



Thématique

Contentions physiques chez la personne âgée

Catégorie

Établissement médico-social : EHPAD

Résumé de l'EIGS

Un résident de 92 ans est hébergé en EHPAD pour syndrome démentiel rendant son maintien à domicile impossible. A la suite d'une première chute avec critère de gravité, une contention ventrale au fauteuil et au lit est prescrite après concertation pluridisciplinaire depuis plusieurs années. Lors d'un passage de l'équipe soignante, le résident est retrouvé décédé, au-dessus de la barrière de lit, la tête au sol et la contention retournée.

Les structures sociales et médico-sociales, tels que les EHPAD, sont des lieux de résidence pour leurs usagers. A ce titre, ces structures sont confrontées de manière forte à un dilemme éthique entre liberté d'aller et venir et sécurisation de leurs résidents, un choix souvent pluridisciplinaire entre le bénéfique et le risque au sein duquel le sujet de la contention physique est central lorsque l'on s'intéresse à l'accompagnement de la personne âgée.

Chronologie des faits

Un résident de plus de 90 ans est admis en EHPAD il y a 7 ans pour syndrome démentiel rendant son maintien à domicile impossible. Il est veuf, sans famille proche, son fils unique est décédé. Dans ses antécédents on peut noter des angoisses à prédominance nocturnes, des hallucinations auditives et visuelles. Il ne marche plus et se déplace en fauteuil.

Durant les premières années de prise en charge, le résident présente plusieurs épisodes de chutes sans gravité. A la suite d'une première chute avec critère de gravité (traumatisme crânien sans perte de connaissance), une décision de contention ventrale au fauteuil et au lit avec barrières est prise après concertation pluridisciplinaire 3 ans après son entrée.

Le résident présente des épisodes d'agitation et de désorientation temporo-spatiale surtout la nuit. Il arrive à sortir seul de sa contention, et il est souvent retrouvé par les aides-soignantes les jambes entre les barrières du lit. Il secoue les barrières et s'y agrippe avec beaucoup de forces. Devant cet état d'agitation associé à des insomnies, et après discussion en équipe une décision de traitement médicamenteux par Zopiclone ½ comprimé au coucher est décidée 2 ans après la prescription de contention.

Les états d'agitation nocturne se poursuivent justifiant l'augmentation du passage des soignants la nuit et le renouvellement de la contention au fauteuil et au lit.

Le jour de l'événement, au premier passage des soignants le résident est dans son lit allongé sur le dos avec les deux barrières relevées. Lors du second passage, le résident est retrouvé par l'AS au-dessus de la barrière, la tête au sol et la contention retournée. Il est encore attaché. L'AS et l'ASL détachent le résident et constatent son décès. Elles appellent le SAMU - Centre 15 pour connaître la conduite à tenir conformément à la procédure de l'établissement. La consigne donnée est d'attendre le matin pour faire constater le décès par le médecin traitant.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car le résident est décédé dans le cadre de son accompagnement et le décès était inattendu.	Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Fréquence de réévaluation du dispositif de contention inadaptée

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : syndrome démentiel non étiqueté rendant le maintien à domicile impossible
- État de santé : angoisses nocturnes, hallucinations visuelles et auditives, désorientation temporo-spatiale, comportement frontal avec mise en danger régulière

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Communication peu fluide avec le médecin traitant sur le sujet de la contention
- Communication difficile avec le résident en lien avec sa pathologie

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocoles : absence de procédure sur la gestion des contentions au sein de l'EHPAD avec mention de la surveillance et de la fréquence de réévaluation de la contention
- Résultats d'examens : pas de bilan mémoire pour documenter la démence du résident et consultation mémoire difficile à obtenir

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Fournitures ou équipements : barrière de lit d'un seul tenant mais non pleine
- Effectifs : Nombre d'AS variant en fonction des congés et des arrêts avec un remplacement difficile, effectifs de nuit limités à 1 AS et 1 ASL
- Charge de travail : à 2, il faut en moyenne 2h30 pour voir l'ensemble des résidents

Facteurs liés au contexte institutionnel

- Politique de santé publique régionale : pas de recours à une expertise externe dans les pratiques de l'EHPAD (ex : équipe de psychogériatrie)
- Peu d'unités d'hébergement renforcé disponibles sur le territoire

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrière de prévention :

- Procédure de gestion des contentions disponibles

Barrière de récupération :

- Augmentation de la fréquence du passage en chambre la nuit
- Dispositif de contention (physique et médicamenteux)

Barrière d'atténuation :

- Appel au SAMU- Centre 15 selon la procédure de l'EHPAD

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Renforcer la surveillance de nuit chez les résidents ayant une contention
2. Faire une formation de manière régulière sur l'utilisation des contentions (une fois par an et à chaque nouvel arrivant)
3. Réévaluer les contentions quotidiennement lors des transmissions d'équipe
4. Réfléchir à un document de prescription spécifique des dispositifs de contention à proposer aux médecins traitants pour faciliter la réévaluation
5. Recenser les expertises disponibles sur le territoire pouvant être mobilisées dans les cas les plus complexes

Quelques références sur la contention physique chez la personne âgée en EHPAD

- [Guide ANAES](#) " limiter les risques de la contention physique de la personne âgée " - Octobre 2000
- [Rapport de l'expérimentation nationale HAS](#) " Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée " – Juin 2006
- [Fiche-repère de l'ANESM](#) " Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en EHPAD " – 2018
- [Rapport inter-régional de la campagne eFORAP 2016](#) " Contention et Isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux " – Janvier 2018
- [ANSM. Recommandations pour assurer la sécurité des patients nécessitant une contention médicale – Novembre 2021\(ansm.santé.fr\)](#)
- [HAS - Contention physique de la personne âgée \(has-sante.fr\)](#)
- [HAS - Isolement & contention – Pratiques de dernier recours \(has-sante.fr\)](#)

En cas de contention physique d'une personne vulnérable en établissement social ou médicosocial, les choix éthiques face au dilemme « sécurité-liberté » faits par la structure sont justifiés au regard des principes légaux.

Cela se traduit par la nécessité d'élaborer une annexe au contrat de séjour qui définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure.

MODELE D'ANNEXE :

[Décret du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement](#)

Référentiel de pratiques pour la contention chez le sujet âgé



- 1 ● La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est argumentée dans le dossier du patient.
- 2 ● La prescription est faite après une appréciation pluriprofessionnelle du rapport bénéfices/risques pour le sujet âgé et après avoir envisagé toutes les autres alternatives possibles.
- 3 ● Une surveillance somatique et psychique est programmée et retranscrite dans le dossier du patient.
- 4 ● La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- 5 ● Le matériel de contention est approprié aux besoins du patient et au mode de contention choisi. Il présente des garanties de confort et de sécurité pour la personne âgée. Son intégrité est vérifiée et des cycles de maintenance sont prévus.
- 6 ● L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.
- 7 ● Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention sont réalisées au moins toutes les 24 heures et retranscrites dans le dossier du patient.
- 8 ● La contention est reconduite si nécessaire après réévaluation et prescription médicale validée toutes les 24 heures.