l'ensemble des pratiques de la contention tant physique que celle des unités protégées ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent.

Enfin, elle a pour intérêt de montrer que la contention en EHPAD ne peut pas être mise en place de la même façon qu'à l'hôpital du fait de l'absence de médecin une grande partie du temps et du rôle majeur des AS au sein des EHPAD, rôle fort différent de celui des AS hospitalières. C'est aussi l'analyse de la prise de la décision d'une contention qui nous permet d'examiner les rôles du médecin coordinateur et du médecin traitant.

b) Limites de l'étude

Seulement deux EHPAD ont été visités dans cette étude mais le but n'était pas de faire une étude quantitative mais bien qualitative. En effet, le but de l'étude était de montrer les difficultés des soignants (médicaux et paramédicaux) face à la contention et leur avis sur la recommandation. Pour cela il était nécessaire de faire dans un premier temps un état des lieux de la mise en place des contentions dans les EHPAD et dans un deuxième temps de rentrer dans le vif du sujet avec les entretiens semi-dirigés. C'est en cela que le nombre d'EHPAD visités importait peu.

De plus on peut constater que le taux de contention dans ces deux EHPAD est à peu près le même que ceux constatés dans diverses études récentes (28). Ce qui tend à prouver que ce taux de contention est devenu au fil du temps un taux habituel dans les établissements de long séjour.

Les médecins traitants n'ont pas été interrogés sur leurs implications dans la mise en place de contention car ce qui nous intéressait était de relever comment le personnel de l'EHPAD travaillait, ce qu'on demandait aux médecins traitants dans le cadre de la contention et quels étaient leurs rôles dans cette prise de décision.

c) Une prévalence stable

Dans l'étude la prévalence de la contention est relativement faible puisqu'elle est à 27,6%.

Quand on compare ce chiffre avec les études antérieures, on se rend compte qu'il est en adéquation avec l'étude faite en EHPAD par Biga et al. (28) qui retrouvait une prévalence de 22 % de la contention physique passive.

Par contre, la prévalence dans le milieu hospitalier est bien plus élevée : 70 % pour l'étude de Vedel (10), 67 % pour celle de Payen (29) et 56,6 % pour celle de Pelisset (30).

Il est étonnant de constater que dans la recommandation de l'ANAES, la prévalence des contentions dans les services hospitaliers de court séjour était estimée entre 7,4 et 17%.

La prévalence plus basse en EHPAD peut être expliquée par le fait que les contentions sont le plus souvent utilisées en chronique plutôt qu'en aigu.

Le temps de réflexion de la mise en place d'une contention est probablement plus important en EHPAD qu'en hospitalier et les équipes sont peut-être mieux formées avec des protocoles mis en place et des temps de discussion dédiés avec l'équipe soignante afin d'avoir une réflexion sur le bénéfice de la contention pour le patient.

De plus, les services de court séjour sont confrontés aux urgences bien plus fréquemment que les services d'hébergement de longue durée.

Depuis 2002, les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont soumis à l'obligation d'évaluation externe. Deux évaluations doivent être réalisées entre la date de l'autorisation et du renouvellement de celle-ci (31). Ceci a pour but d'améliorer la qualité des soins et d'apporter si besoin des solutions aux établissements lorsqu'ils rencontrent une difficulté.

Ces évaluations étant effectuées de manière régulière en plus des évaluations internes, elles permettent une remise en question permanente du mode de fonctionnement des EHPAD.

Dans le cadre de la contention physique passive cela peut permettre d'améliorer la mise en application de la recommandation, de baisser le nombre de contentions mises en place...

Cela explique d'autant plus l'écart de prévalence entre les EHPAD et les établissements hospitaliers.

Dans l'EHPAD de Cestas, c'est une évaluation externe qui a permis l'amélioration des prescriptions de la contention physique passive.

d) Malgré un personnel sous tension

Le manque de personnel dans les EHPAD (32) entraîne des tensions chez le personnel et une nécessité d'aller toujours plus vite dans les soins. Le temps passé auprès de chaque résident est de plus en plus court.

On pourrait croire que les contentions augmentent afin de soulager les soignants. Pourtant la prévalence de la contention est stable entre notre étude et celle de Biga qui date de 2004 (27 % 2018 contre 22 % en 2004).

Malgré la demande d'un travail toujours plus exigeant dans un minimum de temps les soignants font ce qu'ils peuvent pour limiter les contentions en mettant en place des alternatives comme nous avons pu le voir dans l'étude. Le travail et la discussion en équipe permet aussi une meilleure approche de la contention et évite les abus.

e) Types et causes des contentions

Les contentions les plus utilisées dans l'étude sont les barrières de lit (50 %). L'étude de Vedel en 2006, retrouve aussi une utilisation majoritaire des barrières de lit (59,7%). Celles-ci sont le plus souvent utilisées tant en journée que la nuit puisqu'elles sont mises en place dès que le patient est au lit, que ce soit pour dormir la nuit ou pour faire la sieste le jour.

En journée, on retrouve aussi les contentions servant à maintenir les patients dans le fauteuil. Ce peut-être le fauteuil lui-même mis en position décline, les maintiens pelviens ou abdominaux...

La prévention de la chute est l'indication la plus fréquente de mise en place de la contention physique passive : tous les résidents de l'étude étaient contenus pour risque de chute. Les causes des risques élevés de chute sont multiples chez les personnes âgées (pathologie cérébrale, démence, agitation...). En effet, les patients âgés peuvent présenter plusieurs pathologies chroniques ce qui en augmente le risque.

Une surveillance épidémiologique réalisée en France en 2017, a montré que la prévalence des chutes augmentait avec l'âge (27,3 % des 70-74 ans contre 22,1 % des 55-59 ans) et que plus la personne était âgée, plus il y avait d'hospitalisations en conséquence. (33)

La déambulation et l'agitation sont des indications à la mise en place de contention. Mais dans l'étude aucune prescription n'était en rapport avec ces indications. L'agitation ressortait comme cause de chute qui elle-même était l'indication de la contention.

A aucun moment, la déambulation n'a été citée comme cause de risque de chute et donc de mise en place de la contention. C'est la notion de chute chez un patient dément et/ou agité qui prédominait.

f) Les risques...

La pose d'une contention n'est pas anodine pour le personnel. D'une part une partie importante de ce dernier en connaît les complications, d'autre part certains sont gênés de poser une contention chez le patient assis et opposant à celle-ci.

Malgré tout, certains AS ne savaient pas que les barrières relevées étaient une contention.

Dans l'étude, tous les fauteuils gériatriques mis en position déclinée rentraient dans ce cadre. L'ergothérapeute, après avoir fait travailler les patients, les installait systématiquement au fauteuil en position déclinée pour limiter les chutes. Elle savait qu'elle les mettait en position de contention mais cela ne lui posait aucun problème puisque pour elle, elle limitait la chute du patient.

Mais les patients peuvent tenter de se lever seul du fauteuil, même en position déclinée, tomber et se faire mal (fracture, traumatisme crânien...). Il est donc important que chaque soignant ait conscience de l'ensemble des risques pour le patient lorsqu'il met en place une contention qu'elle soit prescrite ou non.

g) Une formation pour améliorer les pratiques

Outre les fauteuils en position déclinée et bien que les risques soient connus par les soignants de l'étude, cela n'empêche pas que des contentions soient mises en place sans prescription médicale. En effet dans l'étude on retrouvait en plus des fauteuils en position déclinée, deux barrières de lit, deux fauteuils coquille et une tablette.

Cela montre qu'il existe une discordance entre la théorie et la mise en pratique. Les soignants connaissent les risques mais sont quand même capables, sous prétexte de réassurance personnelle ou de peur de la chute du patient, de mettre en place des contentions sans avis médical ni de l'IDE.

Réduire cette discordance passe par la prévention via des formations adaptées et régulières auprès du personnel soignant et par les réunions régulières avec l'équipe soignante dans laquelle le médecin coordonnateur a un rôle essentiel à jouer.

Des formations sont proposées dans les EHPAD pour limiter les contentions, sensibiliser le personnel soignant aux risques de la contention pour le résident. Mais celles-ci sont-elles suffisamment efficaces ? Tout le personnel est-il formé de la même manière ? Et avec un personnel qui peut se renouveler régulièrement, les formations sont-elles suffisamment fréquentes ?

L'étude montre que chacun des EHPAD réalise des formations sur le sujet et donc que le personnel soignant est sensibilisé aux risques pour les patients des contentions physiques passives. Au vu des chiffres de prescription de la contention dans l'étude, soit 80%, on peut supposer que la formation et la prévention dans ces EHPAD permettent d'améliorer les pratiques.

Des études différentes sont nécessaires pour affirmer que la formation et la prévention baissent le taux de contention dans les EHPAD car lorsque l'on regarde la littérature et notamment la revue systématique faite par Möhler en 2012, on se rend compte que la corrélation entre la formation et la baisse de la contention physique passive n'est pas prouvée scientifiquement (26).

h) Le glissement des tâches

Comme nous l'avons vu dans l'étude, en EHPAD, la décision de mise en place d'une contention débute par l'analyse d'un patient par une aide-soignante. Les AS sont au plus proche du résident. Ce sont elles qui passent le plus temps auprès de ce dernier. Il y a rarement plus d'une IDE en même temps dans un EHPAD de petite ou moyenne dimension comme les deux EHPAD analysés. Il n'y en jamais la nuit.

En cas de chute ou de déambulation ce sont les aides-soignantes qui vont en premier lieu faire le constat puis informer l'infirmière. Ce sont elles qui font la demande de contention auprès de l'IDE. Celle-ci va ensuite demander au médecin coordonnateur la mise en place d'une contention si elle valide l'avis de l'AS. En l'absence de ce dernier c'est elle qui prend la décision de la mise en place de la contention. Ce qui d'ailleurs n'est pas contradictoire avec la recommandation puisque celle ci stipule : « *En l'absence d'un médecin et dans les cas d'urgence cette prescription peut être faite a posteriori et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin.* »

Mais ce qui dans la recommandation doit être une exception réservée aux urgences est 18 ans plus tard la majorité des initiations des contentions. Les médecins qu'ils soient coordonnateurs ou traitants, ne sont consultés le plus souvent qu'à posteriori. Après une discussion pluridisciplinaire de la situation du résident et du bénéfice ou non de la mise en place de la contention, le médecin traitant est enfin informé. Ainsi, le médecin traitant censé être au cœur de la prise en charge de son patient, se retrouve en bout de chaîne en ce qui concerne la contention.

La prescription a posteriori acceptée en cas d'urgence par la recommandation est en fait la règle.

i) Un cadre par la prescription

La prescription permet aux soignants de ne plus porter la responsabilité de la mise en place d'une contention. Cette responsabilité revient au médecin prescripteur. C'est pourquoi, il est important que cette prescription soit à jour.

On a vu dans l'étude que les prescriptions sont réalisées dans 80 % des cas. Lorsque l'on compare différentes les études de Biga, Vedel, Payen et Pelisset, on retrouve au fur et à mesure du temps une amélioration du taux de prescription depuis l'élaboration de la recommandation (en 2004 6,8 % de prescription (28), en 2011 59,4 % (30) et en 2018 80 %). Cela signifie que les médecins et le personnel soignant sont de plus en plus sensibilisés au respect du premier critère de la recommandation.

Même si le personnel fait de son mieux pour avoir une prescription de la contention le plus à jour possible, il est confronté lors des entrées à des cas qui pourraient nécessiter une contention ou au contraire est interpellé par une contention prescrite à l'hôpital mais qui ne lui semble pas nécessaire. Or un EHPAD est un établissement sans

médecin présent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, donc par essence différent d'un hôpital.

Le personnel fait en sorte que le délai entre l'entrée et la visite du médecin soit le plus courte possible mais cela n'est pas toujours réalisable.

Comment aider le personnel dans cette difficulté supplémentaire pour la mise en place d'une contention physique passive ?

Une prescription de la contention par l'hôpital ou l'autorisation de la mise en place de la contention sans prescription, en dehors du contexte d'urgence comme le signifie la recommandation, pendant un délai très court par le personnel soignant pourraient être des solutions à envisager.

Enfin, la recommandation de bonne pratique de 2000, dans son critère 10, nous demande de réaliser une prescription toutes les 24 heures afin de réévaluer au mieux les besoins des patients qui peuvent se modifier.

Ce critère n'est absolument pas respecté.

En effet dans notre étude, on a pu constater que le renouvellement à 24 heures de la prescription de la contention n'était pas réalisé. On fait le même constat dans les études de Biga en 2004, Vedel en 2006, Payen en 2007 et Pelisset en 2011. Et pourtant certaines de ces études étaient menées en secteur hospitalier (Vedel en 2006 et Payen en 2007).

Et même au cours d'un Audit Clinique Ciblé réalisé en 2005 par le Service d'Evaluation des Pratiques de la HAS (13) qui comportait un premier recensement des pratiques, puis une formation sur la contention suivi d'un second recensement quelques mois plus tard, on pouvait noter : « *La reconduction par 24 heures est vécue comme trop exigeante voire infaisable notamment dans des unités de soins de longue durée ou la présence médicale n'est pas quotidienne.* »

On peut donc s'interroger sur la nécessité et la faisabilité de ce dixième critère.

On sait qu'en médecine ambulatoire, les médecins généralistes ne sont pas assez disponibles pour réaliser ce dixième critère. Mais en secteur hospitalier, cet argument ne tient pas puisqu'il y a une visite tous les jours, qu'elle soit réalisée par le chef de clinique, un médecin et/ou par l'interne. Alors pourquoi maintenir dix-huit ans après la publication de la recommandation ce dixième critère ? Peut-être pour l'activité hospitalière, où les contentions sont mises en place en aigu sur une agitation ou un trouble du comportement de passage mais en médecine générale il n'est pas applicable. Les médecins généralistes sont conscients que ce critère n'est pas réalisable.

La recommandation apparaît trop stricte pour une bonne application en médecine générale. Déjà entre 2004 et 2006, Biga, l'HAS et Vedel avaient fait le même constat.

On pourrait envisager qu'une recommandation spécifique aux EHPAD valide le fait que la décision de mise en place d'une contention se fasse lors d'une réunion multidisciplinaire, éventuellement sans médecin, mais selon un protocole écrit avec la participation du médecin coordonnateur et si possible de certains médecins traitants, qui énoncerait les critères précis permettant la mise en place d'une contention. La décision devrait être motivée par le respect de ces critères, écrite et signée par le ou les

IDE présentes à cette réunion, en l'absence de médecin. La validation par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant intervenant dès que possible.

j) Une absence de législation

Les mesures de contention peuvent être considérées comme une atteinte à la liberté d'aller et venir de la personne, à l'intégrité de son corps et à sa dignité (34,35).

Les instances internationales et européennes ont édicté des réglementations afin de protéger les personnes contre des contentions abusives. On retrouve la résolution de l'ONU de 1991 (36), la recommandation européenne de 1994 (37) et la directive du comité européen pour la prévention de la torture et des peines de 2010 (38) qui demandent aux gouvernements de ne pas utiliser la contention physique chez les patients atteints de maladie mentale. Dans le cas échéant celle-ci doit être contrôlée par un médecin et notifiée précisément dans son dossier.

Il n'y a aucune réglementation internationale ou européenne pour les personnes âgées contenues.

En France, la Constitution et le Code Civil protègent le patient dans ses droits fondamentaux : respect de la dignité, de l'intégrité du corps humain et absence d'être arbitrairement détenu (39–41).

Au-delà de ces textes généraux, le Code de Santé Publique (42) protège les patients atteints de maladie mentale. En effet, l'article L. 3211-3 certifie un respect des droits du patient. De plus, les articles L. 3212-1 et L. 3213-1 concernant respectivement l'admission en soin psychiatrique à la demande d'un tiers et à la demande du représentant de l'Etat, encadrent les hospitalisations sous contrainte des personnes atteintes de maladie mentale.

Mais concernant les personnes âgées, seule la recommandation de bonne pratique de 2000 existe. Il n'y a aucune réglementation pour encadrer la mise en place de la contention physique passive.

k) Une absence de législation pour les secteurs fermés

De nombreux EHPAD disposent d'un secteur fermé dans lequel sont hébergés des résidents. Ils sont hébergés sans consentement comme nous l'avons vu dans l'étude.

La législation est très précise pour l'hospitalisation sous contrainte des personnes présentant des troubles mentaux mais à contrario il y a une absence totale de critère et d'avis juridique pour détenir un nombre considérable de gens en France en secteur fermé (63.000 en 2016) (5).

Depuis 2008, avec le plan Alzheimer (43), des unités d'hébergement renforcé ont été créées dans les EHPAD afin d'accueillir les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. L'organisation de ces unités et du type de patient qu'elles peuvent accueillir est clairement définie dans la circulaire de 2009 (44) mais aucun

texte, circulaire, recommandation ou loi, ne mentionne le fait qu'on empêche les patients de sortir de ces unités.

Il ne s'agit pas de s'indigner mais de montrer le contraste entre l'hospitalisation sous contrainte et les secteurs fermés.

De même dans le cadre des visites d'évaluation externe, les évaluateurs peuvent faire remarquer que les renouvellements de contention ne sont pas effectués toutes les 24 heures, mais ils ne demandent pas à quelle fréquence on décide de maintenir en secteur fermé un individu et sur quels critères il y a été placé.

Effectivement, on ne peut pas à la fois refuser de voir qu'on détient dans un secteur clos un certain nombre de personnes sans leur consentement, et en même temps accuser les EHPAD de négligence et leur reprocher une faute due à un défaut de surveillance en cas de fugue : ou bien chacun est libre de circuler comme l'affirme la Constitution, ou bien les EHPAD endossent une responsabilité d'enfermement qu'on leur a confiée légalement.

1) L'état de nécessité, un fait légitime

Dans les établissements de l'étude aucune plainte n'a été enregistrée pour la mise en place abusive de contention ou même pour absence de contention.

Le Conseil Constitutionnel a été consulté à deux reprises, en 2011 et 2013, suite à des plaintes de patient concernant l'hospitalisation en soins psychiatrique. Il a été demandé si certains articles du Code de Santé Publique étaient conformes à la Constitution (45,46). Mes recherches ne m'ont pas permis de trouver de plainte sur notre sujet au tribunal civil.

Au Conseil de l'Ordre des médecins, mes recherches ont mis en évidence uniquement des plaintes pour maltraitance (47,48). On ne retrouve pas de plainte relative directement à la mise en place de contention, que ce soit un manque de prescription, une blessure suite à une contention ou une absence de contention.

Il n'y a donc pas de jurisprudence civile ou ordinale sur le sujet.

Une recommandation est juridiquement dépourvue de force obligatoire (49) et sur le plan déontologique ce n'est qu'une indication pour guider le médecin (50)(article 32 du Code de Déontologie).

Mais en cas d'accident, une plainte pourrait-être déposée par une famille. Dans ce cas, l'absence de prescription ou de renouvellement toutes les 24 heures de la prescription de la contention pourrait entraîner une condamnation du médecin si l'état de nécessité n'était pas prouvé.

L'état de nécessité (49) est une cause d'irresponsabilité pénale par justification, selon l'article 122-7 du Code pénal : *« N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a*

disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace ».

En France c'est l'état de nécessité qui va primer pour une condamnation, ou une mise en danger de la vie d'autrui ou la preuve d'un acte malfaisant puisqu'il n'y a pas de loi ou de réglementation autre que la recommandation pour encadrer la mise en place d'une contention physique passive.

m) Mise en place de protocoles

Pour pallier au critère trop strict de la recommandation et à l'indisponibilité des médecins généralistes, les EHPAD étudiés ont décidé, avec leur médecin coordonnateur, de mettre en place des protocoles de prescription.

L'EHPAD de Cestas fait renouveler ses prescriptions par les médecins traitants tous les mois et l'EHPAD de Talence tous les 6 mois à un an. Une réévaluation est faite tous les jours par les infirmières et régulièrement par les médecins coordonnateurs.

Ce système fonctionne correctement dans les EHPAD visités et il me semble bien plus sensé vis-à-vis des médecins généralistes. Le personnel soignant est rassuré d'avoir une prescription, même si elle n'est pas renouvelée tous les jours et il sait qu'il a la possibilité de modifier une contention s'il constate un besoin ou un fait nouveau (changement de comportement du patient, chutes répétées...).

n) Le rôle des médecins dans la mise en place d'une contention.

1) Les devoirs du médecin

L'article 2 du Code de Déontologie (50) définit clairement le devoir du médecin :
« Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique). *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »*

Les commentaires du code de déontologie précisent : « *La société lui a confié un rôle privilégié : donner des soins aux personnes malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, des personnes fragiles ou vulnérables (mineurs, majeurs protégés, personnes âgées handicapées ou exclues des soins ...), lutter contre les sévices quels qu'ils soient et quelles que soient les circonstances. »*

Or restreindre sa liberté de mouvement et/ou de déplacement est un acte qui peut être considéré comme une atteinte à sa dignité et au respect de sa personne. Et deux médecins sont impliqués dans cette prescription. Leur responsabilité est donc grande.

On peut noter que, dans notre étude, jamais la prescription d'une contention était initiée par un médecin qu'il fut coordonnateur ou traitant.

2) *Le rôle du médecin coordonnateur*

Il est fondamental dans la mise en place de la contention.

D'une part, dans la formation continue du personnel soignant au cours des réunions d'équipe. Il est certain que les formations externes du personnel sont utiles pour la prise de conscience de ce que sont les contentions et pour la connaissance de leurs risques. Mais la mise en pratique au quotidien est une affaire de longue haleine.

Le médecin coordonnateur a là un rôle majeur dans l'explication sur des cas concrets de ce qu'est une balance bénéfices/risques, une complication, une cause de chute etc.

Et les commentaires du code déontologie (50) précisent : « *Tout examen entraînant une sujétion, des contraintes ou des désagréments pour le patient, doit être discuté préalablement à la décision, en évaluant bien le bénéfice qu'on peut en attendre au regard des contraintes qu'on impose, de ce fait, au patient.* »

Certes, ce commentaire porte sur la prescription d'un examen, mais il en est exactement de même pour une contention et cette évaluation faite avec le personnel soignant est certainement utile pour la formation du personnel.

D'autre part, il est bien placé pour recueillir et voir par lui-même les comportements et les pathologies présentés par un résident et de valider ou non la demande de contention faite par le personnel soignant.

Enfin, il a un rôle majeur dans l'évaluation du risque de chute par la réalisation de certains tests et de relevés de certaines données (nombre de médicaments prescrits, chute récente, troubles visuels etc.) qui peuvent aider à préciser ce risque.

3) *Le médecin traitant*

Son rôle actuel dans la prescription de la contention en EHPAD est complexe. Il est certes le médecin traitant du résident mais il est peu souvent présent à différents moments de la journée et en particulier la nuit, moment où une grande partie des contentions sont mises en place. Il lui est donc difficile d'évaluer lui-même une partie des éléments nécessaires à l'évaluation du risque de chute.

De plus, ce temps de présence restreint au sein d'un EHPAD ne va certainement pas s'améliorer dans les années à venir en raison de la baisse de la démographie médicale.

Or toute prescription nécessite d'abord un diagnostic. A ce sujet le code de déontologie (50) précise : « *Article 33 (article R.4127-33 du code de la santé publique). Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.* »

Or dans le cadre d'un EHPAD, le concours approprié est le personnel de l'EHPAD qui justement lui demande de prescrire la contention. On peut donc légitimement se poser

la question de savoir s'il est le mieux placé pour prescrire une contention.

Mais l'un de ses rôles, et qui est essentiel, consiste à s'assurer que le risque de chute ou de trouble du comportement noté par le personnel n'est pas lié à une cause curable.

On s'aperçoit donc que la collaboration entre les deux médecins impliqués dans un EHPAD est un facteur majeur d'une prescription adaptée de la contention en EHPAD.

o) Une nouvelle recommandation

On pourrait proposer une nouvelle recommandation plus adaptée à la médecine générale et à la réalité du travail en EHPAD qui est pluridisciplinaire. La prescription de la contention est devenue au fil du temps une pratique collégiale du fait même de l'organisation des EHPAD et de la présence réduite de médecin.

Celle-ci pourrait inclure :

- La prise en compte d'un état de fait depuis 18 ans maintenant, à savoir que l'initiation de la contention en EHPAD est réalisée par l'équipe soignante de l'EHPAD. Les AS et les IDE en sont les principaux acteurs. Le médecin coordonnateur un acteur très important de l'EHPAD mais moins souvent présent. Une aide à la rédaction d'un protocole précis et complet devrait permettre d'assurer un encadrement efficace de la contention en EHPAD.
- Une prescription pour un motif et non pas seulement pour une durée. La durée de la prescription serait variable selon le motif et la contention serait alors levée lorsque le motif n'existerait plus.
- Le rôle du médecin coordonnateur pourrait être plus important puisqu'il est plus présent dans les EHPAD que les médecins généralistes. En effet, le médecin coordonnateur pourrait être le premier prescripteur de la contention et le médecin généraliste ferait le renouvellement si cela s'avérait nécessaire.
- Le rôle du médecin traitant précisé ainsi que la collaboration avec son confrère coordonnateur.
- Une prescription de contention lors de la sortie par les services hospitaliers.
- Une autonomie contrôlée par certains critères précis pour la mise en place de la contention par les soignants lorsqu'il n'y a pas de médecin dans l'établissement.
- La prescription d'hébergement dans des secteurs fermés pourrait être incluse dans la recommandation.

Ces pistes pourraient être explorées par un groupe d'experts afin d'améliorer la recommandation et aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

V. CONCLUSION

La recommandation de bonne pratique de l'ANAES 2000 sur la contention physique passive chez la personne âgée est trop stricte pour être appliquée en l'état en médecine générale.

Les établissements d'hébergements des personnes âgées ne fonctionnent pas comme des hôpitaux avec une présence médicale de tous les instants. Les médecins traitants ne peuvent pas venir voir leurs patients tous les jours et les médecins coordonnateurs, bien que plus présents que les médecins traitants, ne sont pas toujours en capacité de réaliser les prescriptions des médecins traitants.

Par conséquent, ce sont les soignants qui sont les acteurs principaux de la contention : évaluation, demande auprès du médecin, mise en place, surveillance.

La réglementation juridique et ordinale est quasiment inexistante sur le sujet. Comme il n'existe qu'une recommandation, seul l'état de nécessité ou de non nécessité restreint le médecin sur le plan juridique. Sur le plan ordinal, c'est la preuve d'une maltraitance qui pourrait faire condamner un médecin.

La formation et la mise en place de protocoles dans les EHPAD permet aux équipes soignantes, médecin traitant et coordonnateur, IDE et AS, d'adapter leur pratique de la contention face à l'absence de législation et à une recommandation difficilement applicable à la lettre.

Une recommandation adaptée aux EHPAD permettrait d'aider l'ensemble des acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. *Acta Endosc.* oct 2000;28(2):151-5.
2. Larousse É. Définitions : contention - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>
3. Bleijlevens MHC, Wagner LM, et al. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc.* nov 2016;64(11):2307-10.
4. Chenal M, Jolidon P, et al. Etude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *DREES.* sept 2016;(134).
5. El Amraoui N, Toupin MH. La situation des EHPAD en 2016 : Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD. 2017. Commandité par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
6. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, et al. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* mars 2018;79:122-36.
7. Evans D, Fitzgerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud.* sept 2002;39(7):735-43.
8. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr.* févr 2005;38(1):19-25.
9. Bredthauer D, Becker C, et al. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriatr.* févr 2005;38(1):10-8.
10. Vedel I, Lechowski L, et al. La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES. *Gérontologie Société.* 2006;29 / n° 116(1):153-60.
11. Podvin-Deleplanque J, Dreuil D, et al. Prévention des chutes en EHPAD. *Rev Gériatrie.* 2015;8.
12. Karlsson S, Bucht G, et al. Physical restraints in geriatric care. Knowledge, attitudes and use. *Scand J Caring Sci.* 1998;12(1):48-56.
13. HAS. Audit Clinique Ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. [Internet]. 2006 [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cppa_-

_rapport_final_.pdf

14. AFFSAPS. Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique [Internet]. 2011 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6ee58bcae15bb58b1d52a72a43fde6ff.pdf
15. Pradines B. Association Daniel GOUTAINE, Albi Gériatrie. [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>
16. Guide de bonnes pratiques des contentions physiques passives : l'usage des barrières de lits médicaux [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: http://cgpdm.fr/wp-content/uploads/2017/06/Reglementation_Barrieres.pdf
17. AFFSAPS. Mise au point : bonne utilisation des barrières de lits médicaux - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2006 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: [http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Mise-au-point-bonne-utilisation-des-barrieres-de-lits-medicaux/\(language\)/fre-FR](http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Mise-au-point-bonne-utilisation-des-barrieres-de-lits-medicaux/(language)/fre-FR)
18. ANSM. Suspension d'utilisation du dispositif SECURIDRAP - Recherche Google [Internet]. 2017 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=suspension+d%27utilisation+du+dispositif+SECURIDRAP&rlz=1C1CHBD_frFR793FR793&oq=suspension+d%27utilisation+du+dispositif+SECURIDRAP&aqs=chrome..69i57.4586j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8
19. Cocoon: Accueil [Internet]. [cité 9 août 2018]. Disponible sur: <https://www.cocoon-tm.fr/>
20. Van de Vyvere A, Dumont C. Procédures et contention physique. *A.M.U.B. Rev Med Brux.* 2013;(34):368-75.
21. Ministère de la Santé. Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes [Internet]. 2007 [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
22. Capezuti E, Evans L, et al. Physical restraint use and falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* juin 1996;44(6):627-33.
23. Tinetti ME, Liu WL, et al. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med.* 1 mars 1992;116(5):369-74.
24. Collège national de Gériatrie. Syndrome d'immobilisation. 2008.
25. Palmer L, Abrams F, et al. Reducing inappropriate restraint use in Colorado's

- long-term care facilities. *Jt Comm J Qual Improv.* févr 1999;25(2):78-94.
26. Möhler R, Richter T, et al. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. *J Clin Nurs.* nov 2012;21(21-22):3070-81.
 27. Pichot J, Liger V. Maison de retraite : enquête au cœur des EHPAD. *Envoyé spécial.* Septembre 2018.
 28. Biga J, Nourhashemi F, et al. Contentions physiques en maison de retraite: Évaluation des pratiques après un programme de formation. *Presse Médicale.* 1 oct 2004;33(17):1169-73.
 29. Payen CE. La contention physique passive en unité de soins de longue durée dans le cadre de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles. [Lille]: Université du droit et de la santé - Lille 2 Faculté de médecine Henri WAREMBOURG; 2007.
 30. Pelisset A, Marie G. Contention physique passive : évaluation régionale des pratiques dans les établissements gériatriques en 2011. [Lille]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2013.
 31. ANESM. Évaluation externe : guide d'aide à la contractualisation [Internet]. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-guide_daide_a_la_contractualisation-avril_2014.pdf
 32. Ehkirch V. Ehpads : « Quand une personne nous dit qu'on lui fait mal pendant la toilette on n'y peut rien, on doit aller vite ». *Le Monde.fr* [Internet]. 15 mars 2018 [cité 27 sept 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/03/15/ehpad-greve-des-professionnels-de-l-aide-aux-personnes-agees_5271530_3224.html
 33. Thélot B. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées / Epidemiological surveillance of falls in the elderly. :8.
 34. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [Internet]. *justice.gouv.fr.* [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
 35. La libre circulation des personnes en Europe : 30 ans de fonctionnement de l'espace Schengen. *Chronologies thématiques - Repères - vie-publique.fr* [Internet]. 2015 [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/chronologie/chronos-thematiques/libre-circulation-personnes-union-europeenne.html>
 36. ONU. Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale [Internet]. Résolution 46/119 déc 17, 1991 p. 204-9.

Disponible sur: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/119

37. Assemblée Parlementaire. Psychiatrie et les droits de l'homme [Internet]. Recommandation 1235 avr 12, 1994. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>
38. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradant. Rapport au gouvernement de la République Française. nov 28, 2010.
39. Constitution du 4 octobre 1958 - Article 66 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071194&idArticle=LEGIARTI000006527558&dateTexte=&categorieLien=cid>
40. Code civil - Article 16. Code civil [Internet]. Légifrance. [cité 16 août 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419319>
41. Code civil - Article 16-3. Code civil [Internet]. Légifrance. [cité 16 août 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419295&dateTexte=&categorieLien=cid>
42. Markus J-P, Cristol D, Peigne J, Paillet G. Code de la santé publique. France. 2018.
43. Rocher P, Lavallart B. Le plan Alzheimer 2008-2012, ALZHEIMER PLAN OF 2008-2012. Gérontologie Société. 1 sept 2009;32 / n° 128-129(1):13-31.
44. Tregoat J-J. Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène. Rev Francoph Lab. mars 2006;2006(380):53-4.
45. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 [Internet]. Conseil constitutionnel. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/201071QPC.htm>
46. Décision n° 2013-367 QPC du 14 février 2014 [Internet]. Conseil constitutionnel. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2014/2013367QPC.htm>
47. Audience du 25 septembre 2008, Décision rendue publique par affichage le 27 octobre 2008. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins. 9931.
48. Audience du 17 décembre 2012, Décision rendue publique par affichage le 24 janvier 2013. Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins. 11194.

49. Guinchard S, Debard T. Lexique des termes juridiques. 25e édition. 1 p. (Lexique).
50. Ordre National des Médecins. Code de Déontologie médicale. 2017. 36 p.
51. Journal officiel de l'Union Européenne. Directive 2004/38/CE du Parlement Européen et du Conseil [Internet]. [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32004L0038>
52. La libre circulation des personnes : principe, enjeux et défis [Internet]. [cité 28 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.robert-schuman.eu/fr/questions-d-europe/0419-la-libre-circulation-des-personnes-principe-enjeux-et-defis>
53. Haute Autorité de Santé - Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique
54. La déontologie médicale et son environnement juridique. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. [cité 1 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-deontologie-medicale-et-son-environnement-juridique-719>
55. MARIN I. La dignité humaine, un consensus ? La revue Esprit. 1991.
56. Le serment d'Hippocrate. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. [cité 1 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

ANNEXES

Annexe 1 : LE RISQUE DE CHUTE ET LES PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES A LA CONTENTION PHYSIQUE

- Raisons médicales** - Ne pas négliger les raisons médicales qui nécessiteraient un traitement rapide :
- hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil ;
 - dépression, déshydratation, pathologies cardio-vasculaires
- Revoir les différentes associations médicamenteuses.
- Adaptation de l'environnement et du mobilier dans la chambre**
- Enlever tout équipement inutile (meuble et autre) ;
 - Augmenter l'éclairage (une personne âgée a besoin d'un éclairage deux à trois fois supérieur à un adulte, notamment en cas de cataracte) ;
 - Mettre un matelas de gymnastique près du lit en cas de chute ;
 - Lit bas recommandé (moins de 45 cm de hauteur) ;
 - Enlever les roulettes de la table de nuit, de l'adaptable ;
 - Bloquer les roulettes du lit en permanence, le mettre en position basse;
 - Mettre des repères temporels (calendrier, horloge).
- Accompagnement de la personne âgée**
- Inciter à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie ;
 - Informer du rythme de passage des soignants ;
 - Proposer des activités occupationnelles ;
 - Quand le patient est réveillé, l'accompagner toutes les heures aux toilettes, et une ou deux fois dans la nuit.
- Lors des déplacements**
- Assister la personne lors des déplacements ;
 - Fournir des aides techniques (sur élévateur de toilettes, barres d'appui)
 - Vérifier l'utilisation de chaussures adaptées, fermées ;
 - S'assurer de l'utilisation des lunettes de vue, aide auditive, aide à la marche ;
 - Indiquer à la personne les lieux et endroits à risque (sols glissants, escaliers) ;
 - Encourager la personne à prendre appui sur les barres des couloirs.
- Lors de l'installation au lit ou au fauteuil**
- Mettre le fauteuil où le patient le souhaite ;
 - Stabiliser lit ou fauteuil (bloquer les roulettes) ;
 - Installer confortablement la personne (vêtement et position) ;
 - Adapter l'inclinaison du fauteuil ou la hauteur du lit pour faciliter le passage en position debout ;
 - Adapter les accoudoirs à une hauteur qui permet au patient de prendre appui ;
 - Ne pas mettre d'objets devant le fauteuil qui gêneraient les transferts ;
 - Installer les effets personnels et familiers près du patient (montre, lunettes, photos...) ;
 - Expliquer l'utilité et l'utilisation du système d'appel ;
 - Ne pas laisser le patient en position assise trop longtemps.
- Lors des transferts**
- Ne pas tracter la personne, mais se placer à côté d'elle pour l'aider afin d'éviter le réflexe de rétro pulsion ;
 - Apprendre à la personne à se lever et s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs.

Etude thèse :
prescription de la contention physique

Annexe 3 : FICHE STRUCTURE

EHPAD :

Présence d'un médecin coordonnateur dans la structure : OUI / NON

Nombre de patients dans la structure :

GIR Moyen Pondéré Secteur fermé O/N Combien de résidents :

Formation à la contention dans la structure (mise en place, risque et indication) :

Réalisation antérieure d'une évaluation :

 Interne : oui non

 Externe : oui non

Si oui : y avait il eu des remarques à propos de la contention : lesquelles :

Si oui pour l'une des 2 questions : Y avait il eu des directives internes ou la mise en place de protocoles régissant la contention ?

Avez vous constaté des accidents ou des effets indésirables de certaines contentions :

 chute par dessus les barrières

 chute en entraînant le fauteuil

 agitation encore plus importante

 lésions cutanées à travers les barreaux des barrières

 fugues d'un secteur fermé en sautant une clôture ou autre

Y a-t-il eu des remarques d'une famille sur une contention jugée abusive ?

Y a-t-il eu une plainte au civil ou auprès du Conseil de l'Ordre ?

Etude thèse :
prescription de la contention physique

Annexe 4 : FICHE SOIGNANT

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

Question 5 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

Question 6 : *Est-ce que cela arrive que ce soit les médecins traitants qui vous demandent des contentions ?*

Question 7 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

Etude thèse :
prescription de la contention physique

Annexe 5 : FICHE MEDECIN

Question 1 : *Que pensez-vous de la recommandation de l'ANAES 2000 sur la prescription des contentions physiques passives ?*

Question 2 : *Les formations en externe ont-elles changé les pratiques ?*

Question 3 : *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour l'application de la prescription, en tant que médecin coordonnateur ?*

Question 4 : *Si une nouvelle recommandation pour les EHPAD devait-être réalisée, quelles seraient vos suggestions ?*

Question 5 : *Quels sont les critères d'hébergement des résidents en secteur fermé ? Quel est le rôle du médecin ? Y a-t-il une prescription ? L'accord de la famille et du résident est-il demandé ? Les soignants ont-ils des difficultés ?*

Annexe 6 : TEXTES REGISSANT LA CONTENTION

La contention et la loi

Les mesures de contention sont une atteinte grave à la liberté d'aller et venir de la personne, à l'intégrité de son corps et à sa dignité.

En conséquence, les instances internationales et nationales ont édicté des lois afin de protéger les personnes contre des contentions abusives.

Dans le chapitre suivant, nous allons détailler ces textes.

Les textes

Le droit international :

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (34)

L'Article 13 de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme nous indique que « Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État. »

Résolution de l'ONU de 1991 (36)

La Résolution 46/119 de l'ONU de 1991 concernant la protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale prévoit dans le paragraphe 11 du principe 11 que « La contrainte physique ou l'isolement d'office ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. Toutes les mesures de contraintes physiques ou d'isolement d'office, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. »

Le droit européen :

Directive 2004/38/CE du Parlement européen (51)

En 1957, le traité de Rome autorise les travailleurs à se déplacer librement sur le territoire de l'Union Européenne. Ce droit est élargi aux personnes dans le cadre des accords de Schengen en 1985. (35)

Consacrée par le traité sur l'Union Européenne (art. 3), la liberté de circulation est également garantie par la Charte des droits fondamentaux (art. 45) et par la jurisprudence de la Cour de justice. Les dispositions applicables ont été regroupées dans la directive (2004/38) du 29 avril 2004. Chaque citoyen de l'Union a le droit de se rendre librement dans un autre Etat membre et d'y rester pour un court séjour de moins de 3 mois sans autre document à présenter que sa carte d'identité ou un passeport en cours de validité. Aucun visa d'entrée ne peut être exigé. Le citoyen européen n'est pas tenu de travailler ou de disposer de ressources suffisantes. (52)

Recommandation de 1994 du Conseil de l'Europe (37)

Le 12 Avril 1994, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a édicté la Recommandation 1235 relative à la psychiatrie et aux droits de l'Homme. La Recommandation précisait que : « Aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisé. Les moyens de contention chimiques doivent être proportionnés au but recherché, et aucune atteinte irréversible ne doit être portée aux droits de procréation des individus. »

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines 2010 (38)

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines rappelle, dans son rapport au Gouvernement de la République française fait sur la visite effectuée du 28 Novembre au 10 Décembre 2010 que « la mise en chambre d'isolement (MCI) et la mise sous contention, des patients hospitalisés en psychiatrie, sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessure ou un état de violence aiguë. Il importe de veiller à ce que chaque MCI et recours à la contention soient prescrits par un médecin ou, du moins, portés à son attention sans attendre afin d'obtenir son autorisation. Dans ce contexte, il convient d'éviter que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité. Il est également impératif que tous les autres moyens appropriés aient été tentés avant d'avoir recours à ces mesures. La MCI et la contention ne doivent pas non plus être maintenues plus que nécessaire. Le Comité estime à cet égard que l'utilisation de moyens de contention mécanique pendant des jours, sans interruption, ne saurait avoir de justification et s'apparente à un mauvais traitement.»

De plus, le comité rappelle que des protocoles de soins doivent être clairement mis en place et écrits dans le dossier du patient. Ils doivent comprendre les moyens utilisés, les circonstances de la contention ou de l'isolement ainsi que la surveillance requise et les mesures lors de la levée de la contention ou de l'isolement.

Tant sur le plan international que sur le plan européen, les instances demandent aux pays de ne pas utiliser la contention chez les patients atteints de maladie mentale. Le cas échéant celle-ci doit être contrôlée par un médecin et notifiée précisément dans son dossier. Il n'est pas fait état de la contention physique passive chez les personnes âgées.

Le droit national :

La loi française ne dispose pas de texte spécifique concernant la contention physique passive, ni la contention à visée sécuritaire.

Par contre, il existe des textes généraux sur la liberté, la détention arbitraire, le respect de la dignité de la personne et de l'intégrité du corps humain. Les médecins ont dans l'obligation de suivre ces textes fondamentaux de la loi française.

Des textes généraux

Article 66 de la Constitution : Nul ne peut être arbitrairement détenu.

L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.

Article 16 du Code Civil : La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.

Article 16-3 du Code civil : Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Code de santé publique (42)

L'article L3211-3 du code de la santé publique précise : Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat, ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

L'article prévoit que toute personne atteinte de troubles mentaux, quelle que soit la forme de prise en charge, doit être informée le plus rapidement possible et de manière adaptée à son état de la décision d'admission, de toutes décisions la concernant, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours et des garanties qui lui sont offertes.

Cette personne dispose du droit de :

- communiquer avec le représentant de l'Etat ou son représentant,
- saisir la commission départementale des soins psychiatriques qui est chargée d'examiner le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes,
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence,
- prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix,
- émettre ou de recevoir du courrier,
- consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent,
- exercer son droit de vote,
- se livrer à des activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Nous pouvons citer d'autres articles particulièrement précis :

- Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, article L. 3212-1 du CSP notifié par la loi du 5 juillet 2011 :

Un patient atteint de troubles mentaux peut être admis en établissement psychiatrique sans son consentement et sur décision du directeur de l'établissement si les conditions ci-dessous sont réunies :

- les troubles mentaux du patient rendent impossible son consentement
- son état mental impose des soins immédiats en hospitalisation complète ou en ambulatoire en référence à l'article L. 3211-2-1.

En cas de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, ce dernier doit être un membre de la famille ou justifié d'une relation avec le patient, antérieure à la demande des soins. De plus, la demande doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours et attestant que les conditions sus-citées sont réunies. Le premier certificat doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement. Le deuxième doit être établi par un médecin de l'établissement. En aucun cas, les médecins réalisant les certificats ne peuvent être parents ou alliés entre eux, avec le directeur de l'établissement, le tiers ou le patient.

En cas de péril imminent pour la santé du patient, un seul certificat attestant de l'état mental du patient, des caractéristiques de la maladie et de la nécessité de recevoir des soins suffit pour que le directeur de l'établissement autorise l'hospitalisation sans consentement. De la même façon que pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers, le médecin qui établit le certificat ne peut être parent ou allié du directeur de l'établissement ni du patient et ne peut exercer dans l'établissement. C'est ensuite au directeur de l'établissement de prévenir la famille ou l'entourage du patient de son admission.

L'article L. 3211-2-2 du CSP, prévoit qu'à la suite d'une décision d'hospitalisation sans consentement, deux certificats médicaux doivent être établis. L'un dans les vingt-quatre heures, l'autre dans les soixante douze heures afin de confirmer ou non l'hospitalisation sans consentement. Ces certificats ne peuvent être établis par le médecin ayant réalisé un des deux certificats d'admission. En cas de péril imminent, ces deux certificats doivent être établis par deux psychiatres distincts conformément à l'article L. 3212-1 du CSP.

Lorsqu'au vu des certificats de vingt-quatre heures et de soixante-douze heures, il existe une nécessité de prolonger les soins. Le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois (article L. 3212-4), renouvelable tous les mois dans les trois derniers jours de chacune des périodes via un certificat circonstancié établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil (article L. 3212-7)

- Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, article L. 3213-1 du CSP notifiée par la loi du 5 juillet 2011 :

Dans ce cas, c'est le représentant de l'Etat qui prononce par arrêté l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte à l'ordre public. Cet arrêté

est basé sur un certificat médical circonstancié. Il ne peut être réalisé par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

C'est le représentant de l'Etat qui désigne l'établissement d'accueil.

Le directeur de l'établissement doit ensuite transmettre sans délai au représentant de l'Etat et à la commission départementale des soins psychiatriques, les certificats médicaux de vingt-quatre heures et de soixante-douze heures. Puis, en tenant compte de l'avis du psychiatre, le représentant de l'Etat a trois jours à compter de la réception des certificats, pour décider de la forme de prise en charge. Dans l'attente, le patient reste en hospitalisation complète.

L'article L. 3213-3 prévoit une réévaluation mensuelle de la mesure d'hospitalisation sans consentement par le psychiatre, transmise ensuite au représentant de l'Etat départemental puis au juge des libertés et de la détention si la mesure d'hospitalisation complète est poursuivie. Mais l'article L. 3213-4 précise qu'après le premier mois, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer le maintien de la mesure pour une période de trois mois. Au-delà de cette durée, la mesure peut être maintenue pour des périodes maximales de six mois renouvelables.

Selon l'article L. 3213-9 du CSP, c'est au représentant de l'Etat dans le département d'aviser le procureur de la République, le maire de la commune, la commission départementale ainsi que la famille du patient de la mesure prise à son encontre.

C'est aussi au représentant de l'Etat dans le département que revient la responsabilité de permettre ou non la levée de la mesure sur l'appui de l'avis du psychiatre du patient, ou du collègue ou d'un psychiatre expert (article L. 3213-5-1, L. 3213-8 et L.3213-9-1 du CSP).

On constate que le Code de santé publique est très précis concernant les droits des patients hospitalisés sous contrainte ou sans consentement pour troubles mentaux, ainsi que sur la méthode à employer pour mettre en place ces mesures.

Par contre, à aucun moment il n'est mentionné la notion de contention physique passive, ni sa réglementation en ce qui concerne les établissements recevant des personnes âgées dépendantes.

Les circulaires et recommandations

- La circulaire Veil n° 48 DGS/SP 3 du 19 juillet 1993

Cette circulaire porte sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Elle rappelle que les patients bénéficiant de soins psychiatriques ont des droits parmi lesquels « figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause, s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. [...] Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité, un malade quelques heures en attendant soit la résolution de la situation d'urgence, soit la

transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte. »

- La recommandation de l'ANAES (1)

L'ANAES a dirigé en 2000 la rédaction d'une recommandation afin de limiter les risques de contention physique passive chez la personne âgée.

Cette recommandation est composée des dix critères suivants :

- **Critère 1** : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.
- **Critère 2** : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.
- **Critère 3** : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.
- **Critère 4** : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- **Critère 5** : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.
- **Critère 6** : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.
- **Critère 7** : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.
- **Critère 8** : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.
- **Critère 9** : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.
- **Critère 10** : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Le dixième critère demande aux médecins de renouveler toutes les 24 heures la prescription de la contention. En EHPAD, le médecin coordonnateur n'est pas tous les jours sur place et ne peut pas consacrer du temps à chacune de ses visites pour renouveler les contentions des patients qui la plupart du temps sont mises en place de façon chronique.

Par conséquent, la recommandation n'est pas applicable en l'état en médecine générale.

Les principes législatifs qu'on peut évoquer

En France, seule la recommandation de bonne pratique de l'ANAES réalisée en 2000, régleme nte la contention physique passive.

L'HAS définit la recommandation de bonne pratique comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données (53).

Sur le plan juridique, une recommandation est définie comme une résolution, une préconisation ou une suggestion.(49) Elle est juridiquement dépourvue de force obligatoire. Elle ne peut, à elle seule, entraîner une faute reconnaissable devant un tribunal si elle n'est pas appliquée.

Par contre, le non-respect de la dignité, la violence volontaire ou la séquestration peuvent être retenus à l'encontre d'un soignant dans le cadre d'une contention physique. Ces actes sont considérés comme des délits ou même des crimes et sont punis par la loi.

Mais comment lors d'une plainte, défendre un professionnel de santé en l'absence de texte juridique valable ?

Dans ce cas, c'est l'état de nécessité qui va permettre au tribunal de juger la plainte.

L'état de nécessité est une cause d'irresponsabilité pénale par justification, selon l'article 122-7 du Code pénal : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace* ». (49)

A ce moment là, le tribunal statue sur la balance entre l'état de nécessité de mettre en place une contention physique afin de protéger la personne malade, le respect de la dignité de cette personne et l'absence ou non de violence volontaire ou de séquestration.

La jurisprudence civile en la matière.

A la suite de plusieurs plaintes de patient concernant l'hospitalisation en soins psychiatriques, le Conseil Constitutionnel a été sollicité afin de décider si certains articles du Code de Santé Publique étaient conformes à la Constitution.

Tout d'abord en Novembre 2011 (45), suite à la plainte d'une patiente concernant les conditions d'hospitalisation à la demande d'un tiers et les droits des patients hospitalisés sans consentement, le Conseil Constitutionnel a déclaré, par sa décision n°2010-71 QPC du 26 Novembre 2010, contraire à la Constitution l'article L. 3212-7 du code de santé publique, puisqu'aucune disposition législative ne soumet le maintien de l'hospitalisation sans consentement à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution. De plus, il a déclaré les

autres articles soumis à son examen (L. 3211-3, L. 3211-12, L. 3212-1, L. 3212-2, L. 3212-3, L. 3212-4) conformes à la Constitution tout en assortissant sa décision d'une réserve d'interprétation portant sur l'article L. 3222-1 du code de santé publique.

En conséquence, une partie de l'article L. 3212-7 du CSP a été abrogé et modifié par la loi du 27 Septembre 2013 (42). Dès lors, le psychiatre de l'établissement doit dans les trois derniers jours des périodes d'un mois établir un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Si les soins excèdent une période d'un an, c'est le collège mentionné à l'article L. 3211-9 du CSP qui réalise une évaluation médicale approfondie de l'état mental du patient.

Ensuite en Décembre 2013, le Conseil Constitutionnel a été saisi par la Cour de cassation afin d'établir si l'article L. 3222-3 du Code de santé publique était conforme à la Constitution (46). Cet article concerne la prise en charge des patients admis en unité pour malade difficile lors d'hospitalisation en soin psychiatrique sans leur consentement. Le Conseil Constitutionnel, par sa décision n°2013-367 QPC du 14 Février 2014, a déclaré l'article L. 3222-3 du code de santé publique conforme à la Constitution.

Par contre, sur le plan civil, on ne retrouve aucune plainte de patient ou de famille concernant directement la contention physique passive. On se retrouve donc devant un vide juridique. En effet, seule la recommandation et la déontologie permettent aux professionnels de santé de faire au mieux dans leur pratique.

Contention et Ordre des médecins

Le code de déontologie

La déontologie d'un corps professionnel est, par définition, un ensemble complexe des devoirs moraux et sociaux que les membres de cette profession doivent observer afin qu'il y ait cohésion des comportements dans l'exercice de l'activité. (54)

En aucun cas, la déontologie se substitue à la loi. Par contre, elle oriente les comportements des médecins entre eux et envers leurs patients.

L'Ordre des médecins a commenté les articles du code de déontologie médicale (50). Ces commentaires ne constituent pas des règles juridiques. C'est le Conseil d'Etat qui exerce la légalité via l'appréciation des juges disciplinaires. C'est pourquoi la violation du code peut entraîner des conséquences différentes.

Dans le cadre de la contention physique passive, on retrouve plusieurs articles du code de déontologie qui orientent notre pratique.

Tout d'abord, il y a deux articles sur le thème de la dignité.

La dignité peut être définie comme l'image de soi-même dans le regard des autres ; et toute relation humaine de qualité est fondée sur une estime réciproque. « *La dignité humaine n'est pas un droit, une propriété, ni même un attribut individuel à reconnaître ou à revendiquer, elle est peut-être ce qui nous permet de participer à la communauté humaine* »(55)

L'Article 2 nous demande de respecter la vie humaine, la personne et sa dignité et l'Article 10 préconise de ne pas favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou de sa dignité.

Ensuite, concernant la pratique médicale, l'Article 32 précise que le médecin s'engage à assurer au patient des soins fondés sur les données de la science. C'est dans ce sens que sont établies les conférences de consensus, les recommandations... Ce sont des indications pour aider le médecin et elles n'imposent pas d'être suivies sans esprit critique.

Enfin, on retrouve un article sur la prescription médicale.

L'Article 34 en référence à l'article R.4127-34 du Code de la Santé Publique, mentionne que le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Le serment d'Hippocrate

Le serment d'Hippocrate (56) évoque trois principes fondamentaux de la pratique médicale et nécessaires dans le cadre de la mise en place d'une contention physique passive.

Tout d'abord, nous trouvons le respect des personnes, de leur autonomie et leur volonté.

Ensuite, le médecin doit intervenir pour protéger les personnes si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Enfin, le serment demande aux médecins d'informer les patients des décisions envisagées, des raisons et de leurs conséquences.

Tout comme le code déontologie, le serment d'Hippocrate ne fait pas office de loi mais le médecin s'engage à le respecter lorsqu'il entre dans la profession médicale.

La jurisprudence des plaintes au Conseil de l'Ordre.

On retrouve dans la jurisprudence du Conseil de l'Ordre des médecins des jugements de la Chambre Disciplinaire Nationale concernant la maltraitance.

Tout d'abord, la décision du 25 Septembre 2008, par laquelle la Chambre Disciplinaire Nationale condamne le Dr S. à une interdiction d'exercer pendant un an.

Ce dernier a été condamné par la cour d'appel de Rennes le 7 Avril 2005 à un an d'emprisonnement avec sursis, 20 000 euros d'amende et une interdiction d'exercer une activité de directeur ou de gestion d'établissement accueillant des personnes vulnérables suite à une plainte pour non-assistance à personne en péril, non dénonciation de mauvais traitement ou de défaut de soin sur des personnes vulnérables et travail dissimulé. Dans un premier temps, la chambre disciplinaire de première instance de Bretagne avait sanctionné le Dr S. d'un blâme. Cette sanction a été révisée à la demande du conseil national de l'Ordre des médecins.

C'est dans cette configuration que la Chambre Disciplinaire nationale a décidé de le

condamner à une interdiction d'exercer pendant un an pour graves manquements aux devoirs de son état contraires à l'honneur professionnel et par suite exclus du bénéfice de l'amnistie.

Ensuite, il y a la décision du 17 Décembre 2012, par laquelle la Chambre Disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a interdit au Dr D. d'exercer pendant 1 mois dont 15 jours avec sursis pour non signalement aux autorités administratives et judiciaires d'acte de maltraitance dans l'hôpital où il exerçait.

Au départ, la Chambre Disciplinaire de première instance l'avait jugé coupable de manquement à ses obligations déontologiques mais ne l'avait pas sanctionné. Après recours à la Chambre Disciplinaire Nationale par le Conseil de l'Ordre, le Dr D. a été condamné à un mois d'interdiction d'exercer dont quinze jours avec sursis.

En dehors de ces plaintes pour maltraitance, on ne retrouve pas de plainte au Conseil de l'Ordre des Médecins relative directement à la mise en place de contention, que ce soit un manque de prescription, une blessure suite à une contention ou une absence de contention.

Annexe 7 : VERBATIMS

VERBATIM IDE 1 et AS 1

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

IDE 1 : « Oui. La contention doit être prescrite. Il faut rechercher la balance bénéfice-risque et faire une surveillance quotidienne. »

AS 1 : « Non, je ne la connais pas. »

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

IDE 1 : « Je n'ai pas difficulté à mettre en place une contention si elle est prescrite et si les patients n'offrent pas de résistance à sa mise en place.

Par contre, en l'absence de prescription, c'est plus compliqué pour moi. Je me demande toujours si je dois la mettre ou pas. En général, je la mets en place et j'appelle le médecin traitant rapidement pour avoir son accord. Cela arrive souvent avec les entrées. Ils n'ont pas encore été évalués par le médecin mais nous constatons que les barrières de lit sont indispensables. Je sais que normalement je n'ai pas le droit.

Ma plus grande difficulté pour la mise en place d'une contention c'est lorsque le patient est agité et qu'il faut le maintenir au fauteuil. Dans ces cas, je me sens démunie même si je sais que c'est pour le bien des patients. »

AS 1 : « Je n'ai pas de problème avec la mise en place de barrière de lit mais certaines contentions au fauteuil sont plus difficiles, notamment pour la patiente qui a un harnais et qui régulièrement refuse qu'on lui mette. Cela m'attriste de devoir lui mettre le harnais alors qu'elle est dans le refus.»

Question 3 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

IDE 1 : « oui, le risque principal c'est la chute notamment au-dessus des barrières ou un membre coincé entre les barrières. Mais ici, nous avons des protections en mousse pour éviter cela. Sinon, les lits sont mis en position Alzheimer. »

AS 1 : « Je n'ai rien d'autre à ajouter. »

Question 4 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

IDE 1 : « Que ce soit les patients ou la famille, quand on leur explique le bien-fondé de la contention en général ils le comprennent. En plus, concernant la famille, le plus souvent ils ne voient pas les contentions puisque nous avons plus de barrières de lit que de contentions au fauteuil. »

AS 1 : « Ce n'est pas moi qui leur demande leur accord mais je n'ai jamais eu de retour de patient ou de famille me demandant pourquoi on avait mis des contentions. »

VERBATIM IDE 2

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Non, je ne les connais pas. »

Une information sur les grandes lignes de la recommandation a été faite à l'IDE 2.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Je n'éprouve aucune difficulté à mettre en place une contention que ce soit au fauteuil ou au lit. Je sais que c'est pour le bien du patient. »

Question 3 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Ils peuvent passer au-dessus des barrières ou se coincer un membre entre deux barreaux ou chuter en sortant par le bout du lit. Ici, on a déjà eu une patiente qui est passée par-dessus ses barrières. Aussi, on préfère mettre des lits Alzheimer avec des matelas par terre que des barrières pour éviter ce genre de problème. »

Question 4 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Je n'ai jamais eu de problème à recueillir la signature d'une famille pour la mise en place d'une contention. Souvent, on ne peut pas demander son avis au patient. Je n'ai pas souvenir que ce soit arrivé. »

VERBATIM AS 2

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Les recommandations ?

- Oui, il y a un texte qui encadre la mise en place de la contention physique chez la personne âgée.
- Je ne vois pas de quoi vous me parlez. »

Une information sur les grandes lignes de la recommandation a été donnée à l'AS 2.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Ici, on met en place uniquement les barrières de lit, ce sont les IDE qui mettent les autres contentions en place.

- Et mettre des barrières, est-ce un problème pour vous ?
- Non, mettre des barrières ne me pose pas de difficulté. »

Question 3 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Ils peuvent passer par-dessus les barrières mais ici peu de patient en ont. On préfère mettre des lits Alzheimer avec des matelas pour éviter les accidents. »

Question 4 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« C'est l'infirmière qui informe la famille. Moi, je n'ai pas eu de retour de famille ne comprenant pas la mise en place d'une contention. »

VERBATIM AS 3

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Je ne connais pas la recommandation. »

Un rappel des grandes lignes de la recommandation a été faite à l'agent.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Non pas trop. On en parle à l'infirmière quand on a des besoins. Ensuite elle voit avec le médecin. Il n'y a pas de difficulté particulière. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Je ne mets pas de contention sans prescription. A chaque fois on en discute au moins avec l'infirmière. Cela peut être pour une nuit s'il y a eu une grosse décompensation, pour éviter la chute. Mais c'est très très rare. C'est pour un temps court. Par exemple, une nuit parce qu'un résident a eu un malaise dans la journée ou autre, ce qui fait qu'il n'est vraiment pas bien. C'est fait pour éviter une chute chez un patient dans l'incapacité de se mouvoir. Juste pour le sécuriser un peu parce que d'habitude il n'en a pas ou que côté fenêtre, histoire d'avoir un appui. »

Question 4 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Cela dépend du type de contention. Si on parle des barrières, ça va être passer par dessus, se bloquer le bras dedans, mettre un coup de tête, se coincer la tête ou un membre.

- Et si on parle des autres contentions, des sangles par exemple ?
- Avec les sangles, on a la compression, tenter de s'en défaire et se lever et tomber avec le fauteuil.
- Est-ce quelque chose à laquelle vous faites attention quand vous mettez une contention ?
- Oui j'y fais attention d'autant que je n'aime pas mettre les contentions.
- Parfois vous n'avez pas le choix de les mettre...
- Oui. Moi, je suis un pro méthode canadienne.
- C'est-à-dire ?
- Pas de contention du tout, que ce soit chimique ou mécanique. Je vais les éviter au maximum car je n'aime pas. »

Question 5 : *Si vous êtes face à un résident agité et qui déambule, qu'est-ce que vous faites ?*

« Je vais essayer de le calmer au départ. Après s'il y a besoin et que la contention doit être mise dans un cas comme ça, en dernier recours, je la mets. Mais avant tout j'essaye de calmer le patient. J'essaye d'être plus à l'écoute. »

Question 6 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« C'est l'infirmière qui discute avec les familles. Parfois les familles reviennent vers nous quand elles n'ont pas compris. Mais ça ne m'est jamais arrivé. Le plus souvent c'est l'infirmière qui en discute avec eux, pour ensuite voir avec le médecin de façon à ce que tout le monde soit d'accord.

Ici l'indication pour mettre des contentions, c'est quand on a de grands risques de chute pendant la nuit. Sinon on n'en met pas. »

L'AS 3 n'avait pas de question et n'a pas fait de commentaire supplémentaire.

VERBATIM IDE 3

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Je ne la connais pas précisément, je ne connais pas les termes exacts.

- Sans avoir les termes exacts, qu'est-ce que la recommandation nous demande sur les contentions ?
- Je sais que c'est sur ordonnance, c'est pour la sécurité du patient et pas pour une punition, avec l'accord du patient si celui-ci n'est pas dément. Il faut faire une réévaluation tous les jours. Ici, on fait faire aux médecins une ordonnance tous les mois.
- C'est ça, ce qui nous est demandé à nous médecins, c'est de prescrire toutes les 24 heures.
- Je sais qu'en psychiatrie ils faisaient ça. Ils faisaient une ordonnance tous les jours. Mais il y avait un médecin sur place tous les jours avec une réévaluation tous les jours.
- Oui mais en médecine ambulatoire ou en EHPAD ce n'est pas réalisable. Pourtant c'est cela qu'on nous demande alors que la recommandation est faite pour les personnes âgées et pas pour les personnes présentant des troubles mentaux. D'autre chose sur la recommandation ?
- Je crois que la surveillance doit être faite toutes les heures.
- Non, la réévaluation c'est comme la prescription, c'est toutes les 24 heures.
- C'est comme ça qu'on faisait quand je travaillais en hôpital psychiatrique. Et il y a des choses sur la manière de mettre la contention. »

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Difficulté c'est-à-dire ? D'avoir l'ordonnance ? De la mettre ?

- Ça peut être tout, l'ordonnance, la mettre...
- La décision est prise en équipe pluridisciplinaire. Mais je peux avoir des difficultés pour avoir l'ordonnance, donc la contention est mise avant d'avoir l'ordonnance.
- Est-ce que cela vous pose problème ?
- On a ce problème en ce moment. On a une dame qui chute énormément donc on va lui mettre les barrières. Mais on ne sait pas comment elle va réagir. Si elle passe par-dessus et qu'elle se blesse encore plus, on n'a pas d'ordonnance. C'est une dame vaillante, on préfère avoir l'ordonnance avant pour se couvrir. Ici, on a essentiellement des barrières. On a eu une fois une dame avec une contention au fauteuil roulant. Cela a été difficile pour nous car c'est une dame qui était autonome et qui a fait un AVC. Donc on l'a vu du jour au lendemain tomber souvent. L'acceptation de son état de santé a été difficile et de la voir se lever sans cesse et d'être bloquée. C'est horrible ! On a l'impression de faire de la maltraitance même si on savait que c'était pour son bien.
- C'est plus difficile pour vous une contention au fauteuil que de mettre des barrières ?

- Oui car c'est plus rare. Les barrières, on a l'habitude car on le fait souvent et en plus les patients sont rassurés et nous aussi.
- Il peut vous arriver de mettre des barrières de façon systématique sans prescription ?
- Je ne mets pas de barrière de façon systématique sans prescription. On en discute toujours avant. Les fois où j'ai envie de le faire, j'attends la réunion du lendemain. Je le mets dans les transmissions pour qu'on en parle. Sauf pour un patient qui décompense et qui n'est pas assez éveillé à ce moment-là pour passer au-dessus des barrières. Dans ce cas, je prends sur moi, j'engage ma responsabilité. Cela reste un cas très rare. »

Question 4 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Déshydratation, escarre, chute, hématome. C'est très souvent que les patients se cognent avec les barrières. On a aussi la dénutrition, les douleurs, la souffrance psychique mais c'est rare car en général ils sont contents. »

Question 5 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Ce n'est pas difficile de le faire accepter à la famille. En général ils nous font confiance car on en a discuté tous ensemble. Ils entendent et comprennent nos arguments. Je n'ai jamais été confrontée à une famille contre une contention. Mais on ne demande pas systématiquement à la famille. La famille est informée lorsqu'ils viennent voir le patient. On les mets devant le fait accompli souvent.

- Et les patients, vous en parlez avec eux ?
- Quand ils n'ont pas de trouble cognitif oui. On leur dit simplement qu'on leur met la barrière pour qu'ils soient en sécurité. Cela ne m'est jamais arrivé de mettre une barrière de force. Souvent on les informe. Et quand il y a une situation d'angoisse ou par exemple une personne démente qui essaie de l'enlever, on essaie de trouver d'autres solutions comme mettre le lit au plus bas. On essaie de ne pas créer d'angoisse avec cette barrière.
- Est-il arrivé que des patients refusent une contention ?
- Souvent ce sont des personnes qui ne peuvent pas s'exprimer. Je me souviens d'une personne âgée qui nous tapait dessus pour l'enlever. C'était une fin de vie. Il était très agité mais c'était vital. Il y avait un risque pour lui si on l'enlevait. Au final, on l'avait laissé par terre. C'était vraiment une démence grave. Souvent comme on en parle avant, c'est fait dans de bonnes conditions. Les patients sont informés sans difficulté d'autant qu'ils en discutent avec la psychologue. »

L'IDE 3 n'a pas fait de commentaire ni de remarque supplémentaire.

VERBATIM AS 4

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Non, je sais juste qu'il faut que ce soit sur prescription médicale. Comme je tourne dans plusieurs établissements je n'ai pas forcément de formation sur ce sujet. »

Un rappel des grandes lignes de la recommandation a été faite à l'agent.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Avec la sangle abdominale, je n'ai pas de difficulté si on me montre correctement comment il faut la mettre. Je ne connais que ce type de contention.

- Les barrières sont aussi des contentions...
- Ah ! Oui ! C'est vrai ! Ici, il y a un système de code avec des scotchs sur les barrières pour savoir si on doit la lever ou pas. Les barrières ne me posent pas de difficulté. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Je ne mets pas de barrière sans prescription, je baisse le lit. Je préfère prendre cinq minutes de mon temps pour les divertir au lieu de mettre une contention. Je préfère les emmener dans le parc, car parfois l'agitation environnante ou les nouvelles têtes peuvent faire qu'ils sont pris de panique. Trouver une activité autre qu'un soin. »

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

« Si le patient est agité, cela peut être encore plus dangereux. Il vaut mieux mettre le lit au plus bas, sortir la table de nuit, faire un espace où le patient ne peut pas se cogner. Avec un matelas par terre. »

Question 5 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Etranglement, agitation, chute, angoisse, être pris au piège, privation de liberté. »

Question 6 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Ce n'est pas de notre ressort. Mais les familles peuvent venir nous voir pour discuter de la contention. Le plus dur pour les familles c'est de nous faire confiance. Si on explique correctement, il n'y a pas de problème. C'est vrai que c'est culpabilisant pour les familles de les voir attachés mais je leur explique qu'il vaut mieux qu'ils soient attachés plutôt que d'avoir des bleus. »

VERBATIM AS 5

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Non, je ne vois pas de quoi vous parler. Ici on a des protocoles pour mettre en place des contentions. »

Une information sur ce qu'est une recommandation et sur les grandes lignes de celle qui nous concerne a été effectuée.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Non, on en discute en réunion. Je n'ai pas de souci avec cela. Si c'est mis en place c'est que c'est dans l'intérêt du résident.

Par contre, on avait une dame pour qui c'était assez compliquée. Je ne sais pas si vous l'avez connue.

- C'était la dame avec le harnais ?
- Oui. Elle oui, c'était difficile.
- Qu'est-ce qui était difficile ?
- C'est qu'elle le vivait assez mal.
- Et pour vous, qu'est-ce qui était difficile ?
- De la voir attachée, qu'elle ne soit pas libre de ses gestes. Bien qu'on sache que c'était mieux pour elle, pour éviter qu'elle ne se fasse mal en tombant. Elle, dans sa tête, elle ne le vivait pas bien.
- Et vous de voir cela, ça vous mettait en difficulté ?
- Oui. On faisait avec mais on en reparlait en réunion pour voir si on ne pouvait pas modifier la prescription. Mais ce n'était pas possible. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Non jamais. »

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

« Je vérifie s'il est souillé. Je ne mets pas de contention. J'en discute avec l'équipe. Je fais des transmissions.

- Même pour des barrières. Il ne vous arrive jamais d'en mettre sans prescription ?
- Non, je ne mets pas de barrière sans prescription. Je peux mettre le lit en bas par contre pour que le résident soit en sécurité. »

Question 5 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Passer au-dessus des barrières, chute. Au fauteuil, je ne sais pas trop.

- Au fauteuil, cela peut être un étranglement, une compression, en fonction de la position de la sangle.

- Quand j'ai commencé à travailler, on n'avait pas de prescription. On se servait de draps comme moyen de contention. Ici on ne le fait pas, heureusement. »

Question 6 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« En général, les familles comprennent qu'on mette des barrières. L'attachement au fauteuil c'est très rare, c'est plutôt les barrières. Du coup je pense que les familles se sentent plus en sécurité.

Je n'ai jamais vu de résident attaché au lit. »

L'aide-soignante 5 n'a fait aucun commentaire et n'a posé aucune question supplémentaire.

VERBATIM IDE 4

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Je sais qu'on l'utilise en dernier recours. Il faut que ce soit vu avec le médecin la famille et le patient. La contention doit être faite sur prescription médicale. Je crois que c'est tout. »

Un rappel des grandes lignes de la recommandation a été effectué.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Je n'en ai pas vraiment mise, sauf des barrières au lit.

- Oui mais les barrières sont des contentions.
- Oui mais c'est plus quand ils dorment, pour qu'ils ne tombent pas du lit. Donc par rapport à ça je n'ai pas vraiment de difficulté. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Non.

- Même des barrières ?
- Non, du tout, je mets des barrières que quand elles sont prescrites. »

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

« Je vois en équipe, j'appelle le médecin et je surveille le patient.

- Vous ne vous dites pas, je mets les barrières et on voit.
- Non, si je pouvais ne pas mettre les barrières, je ne le ferai pas.»

Question 5 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Contention type barrière ?

- Toutes les contentions ?
- Non pas vraiment. »

Les risques principaux ont été énoncés à l'IDE 4.

Question 6 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Je n'ai pas encore été confrontée à ce sujet avec les familles. Il y en a beaucoup qui doivent refuser non ?

- Ça dépend. Si c'est suffisamment bien expliqué la famille et/ou le patient acceptent. Et en plus, on doit prendre leur accord avant de la mettre en place. Cela peut poser problème si la famille a l'impression qu'on met les barrières pour éviter de surveiller le patient. Ce n'est pas le cas dans l'établissement. En général, pour les barrières, la famille comprend. Les contentions au fauteuil peuvent être plus compliquées.

- J'ai remarqué que les contentions au fauteuil ou au lit, comme les attaches de poignets, elles sont beaucoup plus surveiller que les barrières.
- Il peut arriver qu'on surveille moins mais il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir des accidents comme un patient qui se coince la tête, qui se casse une jambe en passant par dessus...
- C'est pour cela que maintenant, des gros coussins sont mis sur les côtés.
- Oui tout à fait.»

L'infirmière 4 n'a fait aucun commentaire et n'a posé aucune question supplémentaire.

VERBATIM IDE 5

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Non, dites-moi. »

Un rappel des grandes lignes de la recommandation a été effectué.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Mettre des contentions ne me pose aucun problème.

- Quel que soit le type de contention ? Barrières, sangle, etc ?
- Ici on n'utilise que deux types de contention : les barrières de lit et la ceinture abdominale au fauteuil quand il y a un gros risque de chute.
- Et même les ceintures abdominales, ça ne vous pose pas de problème ?
- Pour se les faire prescrire ?
- Non, pour vous, pour les mettre en place.
- Non. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Non. »

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

« En urgence, j'appelle le médecin co en cas de gros souci ou de mise en danger. Sinon, on demande une surveillance supplémentaire aux soignants, même pour la nuit et on régularise le lendemain. »

Question 5 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Risque à quel niveau ?

- Tous les types de risque qui peuvent exister suite à la mise en place de contention.
- A notre niveau à nous, il y a toujours un risque physique pour le patient. C'est-à-dire qu'avec les barrières, si la contention n'est pas adaptée, il peut passer par-dessus et se faire encore plus mal lors de la chute. Avec les ceintures abdominales, si elles sont mal positionnées ou mal réglées, il y a un risque de strangulation si le patient glisse. Il y a toujours un risque psychologique quand elles ne sont pas acceptées ou que ce soit mal vécu et qu'il y ait syndrome de glissement derrière.
- Ce sont des choses auxquelles vous faites attention quand vous mettez en place une contention ?
- Oui on surveille, d'autant que le médecin traitant fait la prescription pour six mois et le médecin coordonnateur fait une réévaluation mensuelle. Après, on en parle entre nous s'il y a un problème particulier. »

Question 6 : *Est-ce que cela arrive que ce soit les médecins traitants qui vous demandent des contentions ?*

« En général ils prescrivent la contention sur notre demande. Ce n'est jamais eux qui initient la demande de contention. C'est l'inverse, c'est nous qui allons vers eux suite aux transmissions ou aux problèmes que l'on rencontre. A la limite pour des barrières s'ils voient qu'il y a des chutes à répétition mais généralement on fait le lien avant donc on leur demande.

Quand le patient est en EHPAD, il nous arrive de demander sa mise en secteur protégé. On en discute avec le médecin coordonnateur puis le médecin traitant valide. »

Question 7 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Ici, on prend l'accord de la personne, si elle est capable de prendre la décision, ou du tuteur ou de la famille avant la mise en place de la contention. Donc la famille est toujours d'accord avec ça.

Si la famille est en désaccord, on demande qu'elle s'entretienne avec le médecin coordonnateur et le psy pour savoir pourquoi ils sont contre et expliquer le bénéfice risque.

- Cela vous est-il déjà arrivé ?
- Depuis que je suis là, je n'ai jamais eu de souci avec les familles sur la contention. »

L'infirmière 5 n'a fait aucun commentaire et n'a posé aucune question supplémentaire.

VERBATIM IDE 6

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« C'est-à-dire la recommandation ? Les lois ?

- Non, la recommandation de l'ANAES de 2000 qui explique comment mettre en place une contention physique chez une personne âgée.
- Non. Mes dernières recommandations datent de mes études donc ça fait un petit moment. »

Un rappel des grandes lignes de la recommandation a été effectué.

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Ça dépend du résident et si j'estime qu'avec il y a plus de risque que sans.

- Qu'est-ce qui est difficile pour vous du coup ?
- Il m'est difficile de juger le risque de la contention. Quelqu'un se lève du fauteuil et tombe, si on l'attache, on se dit qu'il peut tomber mais avec le fauteuil sur lui. Donc la difficulté est de juger le risque à ce moment-là. Et c'est parfois difficile de convaincre certains médecins lorsque je juge que cela est vraiment nécessaire. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Non. »

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

« Je suis le protocole. Je transmets à mes collègues pour qu'elles puissent informer le médecin et qu'il réévalue surtout si nous on estime que la contention est nécessaire. »

Question 5 : *Est-ce que cela arrive que ce soit les médecins traitants qui vous demandent des contentions ?*

« C'est rare, surtout en EHPAD. Soit les résidents arrivent avec leur contention parce qu'il y a eu des problèmes à domicile ou à l'hôpital. S'ils sortent de l'hôpital, c'est eux qui font la prescription. Ici, les médecins se fient à nous selon l'évolution favorable ou non de la mobilité du patient.

- Donc le plus souvent c'est une demande des soignants plus que des médecins ?
- Oui, et puis en général les médecins ne sont pas trop pour la contention. »

Question 6 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Strangulation, chute. »

Nous avons été interrompus par une urgence. Il a fallu terminer rapidement l'entretien. Je n'ai donc pas insisté sur cette question.

Question 7 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Ça dépend des familles. C'est arrivé qu'il y ait des refus mais c'est rare. Les oppositions sont plus rares que les acceptations.

- Que faites-vous en cas d'opposition ?
- Dans ce cas on demande à la famille de se mettre en lien avec le MT puisque c'est lui qui prescrit. Et si c'est prescrit, j'applique.»

L'infirmière 6 n'a fait aucun commentaire et n'a posé aucune question supplémentaire.

VERBATIM AS 6

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« C'est pour le risque de chute. La prescription c'est toutes les 48 heures.

- La prescription c'est toutes les 24 heures.
- Ah ! 24 heures, d'accord. Ici ils font le renouvellement au mois. On la met en dernier recours quand la personne est en danger et qu'on n'a pas le choix. Dans mon secteur, on a trois personnes avec des contentions.
- Ils ont quel type de contention ?
- Ils ont une contention pelvienne au fauteuil. »

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Ça dépend des jours. Il y a des jours où ils sont plus ou moins agités. Quand ils sont calmes, je me dis que ce n'est pas le moment de leur mettre car ils sont calmes ce jour-là. Mais comme elle est prescrite je suis dans l'obligation de la mettre pour ne pas avoir de problème s'il y a une chute.

- Qu'est-ce qui est difficile pour vous ?
- C'est de mettre une contention quand les résidents sont calmes car j'ai l'impression qu'elle n'est pas utile. Quand ils sont agités c'est différent. Je sais qu'ils risquent la chute et ses conséquences. Quand ils sont calmes je me demande pourquoi leur mettre alors que je ne suis pas loin. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Non, je les mets toujours sur prescription. »

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

« On reste à côté. On le surveille. On le rassure. On essaye de mettre des choses en place autre qu'une ceinture, mais cela peut être de la contention.

- C'est-à-dire ?
- Si une personne est en fauteuil et qu'on ne peut pas rester à côté d'elle parce qu'on va voir un autre résident alors on met le fauteuil en position allongée pour éviter la chute. Si on est à côté, on reste auprès du résident, on le rassure. Et puis la nuit quand il y a des chutes, on met des tapis au sol et le lit en position basse. »

Question 5 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Peut-être pas tous de mémoire.

- Au moins quelques-uns.
- Il y a des risques de dénutrition, ils peuvent se renfermer sur eux-même.
- Vous mettez des sangles pelviennes tous les jours, à quoi faites-vous attention ?
- Aux blessures. Vu qu'ils sont tout le temps au fauteuil, il faut vérifier l'état

cutané, les points d'appui. »

Question 6 : *Est-ce que cela arrive que ce soit les médecins traitants qui vous demandent des contentions ?*

« Pas à moi directement. Soit c'est nous qui faisons remonter l'information à l'infirmière qui en parle quand le médecin arrive. Ils ne s'adressent pas directement à nous, ils passent par l'infirmière, d'autant que ce sont elles qui doivent commander le matériel à la pharmacie si besoin. »

Question 7 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Je n'ai pas de difficulté car l'explication donnée aux familles par les infirmières est correcte. Je n'ai jamais eu de famille qui soit venue me voir pour me parler de problèmes avec les contentions. »

L'aide soignante 6 n'a fait aucun commentaire et n'a posé aucune question supplémentaire.

VERBATIM AS 7

Question 1 : *Connaissez-vous les recommandations de l'ANAES 2000 concernant la contention physique passive ? Si oui, pouvez-vous me les citer.*

« Je sais que la contention doit être prescrite par un médecin. Qu'entendez-vous par recommandation ?

- Une recommandation, c'est un texte qui nous donne la démarche à suivre par rapport aux contentions chez la personne âgée. Elle date de l'an 2000. Est-ce que vous en connaissez quelques critères ?
- Je sais que quand elle est prescrite elle est obligatoire. Je ne suis pas très douée pour les textes...
- Il n'y a pas de problème. »

Question 2 : *La mise en place d'une contention vous pose-t-elle des difficultés ?*

« Si elles ne sont pas prescrites ou une fois mises en place ?

- Les deux.
- Si elles ne sont pas prescrites, le résident peut-être en danger. On a eu plusieurs cas où le résident se retrouvait à terre parce qu'il essayait de se relever. Si elle est prescrite c'est pour la sécurité du résident.
- Et à vous, est-ce que cela vous pose un problème de mettre en place une contention prescrite ?
- Non comme c'est pour la sécurité du patient. »

Question 3 : *Vous arrive-t-il de mettre en place une contention sans prescription médicale ?*

« Ça nous arrivait, pas beaucoup mais par exemple les barrières. Des fois elles ne sont pas prescrites mais elles sont juste mises en cas pour la sécurité par exemple. Si je fais une toilette ou si je dois aller chercher quelques chose à l'extérieur, je les mets juste par précaution. »

Question 4 : *Si on prend l'exemple d'un résident qui est agité et qui déambule, que faites-vous ?*

« J'essaye de calmer le patient. J'appelle des collègues et je transmets aux IDE pour mise en place de la contention. »

Question 5 : *Connaissez-vous les risques des contentions pour les résidents ?*

« Risque de chute, d'étranglement et c'est tout. »

Question 6 : *Est-ce que cela arrive que ce soit les médecins traitants qui vous demandent des contentions ?*

« Non, cela ne m'est jamais arrivé. »

Question 7 : *Avez-vous des difficultés à recevoir l'accord de la famille et/ou du résident ?*

« Non, une fois qu'on leur explique pourquoi la contention a été mise en place, ils

comprennent bien. »

L'aide soignante 7 n'a fait aucun commentaire et n'a posé aucune question supplémentaire.

VERBATIM MEDECIN 1

Question 1 : Que pensez-vous de la recommandation de l'ANAES 2000 sur la prescription des contentions physiques passives ?

La recommandation a permis de cadrer la pratique de la contention physique passive. Elle est difficile à appliquer au pied de la lettre comme toutes les recommandations mais elle apporte une tendance à la réflexion. Elle permet au médecin de réfléchir en fonction du cas et de l'EBM (Evidence Based Medecine).

C'est l'institution qui porte la recommandation. Le médecin traitant n'étant pas auprès du patient, il est moins sensibilisé sur la nécessité de la mise en place ou non d'une contention physique passive. C'est le travail de l'équipe que de l'informer afin qu'il puisse réaliser la prescription en conséquence.

Question 2 : Les formations en externe ont-elles changé les pratiques ?

Ce ne sont pas les formations qui changent les pratiques mais les discussions régulières avec l'équipe soignante. .

Ici, on a beaucoup travaillé sur le fait que la chute ne doit pas être synonyme de contention. Cela a pris du temps mais depuis 10 ans que je suis dans l'établissement, nous avons réussi à fortement diminuer les contentions pour nous en servir qu'en dernier recours.

Question 3 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour l'application de la prescription, en tant que médecin coordonnateur ?

On a mis en place des fiches de contention qui retracent tous les aspects de la recommandation afin que cela soit plus facile pour les médecins traitants lorsqu'ils viennent faire les prescriptions.

Ici, on essaie de mettre le moins de contention possible, on l'utilise en dernier recours après avoir essayé d'autres méthodes comme la rééducation à la marche ou l'accompagnement des soignants.

Les ordonnances sont renouvelées tous les mois. On discute régulièrement avec les équipes soignantes de la nécessité de la poursuite ou non d'une contention.

Le renouvellement tous les jours est impossible. On ne peut pas passer tout notre temps pour le renouvellement de ces prescriptions. Par contre, la réévaluation est faite tous les jours par les soignants lorsqu'ils effectuent leurs soins.

Question 4 : Si une nouvelle recommandation devait-être réalisée, quelles seraient vos suggestions ?

Je pense qu'il faudrait moins de recommandations en général.

Je ne pense pas qu'il faille modifier celle-là mais adapter nos comportements et nous former, médecin comme personnel soignant, afin de mieux l'intégrer.

Même si on ne l'applique pas, le renouvellement tous les 24 heures n'est pas gênant car

cela se réalise par une tacite reconduction lors de la réévaluation du personnel soignant.

VERBATIM MEDECIN 2

Question 1 : *Que pensez-vous de la recommandation de l'ANAES 2000 sur la prescription des contentions physiques passives ?*

Je connais la recommandation de l'ANAES. Elle est intéressante seulement en montrant les dangers de la contention. Mais dans ma pratique, elle a peu d'intérêt car elle ne correspond pas à la pratique d'un EHPAD.

Notre principe est d'en mettre le moins possible quitte à recenser un nombre de chutes un peu plus important.

Et pour lutter contre les chutes on prescrit beaucoup de kiné et on demande au personnel de faire marcher les patients. L'objectif est de maintenir une musculature correcte. Plus de muscles égale moins de chutes.

Les contentions que nous prescrivons le plus souvent ce sont deux barrières. Il est évident que certaines personnes avant de venir en EHPAD étaient habituées à dormir dans des lits de 140. Or nous n'avons que des lits de 90 de large ; et donc en se retournant il y a un risque de chute. Dans ce cas on met deux barrières avec une prescription par an que je réévalue tous les mois ou moins si besoin.

En ce qui concerne les patients déments, on met des matelas par terre et des lits « Alzheimer » le plus bas possible. On ne met pas de barrière à des gens agités et capables physiquement d'escalader les barrières, car le risque est alors beaucoup plus élevé. Donc jamais de barrières chez des gens agités et mobiles.

Et aussi j'oubliais très important : il faut dialoguer tout le temps avec les familles et expliquer, expliquer et écouter.

Question 2 : *Les formations en externe ont-elles changé les pratiques ?*

Oui. Mais le plus important ce sont les réunions d'équipe effectuées régulièrement et au cours desquelles on rappelle les principes de la contention, les risques, les critères de mise en place. Ce sont des formations internes dont la répétition est essentielle à l'appropriation par les équipes des principes de soins sur des sujets variés : hygiène, épidémies, communication avec un patient dément, prise en charge des troubles du comportement, chutes etc.

On peut parler des contentions parmi d'autres sujets.

La clé c'est l'appropriation par les équipes d'AS et les IDE de ce qu'il faut faire et ne pas faire. Mais on est aussi confronté au manque de personnel.

Question 3 : *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour l'application de la prescription, en tant que médecin coordonnateur ?*

Le renouvellement de la prescription toutes les 24 heures est infaisable. Selon les cas je la renouvelle tous les mois.

Nous avons informatisé les prescriptions de contention pour aider les médecins

traitants pour les renouvellements.

Il faut dire que pour les médecins traitants c'est totalement impossible car aucun ne vient tous les jours et les médecins coordonnateurs ne viennent pas non plus tous les jours. C'est pour cela que la recommandation ne me sert pas à grand-chose.

Question 4 : Si une nouvelle recommandation pour les EHPAD devait-être réalisée, quelles seraient vos suggestions ?

D'abord reconnaître que le médecin traitant en EHPAD n'est pas le mieux placé pour la prescription de la contention. Pour la simple raison qu'il faut avoir une discussion avec les équipes d'AS pour savoir exactement ce qui se passe à différents moments de la journée et de la nuit. Et les médecins n'en ont pas le temps.

C'est donc à mon avis au médecin coordonnateur que revient la responsabilité de la prescription d'une contention car c'est son travail que d'avoir des réunions avec les équipes de soins.

Il faut aussi que la durée de la prescription soit faite en fonction du motif. On ne peut pas prescrire une contention de la même durée chez un patient qui souffre d'une hémiplegie avec anosognosie et chez un patient qui a brutalement une confusion et auquel il faut faire quelques examens !

Enfin il faut reconnaître qu'il n'y a pas de médecin tous les jours dans un EHPAD, même un médecin coordonnateur, et qu'une équipe peut être confrontée à un motif de mise en place de contention. Il serait logique alors de permettre à l'équipe de mettre en place une contention, selon des critères définis en équipe et connus de celle-ci et intégrés au projet d'établissement. Et bien sûr validée par un médecin le plus vite possible.

Question 5 : Dans votre EHPAD, il y a un secteur fermé.

Quels sont les critères d'hébergement des patients et le rôle du médecin traitant ?

Le patient agressif ou qui présente des troubles du comportement aberrants.

L'entrée peut se faire sur dossier ou directement depuis l'EHPAD.

On sort les patients du secteur fermé lorsqu'ils n'ont plus la capacité de se déplacer.

Le médecin a un rôle important. On est obligé de prendre l'avis et l'accord du médecin traitant. La seule exception est lorsque le patient se met en danger. Dans ce cas, je prends la décision de mettre le patient en secteur fermé et après j'en parle avec le médecin traitant. Le but est de protéger le patient.

Faites-vous des prescriptions pour la mise en secteur fermé ? Non.

L'accord du patient et de la famille est-il pris ?

Les patients non, car ils ne sont pas en capacité de nous donner leur avis. Mais nous demandons l'accord de la famille.

Les familles sont tout le temps d'accord pour l'hébergement de leur parent en secteur fermé. Le plus difficile c'est lorsqu'on veut faire un retour en EHPAD. Souvent, ils ne

sont pas d'accord car en secteur fermé, les résidents sont dans un cocon, avec plus de soignants par résident. En conséquence, les familles préfèrent qu'ils restent dans le secteur fermé.

Est-ce compliqué pour les soignants de prendre en charge des patients du secteur fermé ?

Les soignants sont volontaires pour travailler en secteur fermé. On n'oblige personne. Ceux qui y travaillent sont formés en conséquence.

Du coup, je n'ai jamais eu de retour de soignant en difficulté. Si les patients deviennent trop agressifs, on demande une hospitalisation.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TITRE et RESUME en anglais

Contention practice and general physician rôle analysis in two EHPAD in Bordeaux area in June 2018.

Introduction : The best practices recommendation of the ANAES 2000: « to limit the risks involved in passive physical restraint for older people » asks us to issue a prescription valid for 24 hours only, then to reassess the practice of physical restraint and renew it if the physician deems it necessary. The objective of this thesis is to know if caregivers are able to respect the recommendation and rôle of the general physicians.

Material and method : Qualitative research carried out in EHPAD includes a survey of physical restraint of the patients and of a semi-directive interviews of caregivers.

Results: 123 patients were considered, 34 of whom had required past physical restraint. Physical restraint prescriptions were at 80%, whereas the 24 hours renewal rate was 0%. But, according to EHPAD, regular renewals ranged from one month to one year. EHPAD is obliged to put in place protocols to compensate caregivers for the difficulties they experience when following the recommendation even though these personnel are well aware and trained. This, especially because a legal loophole exists and because it is the necessity or the non-necessity that opens the way for a complaint to be made. The doctors reconcile their patients' needs as best they can, as well as their ability to follow the recommendations.

Conclusion: ANAES 2000's best practice recommendation concerning passive physical restraint for older people is too strict to be applied in a GP situation. Therefore it appears that a specifically tailored recommendation should be written up for the use of general practitioners and EHPAD coordinators.

RESUME

Introduction : La recommandation de bonnes pratiques de l'ANAES de 2000 « limiter les risques de la contention physique passive chez la personne âgée », nous demande de réaliser une prescription de la contention pour 24 heures uniquement. L'objectif de la thèse est de savoir si les soignants sont en capacité de respecter la recommandation et de connaître le rôle du médecin traitant.

Matériel et méthode : Etude qualitative réalisée en EHPAD qui comprend un relevé des contentions chez les patients puis des entretiens semi-dirigés avec le personnel soignant.

Résultats : 123 patients inclus dont 34 avaient une contention. Un taux de prescription des contentions de 80% et de renouvellement à 24 heures de 0%. Mais des renouvellements réguliers allant de 1 mois à 1 an selon les EHPAD. Les EHPAD sont dans l'obligation de mettre en place des protocoles pour pallier aux difficultés du personnel quant à l'application de la recommandation, bien que celui-ci soit formé et sensibilisé. D'autant qu'il existe un vide juridique et que c'est l'état de nécessité ou de non nécessité qui permet de juger une plainte. Les soignants tentent de concilier au mieux, les besoins du patient et la disponibilité des médecins pour respecter la recommandation.

Conclusion : La recommandation est trop stricte pour être appliquée en l'état en médecine générale. Il semble nécessaire de rédiger une recommandation spécifique destinée aux médecins généralistes et coordonnateurs en EHPAD.

THESE DE MEDECINE GENERALE

MOTS CLES : médecine, personnes âgées, contention physique passive, EHPAD, recommandation, médecin généraliste.

Université de Bordeaux, Département de médecine générale, 146 rue Léo Saignat,
33076 Bordeaux Cedex